

EDITAL DE SELEÇÃO

Nº 003/2017

**PROPOSTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO,
ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO DO
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
DE BARCARENA**

**Barcarena – Pará
Novembro/2017**



SUMÁRIO

A.	PROPOSTA TÉCNICA SEGUNDO ROTEIRO.....	7
1.	TÍTULO	7
1.1.	INTRODUÇÃO.....	7
1.2.	ABRANGÊNCIA.....	7
1.3.	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	8
1.4.	PERFIL DO HOSPITAL.....	9
1.5.	ESTRUTURA DIRETIVA DO HOSPITAL.....	10
2.	PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL.....	11
2.1.	GESTÃO POR PROCESSOS.....	11
2.2.	DOCUMENTAÇÃO NORMATIVA E OPERACIONAL DA UNIDADE.....	16
2.3.	ELEMENTOS OPERACIONAIS DO MODELO DE GESTÃO.....	19
2.4.	POLÍTICA ASSISTENCIAL.....	22
2.5.	ASPECTOS ORGANIZACIONAIS.....	28
2.5.1.	HORÁRIOS E FREQUÊNCIA SEMANAL DO USO DAS SALAS CIRÚRGICAS POR ESPECIALIDADES.....	28
2.5.2.	HORÁRIOS E DISTRIBUIÇÃO SEMANAL DE UTILIZAÇÃO DOS LOCAIS DE CONSULTAS AMBULATORIAIS.....	29
2.5.3.	HORÁRIOS E DISTRIBUIÇÃO SEMANAL DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS.....	30
2.5.4.	HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO, DISTINGUINDO ENTRE ATIVIDADE PROGRAMADA E URGENTE, DE TODOS OS SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS.....	30
3.	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	31
3.1.	SERVIÇOS ASSISTENCIAIS.....	31
3.1.1.	DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS DIFERENTES CLÍNICAS ..	31
3.1.2.	ESTRUTURA DE CHEFIA E NÚMERO DE PESSOAS DE CADA CLÍNICA, ASSIM COMO O TIPO DE VÍNCULO COM A UNIDADE.....	33
3.1.3.	HORÁRIOS DE ATIVIDADE DE URGÊNCIAS, DISTINGUINDO ENTRE PRESENÇA FÍSICA DE MÉDICO GERAL E, MÉDICOS QUE ATENDEM CHAMADAS (SOBREAVISO)	34
3.1.4.	DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE SALAS DE CIRURGIA, URGÊNCIAS E AMBULATÓRIOS E SADT.....	35
3.1.5.	DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO (ENFERMARIA).....	39

3.1.6.	COMPATIBILIZAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO COM AS DIRETRIZES DA SESPÁ.....	42
3.1.7.	FORMA DE ESTABELECIMENTO DA CONTRA REFERÊNCIA COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA E COM OUTROS HOSPITAIS.....	43
3.2.	SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, FINANCEIROS E GERAIS.....	45
3.2.1.	DESCRIÇÃO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE FATURAMENTO.....	45
3.2.2.	DESCRIÇÃO DE FUNCIONAMENTO DA MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS.....	48
3.3.	ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS.....	52
3.3.1.	QUANTITATIVO ESTIMADO DE RECURSOS HUMANOS.....	52
3.3.2.	PERFIL PROFISSIONAL.....	53
3.3.3.	CRONOGRAMA PARA IMPLANTAÇÃO E PARA PLENO FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO.....	54
4.	ASPECTOS DE QUALIDADE.....	56
4.1.	QUALIDADE OBJETIVA.....	56
4.1.1.	COMISSÕES TÉCNICAS.....	56
4.1.2.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA.....	67
4.1.3.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS.....	76
4.1.4.	SETOR DE ESTATÍSTICA.....	79
4.1.5.	MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR DE QUALIDADE, DE PRODUTIVIDADE E ECONÔMICO-FINANCEIROS E APRESENTANDO AS SISTEMÁTICAS DE APLICAÇÃO DE AÇÕES CORRETIVAS.....	82
4.1.6.	PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ATENDIMENTO E MANUAL DE NORMAS E ROTINAS.....	94
4.1.7.	IMPLANTAÇÃO DE UM SETOR DE QUALIDADE.....	95
4.1.8.	OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE.....	98
4.2.	QUALIDADE SUBJETIVA.....	119
4.2.1.	ESTRUTURAÇÃO DA INFORMAÇÃO AOS USUÁRIOS ACERCA DO PROCESSO DE ATENÇÃO.....	119
4.2.2.	REALIZAÇÃO DE PESQUISA DE OPINIÃO.....	119
4.2.3.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO.....	123
4.2.4.	PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PARA GESTÃO DE LEITOS.....	140

B. PROPOSTA TÉCNICA SEGUNDO MATRIZ DE AVALIAÇÃO E JULGAMENTO	144
5. ITEM ATIVIDADE	144
5.1. IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS	144
5.1.1. FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITAS, EXTERNAS E INTERNAMENTO	144
5.1.2. FLUXOS PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E ADMINISTRATIVOS	149
5.1.3. FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS	153
5.1.4. FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS	155
5.1.5. FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE	156
5.2. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO	157
5.2.1. IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS	157
5.2.2. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS A SER IMPLEMENTADA	164
5.2.3. PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL	178
5.2.4. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM	196
5.2.5. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO	211
5.3. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS	233
5.3.1. MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS	234
5.3.2. MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS	234
5.3.3. MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA	234
5.3.4. MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA A GERENCIA DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO	234
5.3.5. PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE / CAPACITAÇÃO	234
5.4. INCREMENTO DE ATIVIDADES	237
5.4.1. ESTIMATIVA DE ATIVIDADES	237
5.4.2. PROPOSIÇÃO DE OUTRAS ESPECIALIDADES	237
5.4.3. PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS	237
6. ITEM QUALIDADE	238
6.1. QUALIDADE OBJETIVA	238
6.1.1. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO	238
6.1.2. COMISSÃO DE ÓBITO	255

6.1.3.	COMISSÃO DE PRONTUÁRIO.....	261
6.1.4.	COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA.....	266
6.1.5.	COMISSÃO DE FARMÁCIA.....	274
6.1.6.	COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM.....	280
6.1.7.	COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA.....	284
6.1.8.	COMISSÃO DE MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL.....	301
6.2.	QUALIDADE SUBJETIVA.....	304
6.2.1.	ACOLHIMENTO	304
6.2.2.	ATENDIMENTO	306
7.	QUALIFICAÇÃO TÉCNICA.....	311
7.1.	EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERÊNCIA HOSPITALAR.....	311
7.2.	ESTRUTURA DA DIREÇÃO.....	311
7.2.1.	ORGANOGRAMA COM DEFINIÇÃO DE COMPETENCIAS	311
7.2.2.	TITULAÇÃO DOS MEMBROS DA DIRETORIA	312
7.3.	IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR.....	312
7.3.1.	APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO POR ÁREA DE ATENÇÃO.....	313
7.3.2.	PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS NA EMERGENCIA E UTIS	313
7.3.3.	PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS NAS ENFERMARIAS E AMBULATÓRIO.....	313
7.3.4.	QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA.....	314
7.3.5.	QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO POR ÁREA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL.....	314
7.3.6.	PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NAS ÁREAS DE ENFERMARIAS, UTI, CME E BLOCO CIRÚRGICO	318
7.3.7.	PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E EMERGENCIA	318
7.4.	IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS	318
7.4.1.	SERVIÇO SOCIAL	318
7.4.2.	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA.....	320
7.2.3.	SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL.....	322

7.4.3. NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NO HOSPITAL.....	323
7.4.4. APRESENTAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO HOSPITALAR	330
7.4.5. CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS.....	364
7.5. CIENCIA E TECNOLOGIA.....	365
7.5.1. CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ENTIDADES DE ENSINO PARA DESENVOLVIMENTO DE ESTÁGIOS CURRICULARES, TREINAMENTOS E RESIDÊNCIAS.	365
7.5.2. PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E/OU DE SAÚDE PÚBLICA.	366
2.1.1. PROPOSTA EM EDUCAÇÃO PERMANENTE COM VISTA À CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DA UNIDADE HOSPITALAR. 366	366
7.6. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	367
7.6.1. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES.....	367
7.6.2. PROPOSTA PARA SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO, AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E COMBATE AO ABSENTEÍSMO E ESTIMULO DA PRODUÇÃO.	370
7.6.3. REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO.....	375

ANEXOS

- I- MATERIAL TÉCNICO
- II- ATESTADOS E CERTIFICADOS
- III- PLANILHAS

A. PROPOSTA TÉCNICA SEGUNDO ROTEIRO

1. TÍTULO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Materno Infantil de Barcarena, conforme Edital de Seleção nº 003/2017.

1.1. INTRODUÇÃO

A Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará, na busca do aprimoramento e da eficiência na prestação dos serviços públicos de saúde, adotou o modelo de gestão para o Hospital Materno Infantil de Barcarena, que tem por objetivos:

- Potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;
- Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;
- Implantar um modelo de gerência voltado para resultados.

O modelo gerencial adotado obedece aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde- SUS, observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde, preservando-se a missão da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará.

1.2. ABRANGÊNCIA

O município de Barcarena, onde fica localizado o Hospital Materno Infantil de Barcarena, situa-se a 114 quilômetros da capital estadual, Belém, integrando a mesorregião Metropolitana de Belém, compreendendo uma área de 1.310,588 km², o município tem uma população estimada em 99.859 habitantes (IBGE/2010), também fazem parte do raio de ação do hospital os municípios de Abaetetuba, Mojú, Igarapé Miri e Limoeiro do Ajurú, com uma população estimada em 385.105 habitantes.

Figura 1. Raio de ação do hospital



O encaminhamento de usuários ao Hospital é efetuado através da Central de Regulação Estadual, do Corpo de Bombeiros, SAMU e Polícia Rodoviária.

1.3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2016, no município abrangido pelo Hospital Materno Infantil de Barcarena, foram identificadas as doenças que representaram as dez principais causas de atendimento:

- 1º - gravidez parto e puerpério;
- 2º - doenças do aparelho respiratório;
- 3º- doenças infecciosas e parasitárias;

- 4º- doenças do aparelho digestivo;
- 5º- doenças do aparelho geniturinário;
- 6º- neoplasias (tumores);
- 7º- doenças endócrinas nutricionais e metabólicas;
- 8º- doenças do aparelho circulatório;
- 9º- contatos com serviços de saúde;
- 10º- lesões envenenamentos e algumas outras consequências por causas externas.

Quanto à mortalidade, os dados do MS/SVS/DASIS – SIM registraram, em 2017, as dez principais causas:

- 1º- doenças do aparelho circulatório;
- 2º- causas externas de morbidade e mortalidade;
- 3º- neoplasias – tumores;
- 4º- doenças do aparelho respiratório;
- 5º- sintomas, sinais e achados anômalos por exames clínicos e laboratoriais;
- 6º- algumas afecções originadas no período perinatal;
- 7º- algumas doenças infecciosas e parasitárias;
- 8º- doenças do aparelho digestivo;
- 9º- doenças endócrinas nutricionais e metabólicas;
- 10º- malformações congênitas.

1.4. PERFIL DO HOSPITAL

O Hospital Materno Infantil de Barcarena, está estruturado para desenvolver atividades de assistência em média e alta complexidade.

Atenderá as seguintes especialidades: Clínica Médica, Clínica Obstétrica, Pediátrica e Cirúrgica e serviços de apoio, diagnóstico e terapia (SADT).

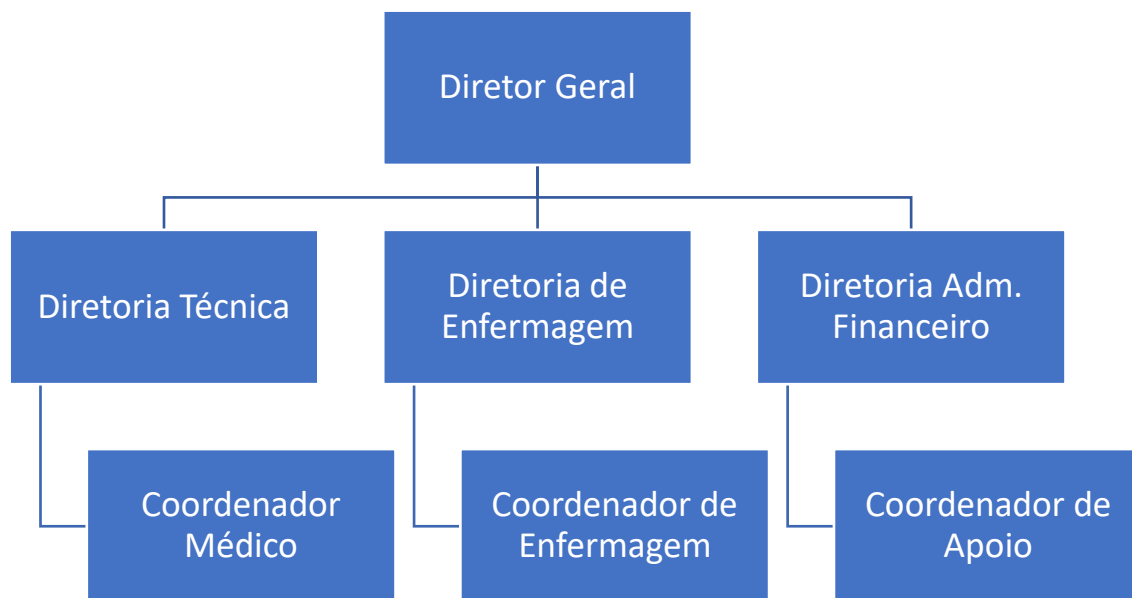
O Hospital possuirá 65 leitos operacionais, sendo 30 leitos de internação, distribuídos entre clínica médica (10 leitos), clínica obstétrica/ginecológica (09 leitos), clínica pediátrica (05 leitos), clínica cirúrgica (06 leitos), UTI adulto (10 leitos), UTI Neonatal (10 leitos), UCI Neonatal (10 leitos) e PPP (05 leitos).

O centro cirúrgico do Hospital contará com 03 salas para realização dos procedimentos, dispondo, também de ambulatório para atendimento de egresso, urgência pediátrica e emergência referenciada.

1.5. ESTRUTURA DIRETIVA DO HOSPITAL

O organograma é a representação gráfica clássica de uma estrutura organizacional. A seguir apresentamos o organograma proposto para o Hospital nos três primeiros níveis:

Figura 2. Sugestão de Organograma



Os currículos e atestados dos indicados para os postos correspondentes aos dois primeiros níveis se encontram no Anexo II desta proposta.

2. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

2.1. GESTÃO POR PROCESSOS

A Pró-Saúde utiliza como modelo de gestão a **Gestão por Processos**, que consiste em um modelo de gestão organizacional orientado para o gerenciamento da empresa com foco nos processos, com responsabilidades de ponta-a-ponta atribuídas ao gestor de cada processo, cuja função é dirigir a performance do mesmo e garantir que as necessidades dos clientes e do negócio sejam satisfeitas.

- Macroprocesso e Cadeia de Valor:

Macroprocesso é um processo que geralmente envolve mais de uma função organizacional e cuja operação tem impacto significativo no modo como a organização funciona.

Cadeia de Valor é a representação do conjunto de atividades desempenhadas por uma organização desde as relações com fornecedores e ciclos de produção até a entrega final do produto ou serviço (Michel Porter – 1995).

Figura 3. Representação de Cadeia de valores



- Processos

Processo é qualquer atividade que recebe uma entrada (input), agrega-se valor e gera uma saída (output) para um cliente interno ou externo.

Processos são atividades logicamente relacionadas que, usando recursos (pessoas, equipamentos, materiais, entre outros), produzem resultados (produtos ou serviço), adicionando valor a cada etapa. Portanto, não existe um produto ou um serviço oferecido por uma empresa sem um processo.

Os processos gerenciais são aqueles que existem para coordenar os processos de apoio e assistencial, através de definição de estratégias, definição e monitoramento das metas, e melhorando os processos, quando necessário. Exemplos: Liderança (Diretoria Geral, Diretoria Assistencial e Diretoria de Apoio).

Os processos assistenciais são aqueles que se inter-relacionam diretamente com o cliente. Exemplos: Assistência Farmacêutica, Assistência Nutricional, Internação e Atendimento Cirúrgico.

Os processos de apoio são aqueles que sustentam os processos assistenciais, fornecendo produtos e serviços como: equipamentos, tecnologia, informações.

Exemplo: Gestão de Estrutura Física Funcional (Manutenção), Gestão de Equipamentos Médico-Hospitalares (Engenharia Clínica) e Sistema de Informação ao Paciente (T.I). Na integração dos processos de uma organização, um produto de um processo é o insumo de outro processo, e assim ocorre até o produto final entregue ao cliente.

- Gestão por Processos:

Gestão por Processos significa que os processos estão mapeados, monitorados, avaliados e revisados sempre que necessário importante ressaltar que os esforços devem ser com foco na melhoria contínua e no alcance dos objetivos da organização. Tem objetivo principal de estabelecer uma dinâmica de melhoria contínua, permitindo ganhos significativos às organizações, em termos de desempenho, eficiência, eficácia e custo.

- Monitoramento de processo:

Depois da implantação e ou ajuste do processo é necessário que seja monitorado, avaliado e devidamente ajustado, sempre levando em consideração o seu desempenho ao longo do tempo, na busca constante de melhoria contínua.

Os responsáveis pelos processos devem garantir que estão gerando produtos e/ou serviços que atendam às necessidades dos clientes.

- Identificando e priorizando problemas e suas causas:

Os processos organizacionais sem controle têm a tendência natural de se deteriorar progressivamente, gerando como efeito, serviços de qualidade cada vez pior. E mais importante do que identificar os problemas é determinar as suas causas, haja vista que são sobre elas que devem ser tomadas medidas de correção ou prevenção, conforme o caso.

- Ação Corretiva:

Ação corretiva é a ação tomada para eliminar as causas de um problema existente ou de situações indesejáveis de maneira a evitar o reaparecimento das mesmas. Possibilita determinar exatamente algum tipo de problema, tornando a sua resolução mais eficaz e direta, gerando desta forma mais economia para a organização e menor desperdício de energia em situações corriqueiras do dia-a-dia. O foco da ação corretiva é a origem do problema.

A ação corretiva baseia-se nas causas dos problemas identificados, buscando a eliminação da raiz do problema. Caso o problema volte a se repetir no futuro, a ação corretiva não foi eficaz.

- Ação Preventiva:

Ação Preventiva é a ação tomada para eliminar as causas de problemas potenciais ou outra situação indesejável a fim de evitar o aparecimento das mesmas. Normalmente, é aplicada antes da implementação de novos produtos, processos ou sistemas, ou antes, de modificações já existentes. Ação preventiva é tomada antes de surgir o problema, baseando em informações coletadas durante a execução dos processos.

- Plano de Ação:

Plano de ação é o planejamento das iniciativas necessárias para atingir um resultado desejado. Deve deixar claro tudo o que deverá ser feito e a que tempo, quem é o responsável por cada iniciativa. Além disso, deverá apontar o porquê de se realizar tal atividade e como ela será realizada, onde e quanto que isso custa.

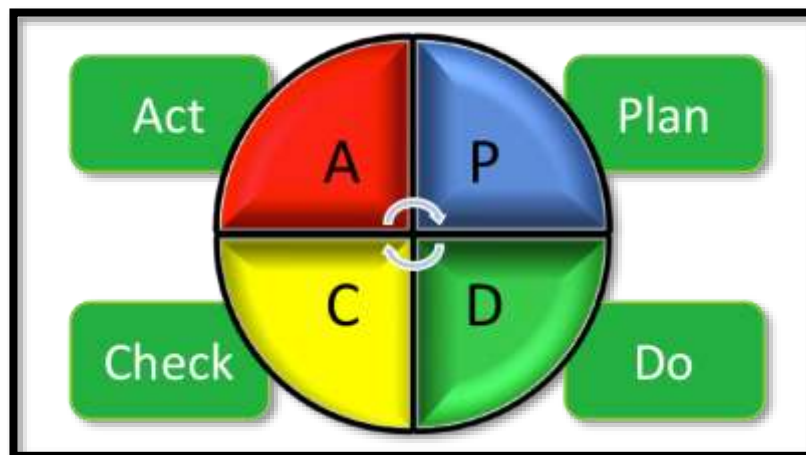
- Avaliação da Eficácia com PDCA

O PDCA pode ser definido como um valioso método de controle e melhoria dos processos organizacionais que, para ser eficaz deve estar disseminado e dominado conceitualmente e operacionalmente por todos os colaboradores da organização. É o caminho para se atingir as metas atribuídas aos diferentes processos organizacionais.

O ciclo do PDCA é projetado de maneira a produzir uma sistematização do planejamento e execução das ações organizacionais, através do fluir contínuo do ciclo em uma espiral crescente de melhoria, no qual o processo ou padrão sempre pode ser reavaliado e um novo ou uma melhoria de processo poderá ser promovida. O PDCA é uma importante ferramenta para o processo de solução de problemas crônicos que prejudicam o desempenho de um projeto, processo ou serviço.

O PDCA aprofunda a capacidade de planejamento da organização. Deve ser encarado como um processo de tomada de decisão, associado com as demais ferramentas apresentadas nesta apostila. Utilizar o PDCA no dia-a-dia induz a adoção de medidas preventivas. A sua utilização é simples, o que pode tornar um perigo, pois as pessoas acham que o estão utilizando de forma eficaz e o adotam de qualquer maneira. Gerenciar exige conhecimento e, para isso, não há substituto.

Figura 4- Ciclo de PDCA



Plan (planejar) – Nesta etapa a atenção deve estar voltada para a definição dos objetivos/metastas, para a definição dos métodos e procedimentos a serem empregados, bem como a definição dos indicadores ou itens de controle que serão utilizados para monitorar a eficácia das soluções.

Do (fazer) – esta etapa depende da elaboração do planejamento. Consiste na execução dos planos de ação estabelecidos. Enquanto o planejamento está voltado para a eficácia das ações, a etapa de execução está relacionada à eficiência dos processos. Esta etapa pode ser subdividida em duas outras. Treinamento e a execução

propriamente dita. Na etapa de treinamento, as pessoas devem ser preparadas para atuarem utilizando as soluções estabelecidas, enquanto que na etapa de execução, as atividades devem ser colocadas em prática e o seu desempenho monitorado através de itens de controle (indicadores de processo).

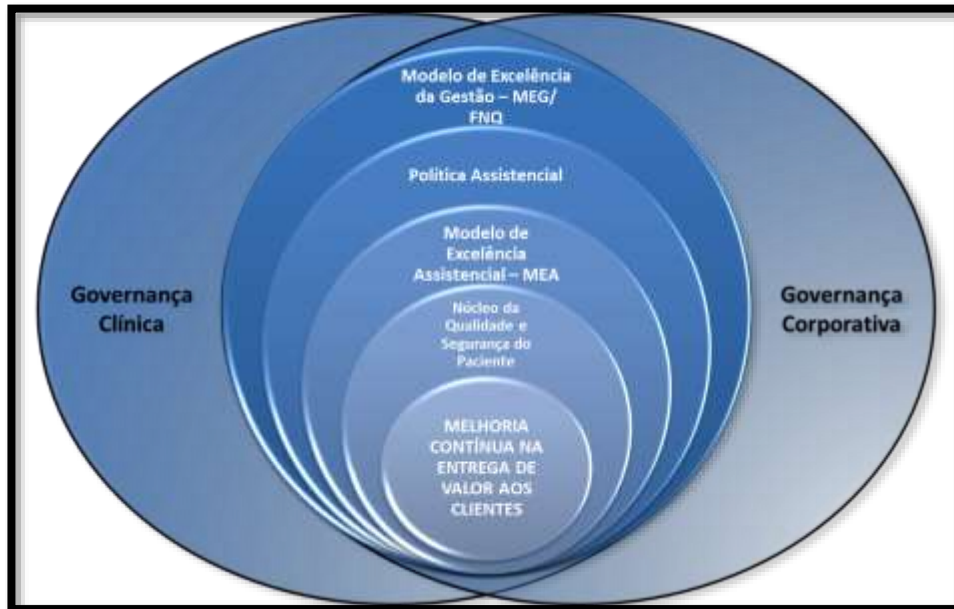
Check (verificar) – a terceira etapa do ciclo está relacionada com a verificação das ações executadas. Esta etapa se relaciona ao processo de comparação entre os resultados obtidos através das práticas e os indicadores estabelecidos no planejar, com a finalidade de mensuração da eficácia da solução escolhida. Esta etapa é considerada como a fase mais importante do ciclo, devendo ser enfatizada dentro da organização, a fim de se obter resultados satisfatórios e eficazes ao final de cada ciclo. É nesta etapa que, a partir dos dados levantados à organização deve efetuar as análises críticas de suas ações, promovendo, se necessário, ações de correção ou melhoria, na solução adotada ou nos próprios processos.

Act (agir) – esta etapa está relacionada com a melhoria dos processos organizacionais e na correção dos padrões estabelecidos. Aqui surgem as desejadas inovações que afetam toda a organização e, às vezes, a sociedade.

- GOVERNANÇA CLÍNICA

Para atingimento da excelência assistencial é necessário o estabelecimento de uma sistemática gerencial voltada às questões assistenciais, alinhada à Governança Corporativa, que garanta, na prática, a monitorização do processo de evolução contínua, servindo de apoio a implementação do referencial teórico do macroprocesso assistencial. A experiência mundial tem consagrado o padrão do *National Health System* (NHS), para este propósito. Neste modelo de gestão é estabelecida uma “abordagem sistêmica para manter e melhorar a qualidade no cuidado ao paciente em Serviços de Saúde” conhecida com a denominação de Governança Clínica. O Diretor Geral será responsável pela qualidade, incluindo a Governança Clínica, estabelecendo o elo fundamental com a Governança Corporativa. Desta forma a governança clínica torna-se um mecanismo poderoso e abrangente para assegurar, através do atendimento à Política Assistencial e ao Modelo de Excelência Assistencial, que os elevados padrões e a qualidade do atendimento clínico sejam alcançados e continuamente melhorados, entregando valor aos clientes.

Figura 5. Modelo conceitual de Governança

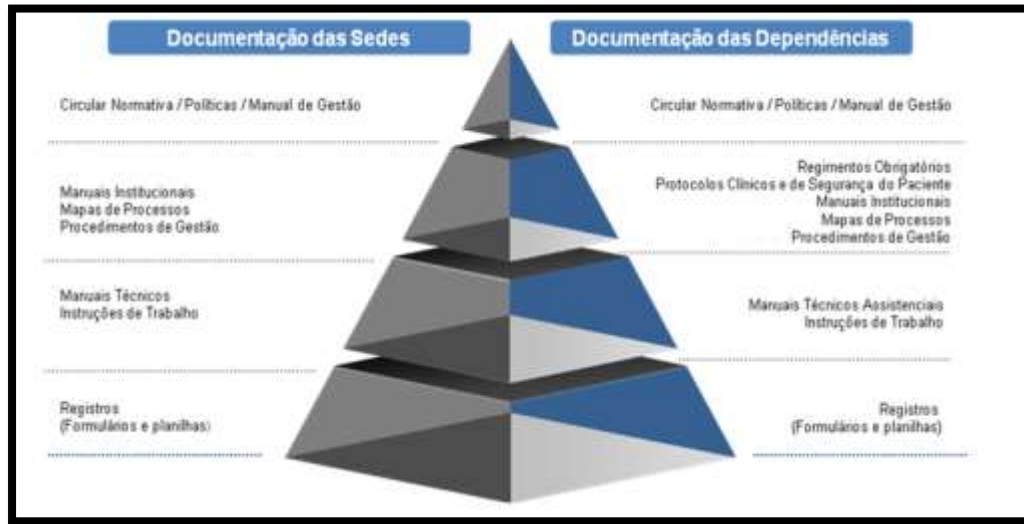


2.2. DOCUMENTAÇÃO NORMATIVA E OPERACIONAL DA UNIDADE

Representa a organização dos processos de trabalho e introdução à melhoria contínua na gestão do Hospital. São elaborados, entre outros, documentos de cunho administrativo, de qualidade, procedimentos de gestão e manuais que dizem respeito à formalização de todo o funcionamento do Hospital.

Ainda no tocante as documentações inerentes ao Hospital são observadas a padronização do tipo, conteúdo e a forma de apresentação, assegurando que todos os processos normatizados sejam efetivamente gerenciados pela qualidade (rastreadibilidade, validade, entre outros).

Figura 6. Hierarquia de documentos existente nos hospitais



Desta forma, segue o referencial da gestão de documentos aplicado pela Pró-Saúde, passível de adaptação local, observados os controles formais necessários:

MANUAL DE GESTÃO

Primeiro documento institucional que rege e disciplina a gestão do Hospital como um todo e que formaliza a política de gestão da Pró-Saúde. Este documento contempla os seguintes tópicos:

ORGANOGRAMA

Representação ilustrativa que demonstra a estrutura organizacional do Hospital e sua departamentalização, definindo os níveis de autoridade e responsabilidade das áreas. A estrutura é constituída por uma direção geral a qual estão ligadas as diretorias de áreas: Administrativa, Apoio, assistencial, técnica, conforme contexto local.

REGIMENTO DE CORPO CLÍNICO

Documento que rege e direciona as ações, direitos e deveres do corpo médico e demais profissionais da assistência, dentro do Hospital. Com modelo elaborado a partir de estudo próprio, a minuta é submetida a análise e aprovação da equipe médica.

MAPA DE PROCESSOS

Desenho dos processos existentes no serviço, de forma a esclarecer os fluxos entre as principais atividades. Estes processos são descritos em subprocessos, com suas atividades detalhadas, na ficha de descrição de processos.

Os processos dão origem aos indicadores, estratégico e operacionais que são descritos na ficha de indicador.

Ficha de Descrição de Processos

É o modelo pelo qual se descreve, em texto e fluxograma, o processo em questão, fazendo referência aos fornecedores e clientes, bem como ao indicador do processo, se houver.

Ficha do Indicador

É o modelo no qual são definidos os indicadores da organização. Deve-se preencher a ficha do indicador com o intuito de padronizar fórmulas, definir responsáveis e o fluxo da informação daquele indicador dentro do Hospital.

PROTOCOLOS CLÍNICOS

São como instruções de trabalho que descrevem o método de atendimento dos profissionais da saúde para cada situação específica. A equipe do Hospital elabora os

seus protocolos, de acordo com sua realidade, devendo sempre contemplar o trabalho do corpo médico, a enfermagem e outros profissionais de assistência ao paciente.

PROCEDIMENTOS DE GESTÃO

São os procedimentos (semelhantes a instruções de trabalho) que são relevantes e interferem na organização de forma geral e sistêmica. Por exemplo: gestão dos eventos-sentinelas, gestão das não conformidades, etc. São procedimentos que não são específicos de uma só área, pois define a participação de todos os setores da mesma forma.

MANUAIS INSTITUCIONAIS

São manuais que regem o método de trabalho e as premissas principais de alguns macroprocessos dentro do Hospital, como por exemplo:

- PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde, Manual de Relacionamento com Fornecedores desenvolvido para a Unidade
- Manual de Descrição de Cargos e Competências

MANUAIS TÉCNICO-ASSISTENCIAIS

São manuais específicos que descrevem as rotinas e tarefas de cada setor técnico-assistencial individualmente, sem se preocupar com as interações sistêmicas.

INSTRUÇÕES DE TRABALHO

A instrução de trabalho é o documento no qual são descritas as atividades e tarefas realizadas em determinado setor / departamento. Por meio dela define-se modo de fazer, referenciam-se documentos e estipulam-se responsáveis.

REGISTROS / PLANILHAS / TABELAS / FORMULÁRIOS

São documentos de uso diário na vida hospitalar e que podem ser criados e colocados em uso e desuso de acordo com a necessidade. Os modelos de planilhas, tabelas e formulários são adaptados de acordo com a necessidade e demanda apresentadas pelo hospital. Ex.: Informe de Alta, Ata de abertura de Comissões.

DOCUMENTOS LEGAIS, FISCAIS E INSTITUCIONAIS

O diretor geral do Hospital é responsável por cumprir a agenda de compromissos legais e fiscais da mesma sob sua responsabilidade junto a órgãos públicos e reguladores. Deve assegurar, por meio de prova documental, o efetivo cumprimento desta agenda.

2.3. ELEMENTOS OPERACIONAIS DO MODELO DE GESTÃO

a) ATUAÇÃO DA EQUIPE DE GESTÃO

Atuação direta sobre todas as atividades da Unidade através da equipe de gestores que desenvolvem o papel executivo, com autoridade de mando para implementar deliberações da Diretoria da Pró-Saúde. Gradativamente serão introduzidos o Planejamento e a Gestão Estratégica. Entre outras a equipe de gestão será responsável por:

- Designar para a administração direta da Unidade profissional com experiência em administração hospitalar.
- Manter uma equipe de retaguarda à distância, composta de médicos, administradores hospitalares, enfermeiros, contadores e advogados, para prestarem assessoria à contratante quando solicitado.

- Colocar à disposição da Unidade toda a estrutura técnica necessária ao bom desempenho das atividades hospitalares, incluindo assessoria e consultoria jurídica, financeira, contábil, médica e de enfermagem.
- Administrar a Unidade com plena autonomia e independência para implantar sistemas administrativos, rotinas e procedimentos condizentes com as modernas normas de administração hospitalar.
- Organizar a estrutura indispensável para o bom funcionamento da Unidade.
- Elaborar os instrumentos administrativos e jurídicos compatíveis com as necessidades.
- Orientar quanto à instalação de novos serviços, adequação ou ampliação dos já existentes.
- Orientar e proceder a celebração e revisão de todos os contratos existentes e necessários.
- Definir os objetivos e estratégias de funcionamento da Unidade alinhadas ao contrato de gestão.
- Elaborar a prestação de contas mensal que contenha todos os elementos para a correta apreciação das atividades gerais no período, envolvendo aspectos administrativos, sociais e econômico-financeiros.
- Esclarecer sobre as atividades desenvolvidas na gestão da Unidade sempre que for convocado pelo contratante.

b) SERVIÇOS DE ACESSORIA TÉCNICA

O desenvolvimento do trabalho de gestão conforme modelo proposto requer, entre outros, suporte técnico de assessoria específica, a ser utilizada sempre que o plano de trabalho assim demandar. Entre outros, destacamos as seguintes áreas:

Assessoria Jurídica

- Emitir pareceres jurídicos ligados à área hospitalar, quando solicitada pela Unidade.
- Analisar os contratos firmados pela Unidade, emitindo parecer.

Assessoria Financeira

- Implantar sistemática e auxiliar tecnicamente a Unidade para que mantenha, de forma atualizada, fluxo de caixa mensal, contemplando ao menos as entradas operacionais, não operacionais, saídas do mês e saldo do mês.
- Implantar sistemática e auxiliar tecnicamente a Unidade para que mantenha, de forma atualizada, sistema de conciliação de todas as operações, especialmente as transações bancárias.

Assessoria Contábil

- Implantar plano contábil hospitalar, conforme a legislação em vigor.
- Assessorar a Unidade na contabilização de todos os fatos contábeis ocorridos no decorrer do mês.
- Emitir pareceres conclusivos relativos as questões da área contábil e financeira.
- Acompanhar a conciliação das contas e o fechamento dos balancetes mensais e também do balanço anual.

Assessoria Médica

- Emitir pareceres, sempre que solicitada, acerca de novas terapias a serem implantadas, rotinas hospitalares, aquisição de equipamentos, entre outros, sempre respeitando os preceitos éticos, morais e legais.

Assessoria de Enfermagem

- Emitir parecer acerca do correto dimensionamento de pessoal.
- Auxiliar na implantação das escalas de trabalho.
- Assessorar equipes de enfermagem da Unidade na utilização das melhores práticas de trabalho.
- Emitir parecer acerca das atribuições de cada segmento profissional da área de enfermagem.
- Colocar à disposição da Unidade toda a legislação relativa a atuação profissional da área de enfermagem.

Assessoria Administrativa

- Orientação especializada aos Dirigentes Hospitalares.
- Apoio técnico em mudanças estruturais.

- Introdução de instrumentos de análise permanente de desempenho da Unidade.
- Gestão de Resultados: Plano de Ação do Exercício e Programação Orçamentária.
- Projetos de desenvolvimento empresarial e comprometimento das partes envolvidas (conselho administrativo, corpo de funcionários e corpo clínico).
- Estudos de viabilidade: expansão e redução de serviços, terceirizações.
- Projeto de novas receitas.
- Parametrização de despesas.
- Orientação e enquadramento legal.
- Implantar plano estatístico hospitalar.
- Assessorar a Unidade no levantamento dos dados estatísticos.
- Assessoria nas áreas de Filantropia, Operações, Contratos, TI e Patrimônio.

2.4. POLÍTICA ASSISTENCIAL

A Pró-Saúde com objetivo de garantir a qualidade, a segurança e a melhoria contínua dos processos assistenciais, estabelece um conjunto de princípios fundamentais que compõem a sua Política Assistencial. Para a implementação desta Política Institucional, reconhece como fundamental o Modelo de Excelência da Gestão (MEG) da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), alinhado com sua missão, visão e princípios. Com base neste instrumento, foi estabelecido o Modelo de Excelência Assistencial da Pró-Saúde (MEA), que tem como principal objetivo balizar a construção de padrões e práticas assistenciais de reconhecimento global, para entregar valor aos pacientes e a sociedade, com a melhor qualidade disponível, no menor tempo possível aliado a um custo sustentável. Estes instrumentos são de extrema importância para sua sustentabilidade, crescimento e perenidade.

O Modelo de Excelência Assistencial Pró Saúde consiste em uma metodologia própria de organização da assistência multidisciplinar à saúde, centrada no paciente. Estabelece uma base teórica para busca da excelência dentro dos melhores padrões e práticas assistenciais. Tem como objetivo entregar valor a Paciente, Familiares e

Sociedade, através do restabelecimento de sua saúde, devolvendo-o a Sociedade no menor tempo possível, com o melhor resultado possível, por meio de serviços assistenciais de alta qualidade e confiabilidade, com custos sustentáveis.

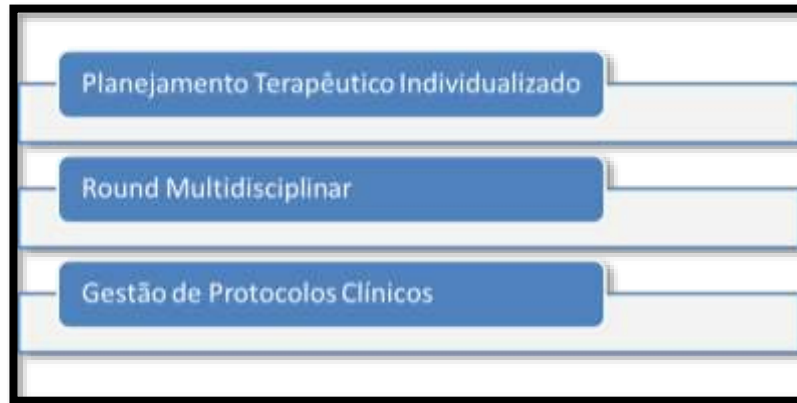
O macroprocesso que representa o Modelo de Excelência Assistencial da Pró-Saúde corresponde a um conjunto de processos técnicos multidisciplinares que devem garantir a entrega de serviços de assistência à saúde de alta qualidade e custo competitivo.

Este macroprocesso permeia a linha de cuidados assistenciais e é composto por fases (processos primários) que se sucedem e repetem. É um processo permanente, tanto nos estados de saúde como nas doenças. A sequência de ações pode ser comparada a qualquer processo primário, aqui referentes a transformação da saúde do indivíduo, constituindo uma aplicação dos princípios da ferramenta do PDCA (L) para todas as ações preventivas ou curativas em busca da manutenção ou restabelecimento do equilíbrio biopsicossocial. Na verdade, esse processo já é aplicado pelas profissões de promoção da saúde no modelo consagrado do diagnóstico seguido pela terapêutica, com a obtenção de resultados visando a melhoria do estado do indivíduo. Nosso objetivo é sistematizar, por um prisma gerencial, a linha de cuidados assistenciais, definindo espaços e responsabilidades dentro do contexto do gerenciamento de resultados de qualidade assistencial, muito mais do que na mera obtenção de metas quantitativas ou indicadores numéricos, que estarão conseqüentemente alcançáveis ao se concluir a própria linha de cuidados, seja no âmbito da internação hospitalar seja na atenção básica à saúde em nível ambulatorial ou no lar.

EFETIVIDADE CLÍNICA

A efetividade clínica é a medida de que, até que ponto, uma intervenção ou um conjunto de intervenções funciona. Também tem que considerar os aspectos de eficácia, eficiência e segurança, a partir da perspectiva do paciente, dos prestadores de cuidados e da sociedade. Deve incluir questões como a continuidade do cuidado, o cuidado sensível as necessidades do paciente e o cuidado integral, ao invés de considerar apenas a eficácia de qualquer intervenção em particular. Ela é atingida através da utilização de um conjunto de ferramentas baseadas em evidências e com foco no resultado para o paciente.

Figura 7. Ferramentas para a efetividade clínica



Planejamento Terapêutico Multiprofissional e Individualizado

O Plano Terapêutico Multiprofissional (PTM) é um conjunto de ações e intervenções terapêuticas elaboradas com base em uma visão integral da condição clínica do paciente, que visa obter sincronia entre as equipes que participam do cuidado e a maior adesão do paciente e de seus responsáveis ao tratamento. Deverá levar em consideração o perfil e os recursos da unidade de saúde e ser executado durante todo ciclo da assistência. Tem como objetivos o controle de quadro agudo e dos riscos associados, a remissão ou redução de sintomas e a preparação para a alta hospitalar.

As ações deverão ser planejadas de acordo com o perfil do paciente e da unidade assistencial, portanto, pode se partir de um modelo, porém com as adequações necessárias para o desenvolvimento. A figura abaixo demonstra as bases do plano terapêutico multiprofissional e individualizado, respeitando as diretrizes de nossa Política Assistencial.

Figura 8. Bases do plano terapêutico multiprofissional e individualizado.



Visitas e Rounds multiprofissionais

Segundo o Institute of Healthcare Improvement (IHI), “É o modelo de assistência, centrado no paciente, no qual os membros das equipes multidisciplinares participam, juntos, da discussão do cuidado, em tempo real”. Tem como objetivos coordenar a assistência ao paciente, determinar as prioridades do cuidado, estabelecer metas diárias de conduta e planejar a alta ou transferência do paciente. Produz como benefícios adicionais o aumento a adesão à protocolos e bundles; a melhora da comunicação e da colaboração entre médicos e enfermeiros, a redução da incidência de eventos adversos, a redução do tempo (TMP) e da quantidade de recursos empregados, além da melhora do fluxo dos pacientes através dos níveis de cuidado. O esquema abaixo, representa bem a união do conhecimento e das habilidades de todos, em prol da efetividade clínica.

Figura 9. Estrutura conceitual para desenvolvimento do trabalho multiprofissional.



Adaptado de: *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety*. Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ

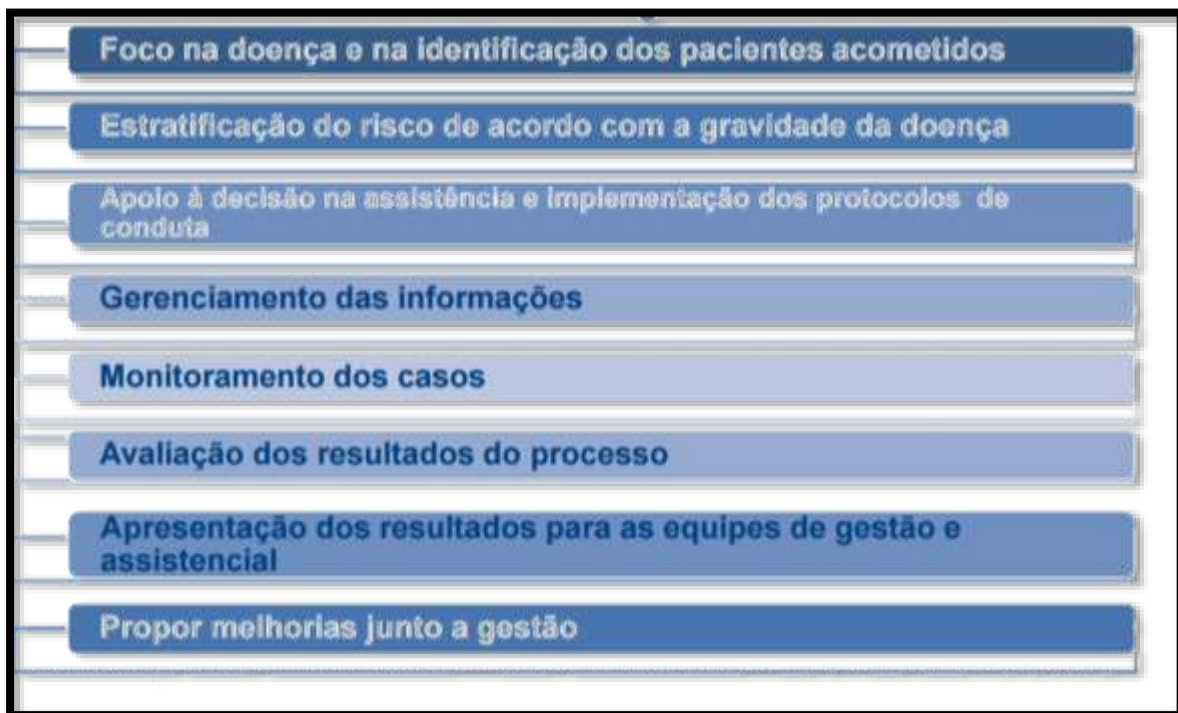
Na implementação da visita e/ou do round multidisciplinar alguns componentes-chave precisam ser considerados:

- Ocorrer frequente e sistematicamente;
- Incluir disciplinas chaves para a população específica de pacientes;
- Ter um membro designado para conduzi-lo;
- Utilizar planilhas com metas individuais;
- Identificar a possibilidade de alta e transferência, verbalizando as barreiras à esta transição.

Gestão de Protocolos Clínicos

O conceito de Gestão da Doença, é a base por traz da lógica do gerenciamento de protocolos clínicos, e segue os tópicos apresentados na figura abaixo.

Figura 10. Gestão de protocolos



As diretrizes existentes e reconhecidas na literatura médica, bem como aquelas definidas pelas Sociedades de Especialidades, deverão ser a base da elaboração de protocolos clínicos. Na implementação de protocolos gerenciados, a utilização de alguns passos básicos é importante. São eles:

- Definir assunto do Protocolo (condição/situação clínica) e as perguntas relevantes para o perfil da instituição
- Estabelecer os autores e dividir as tarefas
- Identificar as evidências existentes e escolher a melhor para a sua situação clínica.
- Definir claramente os critérios de inclusão e exclusão
- Escolher os marcadores conforme o objetivo
- Definir o fluxo de execução
- Começar pequeno
- Rever e ajustar
- Implementar

A atenção às pacientes será responsabilidade da equipe multidisciplinar e cabe a Diretoria Geral e seu staff proporcionar condições de atendimento.

Este suporte será por exemplo, por meio de reuniões, gestão de indicadores, rounds na unidade.

2.5. ASPECTOS ORGANIZACIONAIS

2.5.1. HORÁRIOS E FREQUÊNCIA SEMANAL DO USO DAS SALAS CIRÚRGICAS POR ESPECIALIDADES

Na sequência se encontra uma proposta para o uso das salas do Centro Cirúrgico.

Tabela 1. Sugestão de uso de salas cirúrgicas

	Horários	Sala 1	Sala 2	Sala 3
Segunda	07:00 -10:00	GO	Cir. Ped.	Urgência
	10:00 - 13:00			
	13:00 - 16:00			
	16:00 - 19:00			
Terça	07:00 -10:00	GO	Cir. Ped.	Urgência
	10:00 - 13:00			
	13:00 - 16:00			
	16:00 - 19:00			
Quarta	07:00 -10:00	GO	Cir. Ped.	Urgência
	10:00 - 13:00		Cir. Geral	
	13:00 - 16:00			
	16:00 - 19:00			
Quinta	07:00 -10:00	GO	Cir. Geral	Urgência
	10:00 - 13:00			
	13:00 - 16:00			
	16:00 - 19:00			
Sexta	07:00 -10:00	GO	Cir. Geral	Urgência
	10:00 - 13:00			
	13:00 - 16:00			
	16:00 - 19:00			

O cronograma de disponibilização de sala cirúrgica, para cirurgias eletivas pode ser alterado de acordo com a demanda de cirurgias de urgência / emergência.

2.5.2. HORÁRIOS E DISTRIBUIÇÃO SEMANAL DE UTILIZAÇÃO DOS LOCAIS DE CONSULTAS AMBULATORIAIS

Abaixo apresentamos uma proposta para o uso das salas do Ambulatório.

Tabela 2. Sugestão de uso de salas de consultas ambulatoriais

	Horários	Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4
Segunda	7:00-12:00	Pediatria clínica	Cirurgia geral	Equipe Multiprofissional	Equipe Multiprofissional
	13:00-17:00	Pediatria clínica	Cirurgia geral	Anestesiologia	Equipe Multiprofissional
Terça	7:00-12:00	Pediatria clínica	Cirurgia geral	Clínica médica	Equipe Multiprofissional
	13:00-17:00	Pediatria clínica	Cirurgia geral	Clínica médica	Equipe Multiprofissional
Quarta	7:00-12:00	Pediatria clínica	Cirurgia geral	Equipe Multiprofissional	Equipe Multiprofissional
	13:00-17:00	Pediatria clínica	Cirurgia geral	Anestesiologia	Equipe Multiprofissional
Quinta	7:00-12:00	Pediatria clínica	Cirurgia geral	Clínica médica	Equipe Multiprofissional
	13:00-17:00	Pediatria clínica	Cirurgia geral	Clínica médica	Equipe Multiprofissional
Sexta	7:00-12:00	Pediatria clínica	Cirurgia geral	Clínica médica	Equipe Multiprofissional
	13:00-17:00	Pediatria clínica	Cirurgia geral	Clínica médica	Anestesiologia

Fazem parte da equipe multiprofissional: enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, nutrição e serviço social.

Por Cirurgia geral, entende-se Obstetrícia/Ginecologia e Pediatria.

A partir do quarto mês serão acrescentados um cardiologista e um endocrinologista que atenderão uma vez na semana, meio período.

2.5.3. HORÁRIOS E DISTRIBUIÇÃO SEMANAL DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

A seguir apresentamos uma proposta para os horários de atendimento do serviço de SADT.

Tabela 3. Sugestão de horários de SADT

SADT	Horários
Análises Clínicas	24 horas por dia, todos os dias para pacientes internos
Radiologia Convencional	24 horas por dia, todos os dias para pacientes internos
Mamografia	Disponível no hospital das 07 às 19 horas, de 2ª a 6ª feira, agendados previamente
Ultrassonografia	Disponível no hospital das 07 às 19 horas, de 2ª a 6ª feira, agendados previamente e quando necessário, nos sábados domingos e feriados à distância.
Métodos Gráficos	24 horas por dia, todos os dias para pacientes internos
Endoscopia	Será disponibilizado conforme a necessidade do usuário internado, de 2ª a 6ª feira agendados previamente

2.5.4. HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO, DISTINGUINDO ENTRE ATIVIDADE PROGRAMADA E URGENTE, DE TODOS OS SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS

Tabela 4. Sugestão de funcionamento dos SADTs

SADT	Programados	Urgência
Análises Clínicas	X	X
Radiologia Convencional	X	X
Mamografia	X	
Ultrassonografia	X	X
Métodos Gráficos	X	X
Endoscopia	X	

3. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1. SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

3.1.1. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS DIFERENTES CLÍNICAS

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao usuário, segundo a patologia atendida, desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, bem como retorno ao ambulatório de especialidades médicas quando indicado. Nesse contexto, estão incluídos todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter, ou completar, o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive às relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais – OPM, contempladas na tabela unificada do SUS. Em caso de necessidade justificada de uso de OPM não prevista na tabela do SUS, a SESPA deverá autorizar previamente o orçamento de uso para pagamento na competência subsequente ao mês de utilização da OPM.

Nas unidades que são prestados os cuidados integrais aos pacientes prevê a formalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, conforme a Resolução COFEN que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

O Hospital é composto por leitos de internação de:

- Clínica médica;
- Clínica pediátrica;
- Clínica cirúrgica;
- Clínica obstétrica/ginecológica;
- UTI Neonatal;
- UCI Neonatal;
- UTI Adulto;
- PPP.

A seguir faremos uma descrição de cada uma das diferentes clínicas:

CLÍNICA MÉDICA (10 leitos)

Equipe que prestará a assistência: Médico Clínico, Enfermagem, Fisioterapia 12hs, Psicologia e Serviço Social.

Equipe de Apoio: Nutrição, Farmácia, SADT, Higiene, Lavanderia e Manutenção.

CLÍNICA PEDIÁTRICA (05 leitos)

Equipe que prestará a assistência: Médico pediatra, Enfermagem, Fisioterapia 12hs, Psicologia e Serviço Social.

Equipe de Apoio: Nutrição, Farmácia, SADT, Higiene, Lavanderia e Manutenção.

CLÍNICA CIRÚRGICA (06 leitos)

Equipe que prestará a assistência: Médico Cirurgião, Enfermagem, Fisioterapia 12hs, Psicologia e Serviço Social.

Equipe de Apoio: Nutrição, Farmácia, SADT, Higiene, Lavanderia e Manutenção.

CLÍNICA OBSTÉTRICA/GINECOLÓGICA (09 leitos)

Equipe que prestará a assistência: Médico ginecologista/obstetra, Pediatra, Enfermagem, Fisioterapia 12hs, Doulas, Psicologia e Serviço Social.

Equipe de Apoio: Nutrição, Farmácia, SADT, Higiene, Lavanderia e Manutenção.

UTI NEONATAL (10 leitos)

Equipe que prestará a assistência nestas unidades: Médico neonatologista, Enfermagem, Terapia ocupacional, Fisioterapia 18hs, Fonoaudiologia, Psicologia e Serviço Social.

Equipe de Apoio: Nutrição, Farmácia, SADT, Higiene, Lavanderia e Manutenção.

UCI NEONATAL (10 leitos)

Equipe que prestará a assistência nestas unidades: Médico neonatologista, Enfermagem, Terapia ocupacional, Fisioterapia 18hs, Fonoaudiologia, Psicologia e Serviço Social.

Equipe de Apoio: Nutrição, Farmácia, SADT, Higiene, Lavanderia e Manutenção.

UTI ADULTO (10 leitos)

Equipe que prestará a assistência nestas unidades: Médico intensivista adulto, Enfermagem, Fisioterapia (18h), Terapia ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia e Serviço Social.

Equipe de Apoio: Nutrição, Farmácia, SADT, Higiene, Engenharia Clínica, Lavanderia e Manutenção.

PPP (05 leitos)

Equipe que prestará a assistência: Médico ginecologista/obstetra, Pediatra, Enfermagem, Terapia ocupacional, Fisioterapia 12hs, Doulas, Psicologia e Serviço Social.

Equipe de Apoio: Nutrição, Farmácia, SADT, Higiene, Lavanderia e Manutenção.

3.1.2. ESTRUTURA DE CHEFIA E NÚMERO DE PESSOAS DE CADA CLÍNICA, ASSIM COMO O TIPO DE VÍNCULO COM A UNIDADE

Áreas	Profissionais	Carga Horária Semanal	Quantidade	Vínculo
Diretoria Técnico Assistencial	Diretor de Enfermagem	44	1	CLT
Educação permanente	Enfermeiro NEP/SCIH	44	1	CLT
PRONTO ATENDIMENTO				
Pronto Atendimento	Enfermeiro	36	6	CLT
Pronto Atendimento	Técnico de Enfermagem	36	10	CLT
CLÍNICA MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA				
Clínica medica/Cirúrgica	Enfermeiro	36	6	CLT
Clínica Pediátrica	Técnico de Enfermagem	36	12	CLT
BLOCO CIRÚRGICO				
Bloco Cirúrgico	Enfermeiro	36	3	CLT
Bloco Cirúrgico	Técnico de Enfermagem	36	11	CLT
UTI ADULTO				
UTI Adulto	Coordenador de Enfermagem	44	1	CLT
UTI Adulto	Enfermeiro	36	5	CLT
UTI Adulto	Técnico de Enfermagem	36	25	CLT

SADT				
SADT	Técnico de Enfermagem	36	2	CLT
UTI NEONATAL				
UTI Neonatal	Coordenador de Enfermagem	44	1	CLT
UTI Neonatal	Enfermeiro	36	6	CLT
UTI Neonatal	Técnico de Enfermagem	36	25	CLT
UCI NEONATAL				
UCI Neonatal	Enfermeiro	36	4	CLT
UCI Neonatal	Técnico de Enfermagem	36	15	CLT
PPP				
PPP	Enfermeiro	36	7	CLT
PPP	Técnico de Enfermagem	36	13	CLT
CLÍNICA OBSTÉTRICA				
Clínica Obstétrica	Enfermeiro	36	5	CLT
Clínica Obstétrica	Técnico de Enfermagem	36	8	CLT
CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO				
Central de Material Esterilizado (CME)	Técnico de Enfermagem	36	10	CLT
BANCO DE LEITE HUMANO				
Banco de Leite Humano	Enfermeiro	44	1	CLT
Banco de Leite Humano	Técnico de Enfermagem	44	1	CLT

3.1.3. HORÁRIOS DE ATIVIDADE DE URGÊNCIAS, DISTINGUINDO ENTRE PRESENÇA FÍSICA DE MÉDICO GERAL E, MÉDICOS QUE ATENDEM CHAMADAS (SOBREAVISO)

Tabela 5. Escala de Plantão e sobreavisos

ESPECIALIDADE	PLANTÃO DE 12HS	PLANTÃO 24 H	SOBREAVISO
INTENSIVISTA ADULTO		X	
NEONATOLOGISTA/INTENSIVISTA		X	
CLÍNICO GERAL	X		
CIRURGIÃO GERAL	X		X
GINECOLOGISTA/OBSTETRA		X	
ANESTESISTA	X		X
RADIOLOGIA	X		
PEDIATRA		X	
OUTRAS ESPECIALIDADES			X

3.1.4. DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE SALAS DE CIRURGIA, URGÊNCIAS E AMBULATÓRIOS E SADT

A. CENTRO CIRÚRGICO

O centro cirúrgico é um lugar especial dentro do hospital, onde são realizadas técnicas estéreis para garantir a segurança dos usuários quanto ao controle de infecção.

Por ser uma área crítica, requer controle de fluxo de pessoal e material, ficando o acesso ao público restrito aos profissionais que lá atuam.

O processo começa quando se agenda a cirurgia. Neste momento, são tomadas todas as providências para que a cirurgia ocorra de forma tranquila, conforme o previsto. Essa rotina busca minimizar riscos inerentes ao procedimento e mantém a equipe permanentemente preparada para dar respostas rápidas às diversas necessidades que possam se apresentar.

O centro cirúrgico do hospital conta com 03 salas para realização dos procedimentos.

- Agendamento Cirúrgico:

O agendamento de cirurgias eletivas é feito pessoalmente pelo cirurgião solicitante através do preenchimento do formulário de aviso de cirurgia, entregue em CC até as 17:00 do dia anterior ao procedimento

Anterior à data da cirurgia, a equipe do Centro Cirúrgico entrará em contato com o médico cirurgião para agilizar o cadastro e fornecer orientações gerais.

As cirurgias de urgência devem ser agendadas diretamente com a Enfermagem do Centro Cirúrgico.

- Consulta pré-anestésica:

Com a consulta pré-anestésica, o médico anestesista tem o tempo necessário para organizar o atendimento e garantir todas as condições de segurança e o melhor tratamento possível para cada cliente.

- Encaminhamento:

O paciente será encaminhado ao Centro Cirúrgico cerca de 35 minutos antes do procedimento agendado. Quando o paciente for menor de idade ou houver atraso da equipe cirúrgica, o encaminhamento só será feito após a chegada dos médicos.

É importante que os termos de consentimento para a realização da cirurgia e da anestesia estejam devidamente preenchidos e assinados.

Cirurgias que envolvam lateralidade, o local da cirurgia será marcado pelo médico antes de ser encaminhado ao Centro Cirúrgico.

- Etapas de Atendimento:

Os pacientes que passam por cirurgia recebem atendimento em três etapas:

Indução anestésica - Nesta etapa, conduzida pelo médico anestesiológico e pela equipe de enfermagem, o paciente é monitorado para controle do traçado cardíaco, frequência cardíaca, pressão arterial, oxigenação sanguínea e nível de anestesia. Uma vez anestesiado, o paciente recebe as proteções necessárias, de acordo com a cirurgia a ser realizada.

Período intraoperatório - A cirurgia propriamente dita, começa no momento em que o cirurgião inicia a incisão e vai até o seu fechamento. Da sala de cirurgia, o paciente poderá ser encaminhado para a Recuperação Anestésica, para o quarto, ou para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o que acontece caso precise de cuidados especiais, após cirurgias muito extensas ou com pacientes muito debilitados.

Recuperação Anestésica - O hospital tem disponibilidade de cinco leitos de recuperação pós anestésicos. O paciente conta com a alta tecnologia de monitoramento, sob observação e cuidados constantes da equipe de enfermagem e do médico anestesiológico, até a plena recuperação da consciência e da estabilidade clínica. O período de permanência nesse setor varia de acordo com a complexidade da cirurgia.

Informações dos médicos - Ocasionalmente, após o término do procedimento, o cirurgião pode solicitar a presença dos familiares ou acompanhantes, para informá-los da cirurgia e orientá-los quanto ao pós-operatório.

A. URGÊNCIA

O Hospital Materno Infantil de Barcarena deverá disponibilizar atendimentos de urgência 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tal, os atendimentos programados que ocorram de forma referenciada.

Estarão disponibilizados leitos de observação em consequência dos atendimentos de urgência, por período de, até, 24 horas, não caracterizando, entretanto, internação hospitalar.

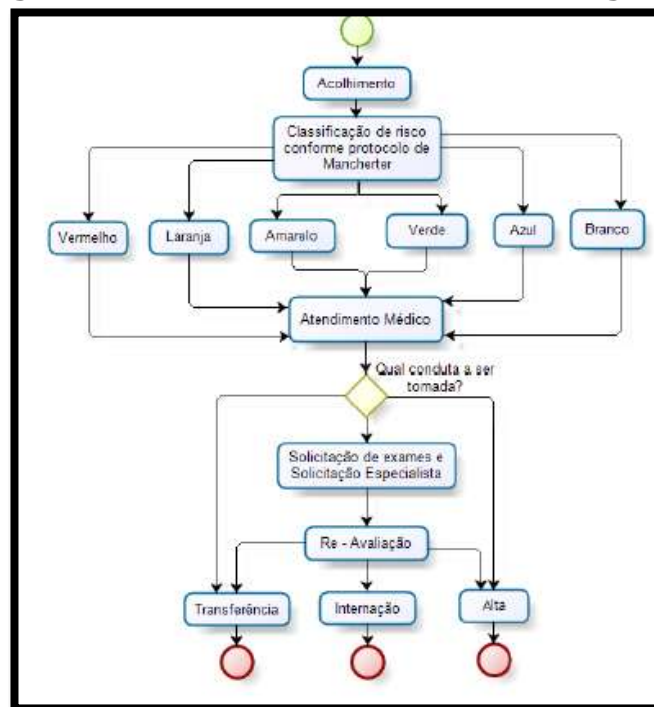
Objetivos do Serviço

Os serviços de urgência/emergência têm o objetivo de diminuir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes, para tanto é preciso garantir os elementos necessários para um sistema de atenção de emergência considerando recursos humanos, infraestrutura, equipamentos e materiais, de modo a assegurar uma assistência integral, com qualidade adequada e contínua.

INDICADORES DE DESEMPENHO:

- 1) Produção de Atendimento;
- 2) Média de Permanência;
- 3) Número de usuário/dia com permanência maior de 24 horas;
- 4) Tempo médio de atendimento por classificação.

Figura 11. Fluxo de atendimento na Emergência



C. AMBULATÓRIO

No Hospital Materno Infantil de Barcarena serão disponibilizadas consultas ambulatoriais, para usuários egressos do próprio hospital e, igualmente, aos encaminhamentos efetuados pela Central de Regulação Estadual, para as especialidades previamente definidas, após pactuação com o hospital, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

O serviço contará com enfermeiro, técnicos de enfermagem e auxiliar administrativo.

O atendimento ambulatorial funcionará das 7h às 17h, de segunda a sexta-feira.

Atendendo:

- Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;
- Inter consulta;
- Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento a especialidade referida.

Entende-se por Inter consulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto as subsequentes das Inter consultas.

Os serviços ambulatoriais compreendem as seguintes especialidades: Pediatria Clínica, Clínica Médica, Cirurgia Geral (Obstetrícia/Ginecologia e Pediatria).

D- SADT

Entende-se por SADT interno, a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a usuários internados no próprio Hospital Materno Infantil de Barcarena, e o SADT externo a disponibilização de exames e ações de apoio, diagnóstico e terapêutico à usuários encaminhados pela Central de Regulação da SESPA.

O serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, prestado pelos exames de Radiologia, Ultrassonografia, Endoscopia, Mamografia e Métodos Gráficos.

3.1.5. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO (ENFERMARIA)

A Unidade de Internação é o conjunto de dependências destinadas à acomodação do paciente internado e à prestação dos cuidados necessários ao atendimento específico que a enfermagem oferece, ajudando para uma breve reabilitação, minimizando as sequelas, promovendo uma assistência sem danos ou prejuízos e principalmente promover a recuperação e bem-estar devolvendo-o a sociedade o mais breve possível.

Objetivos da Unidade

- Receber acolher o paciente no setor, informando as normas e rotinas da unidade;
- Esclarecer a assistência que será prestada, procurando familiarizar o usuário com o ambiente hospitalar e fornecer todas as indicações necessárias para que ele esteja consciente da sua situação, dos serviços que lhe serão prestados, seus direitos e deveres enquanto estiver internado;
- Planejar as atividades de enfermagem proporcionando o perfeito atendimento às necessidades básicas dos pacientes, identificando o processo assistencial e plano de cuidados logo no ato da internação;
- Proporcionar condições e ambiente agradável e saudável que facilitam o restabelecimento dos pacientes;
- Registrar as atividades desenvolvidas, as queixas e observações biopsico emocionais dos pacientes em todo período assistencial, nos seus respectivos locais conforme rotina estabelecida, manter essas informações e registros legíveis e concisos no prontuário, garantindo a segurança e continuidade das informações a cada plantão;
- Fornecer ao paciente as informações referentes ao gerenciamento dos riscos que ele estará submetido durante a internação de acordo com a classificação de riscos aplicados no ato da internação e na primeira etapa da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE.

Competência do Serviço

- Dar ao paciente o direito de viver e morrer com dignidade e respeito, e promover assistência ao paciente e sua família de acordo com suas necessidades individuais;
- Prover assistência de enfermagem ao paciente, por meio da utilização racional de procedimentos, normas e rotinas, bem como de tratamentos terapêuticos específicos de enfermagem, num contexto multiprofissional;
- Prover condições de continuidade de assistência de enfermagem, visando à manutenção da assistência dentro dos padrões pré-estabelecidos;
- Prover apoio emocional e psicológico para encontrar as necessidades individuais do paciente e sua família;
- Acompanhar as mudanças e implementar novos conceitos relativos aos papéis dos membros da equipe de assistência de enfermagem;
- Promover uma assistência segura, livre de danos e ou sequelas.

Sistematização Da Assistência De Enfermagem (SAE)

Visa sistematizar (direcionar, orientar, conduzir e humanizar) a assistência prestada ao usuário fazendo com que o cuidado seja planejado e organizado. Compreendido em cinco etapas:

- I – Coleta de dados de enfermagem (Histórico de enfermagem);
- II – Diagnóstico de enfermagem;
- III – Planejamento de Enfermagem;
- IV – Implementação;
- V – Avaliação de Enfermagem

Figura 12. Fases do SAE



Para a implantação da assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas:

1. Histórico de enfermagem (HE) ou Coleta de Dados

É constituído por entrevista e exame físico. A entrevista investigará a situação de saúde do paciente, identificando os problemas e necessidades de intervenções. O exame físico baseia na inspeção, palpação, percussão e ausculta, que necessita de conhecimento teórico e habilidades técnicas apropriadas para sua realização.

2. Diagnóstico de Enfermagem

É analisado os dados coletados e o estado de saúde do paciente, através da identificação e avaliação de problemas de saúde presentes ou em potencial. Os diagnósticos serão elaborados de acordo com a taxonomia dos protocolos da instituição;

3. Planejamento de Enfermagem

Etapa constituída em definir os resultados esperados, de maneira específica e identificado as intervenções necessárias para alcançar os resultados.

As intervenções elaboradas devem ser direcionadas para alcançar os resultados esperados e prevenir, resolver ou controlar as alterações encontradas durante o histórico de enfermagem e diagnóstico de enfermagem.

4. Implementação de Enfermagem

Definição e concretização do plano assistencial, realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

5. Avaliação de Enfermagem

Processo sistemático e contínuo de verificação das ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e verificação da necessidade de mudanças ou adaptações em alguma das etapas do Processo de Enfermagem.

Registros de enfermagem

Os registros que são realizados nos prontuários dos usuários fornecem informação da assistência prestada nas 24 horas, refletem o trabalho da equipe de enfermagem, tornam-se documento legal, de defesa dos profissionais, devendo, portanto, ter autenticidade e significado legal.

-Evolução de Enfermagem: de responsabilidade exclusiva do Enfermeiro, complementando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);

- Anotação de Enfermagem: de responsabilidade do Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, destinado ao registro, em prontuário do usuário, dos procedimentos e reações apresentadas pelo usuário, de acordo com o prescrito pelo enfermeiro, na SAE.

3.1.6. COMPATIBILIZAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO COM AS DIRETRIZES DA SESPA

Considerando a política de saúde do estado, a Pró-Saúde manterá vínculo direto com a SESPA para apresentação de prestação de contas mensal. Estes documentos serão norteadores para a tomada de decisão conjunta uma vez que apresentaremos indicadores de desempenho e de perfil de atendimento.

A gestão do hospital será de responsabilidade da Pró-Saúde, porém toda tomada de decisão relativa à mudança de perfil de atendimento, novos investimentos ou mudança

de escopo do contrato de gestão serão acordadas entre as partes com o objetivo de melhorar cada vez mais o atendimento à população local.

O apoio da Pró-Saúde junto a SESPA será total quanto à melhoria continuada dos serviços e dos indicadores de atendimento à população. Os programas implantados no estado e que terão de alguma forma a participação do hospital serão monitorados e adaptados a necessidade do estado conforme condições e orçamento apresentado pela SESPA.

3.1.7. FORMA DE ESTABELECIMENTO DA CONTRA REFERÊNCIA COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA E COM OUTROS HOSPITAIS.

O sistema de referência e contra referência de casos, visa a assistência integral às necessidades de saúde da população.

Entende-se por referência o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade. A referência deverá sempre ser feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutive e segundo normas e mecanismos preestabelecidos. O encaminhamento deverá ser acompanhado com todas as informações necessárias ao atendimento do paciente (formulário com resumo da história clínica, resultado de exames realizados, suposição diagnóstica, etc.) e a garantia, através de agendamento prévio, do atendimento na unidade para o qual foi encaminhado.

Por contra referência entende-se o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. A contra referência do paciente deverá sempre ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento ou acompanhamento do paciente no estabelecimento de origem onde, juntamente com seus familiares, será atendido nas suas necessidades básicas de saúde.

Os pacientes que necessitem de avaliações especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticos não disponíveis na unidade, devem ser, após o atendimento médico com estabilização do quadro clínico, registrados, via sistema de informações na Central de Regulação de Leitos para transferência. Deverá ser emitido solicitação/relatório médico, buscando a transferência com garantia de recursos e de recebimento do paciente pela Unidade de Destino. Deve haver retaguarda hospitalar previamente pactuada com fluxos e mecanismos de transferência claros. A Central de Regulação

fará a seleção, indicação, regulação e transferência do paciente até os leitos da Instituição Prestadora. Caso estes leitos não estejam disponíveis ou não tenham o perfil assistencial contratualizado/conveniado, estes pacientes deverão ser transferidos a outros hospitais da rede pública ou complementar, a serem determinados pela Central Estadual de Regulação. As instituições que ainda não dispõem de contratualização ou convênio de leitos hospitalares com a SESPA, deverão contratualizá-los ou conveniá-los obedecendo às necessidades do município e respeitando seu perfil assistencial. Nos casos de instituições já contratualizadas ou conveniadas com o município, serão respeitados os planos operativos pactuados. Deve haver a possibilidade de aditivação dos contratos ou convênios entre Instituição Prestadora e SESPA para acréscimo de serviços quando de interesse de ambas as partes.

O Hospital deve contar com pactuação adequada na rede de saúde para realização de exames diagnósticos e atendimentos especializados que não disponha. Deve existir mecanismo de referência e contra referência com a rede hospitalar, com a rede básica: ambulatorios, unidades básicas de saúde (UBS) e Programas Saúde da Família (PSF) do Distrito Sanitário onde se encontra, permitindo o adequado acompanhamento dos pacientes após o atendimento no hospital e sua inserção, não apenas na atividade curativa como também em atividades de promoção e prevenção da saúde. Estas pactuações serão definidas pela SESPA e cumpridas pela instituição contratada. Nos casos de necessidade de transferência para outra unidade hospitalar ou para sua residência o paciente deve ter a garantia de transporte através de ambulância, seja ela do tipo UTI ou convencional, definida pelo profissional médico responsável pelo paciente.

Nos casos de falta absoluta de recursos necessários para o paciente em outros hospitais da rede municipal ou demora na transferência via regulação, o paciente não poderá ser impedido de permanecer nas dependências do Hospital até que esteja disponível o recurso mais adequado.

A implantação do contra referências para os serviços já existentes com a Atenção Primária e outros estabelecimentos assistenciais de saúde será mantida conforme demanda atual. No Anexo I encontra-se um modelo de Manual de Referência e Contra referência que deverá ser utilizado como base para a elaboração do Manual do Hospital Materno Infantil. Os demais serviços a serem implantados conforme a demanda necessária será implantada de comum acordo com a Secretaria Estadual da Saúde.

Figura 13. Referência e contra referência na integralidade da assistência à saúde



3.2. SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, FINANCEIROS E GERAIS

3.2.1. DESCRIÇÃO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE FATURAMENTO

Serviço responsável pelo processamento das contas hospitalares dos clientes assistidos no Hospital de forma a garantir o correspondente afluxo de recursos financeiros que serão.

Finalidades do Faturamento:

- Confecção das contas de todos os pacientes.
- Conservação dos sistemas de registro de todas as despesas tais como; materiais de consumo, medicamentos e exames complementares.

- Confecção de relatórios estatísticos à administração, que dará subsídios para tomada de decisões, avaliação do desempenho e da produtividade da instituição.
- Preencher os sistemas de informações nacionais do DATASUS.
- Encaminhar, ao setor de documentação da instituição a documentação pertinente após o atendimento ou óbito.

Atribuições Orgânicas:

- Recolher e ordenar toda a documentação que deve ser utilizada para serem faturados os débitos dos serviços que foram prestados a pacientes.
- Recolher os prontuários dos pacientes que tiveram alta e comparar as prescrições, analisando a possibilidade da cobrança do mesmo respeitando os critérios estabelecidos pelo ministério da saúde.

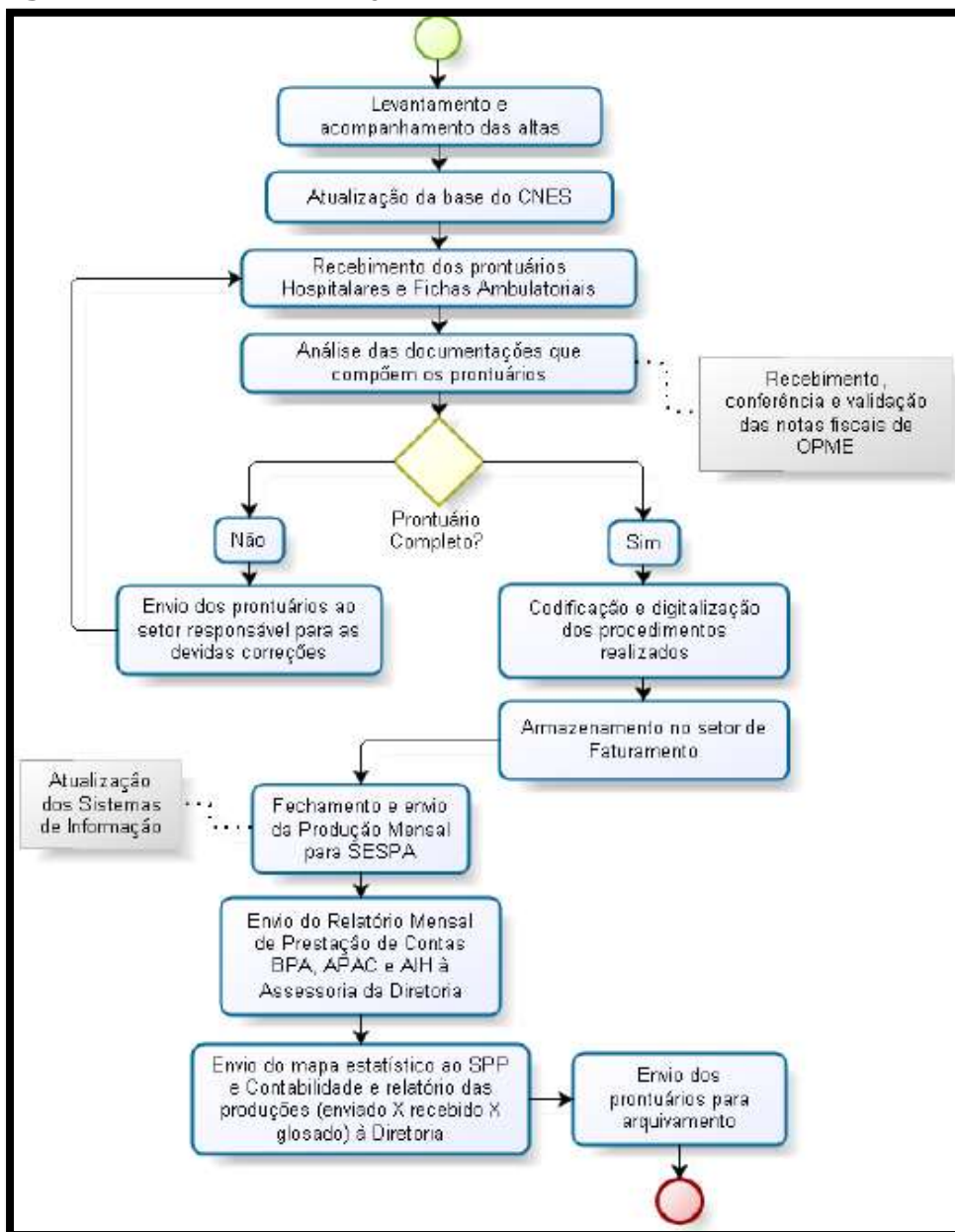
Atribuições Funcionais:

Compete ao Faturista

- Certificar-se quanto ao preenchimento correto de todos os campos cabíveis, nos documentos exigidos pelo órgão competente;
- Preparar e conferir as contas de pacientes internos;
- Zelar para que todas as contas sejam encerradas dentro dos prazos preconizados pelo órgão competente;
- Comunicar à chefia direta quaisquer informações julgadas necessárias.
- A execução das contas de todos os pacientes internos que usufruírem dos serviços prestados;
- A verificação da procedência de glosas, recorrendo às mesmas quando necessário;
- O fornecimento de todos os dados solicitados pela direção do serviço ou outrem autorizado pela mesma;
- A atualização quanto a novos procedimentos, oriundos da direção do hospital e órgãos competentes;
- Zelar pelo sigilo das informações contidas nos prontuários;
- Programar e desenvolver métodos de trabalho;

- Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Cuidar para que o ambiente de trabalho seja higiênico e agradável;
- Realizar reuniões, sempre que necessário, com outras áreas ligadas às atividades do faturamento;
- Elaborar relatórios estatísticos mensais e anuais;
- Zelar pelo material de trabalho;

Figura 14. Fluxo do Serviço de Faturamento



Horário de Funcionamento:

O serviço de faturamento tem o seu horário de funcionamento de Segunda à Sexta-feira das 8:00 às 18:00 horas, horário administrativo, com intervalo para o almoço.

Dimensionamento de Pessoal:

Profissional	Carga Horária	Quantidade	Vínculo
Escriturária	44	2	CLT
Faturista	44	1	CLT

3.2.2. DESCRIÇÃO DE FUNCIONAMENTO DA MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS

Objetivo:

A manutenção tem como objetivo principal a produção de serviços técnicos de manutenção e conservação, garantindo perfeito estado e condições de funcionamento de: Móveis, equipamentos, central e rede de gases medicinais, estrutura predial, climatização, instalações hidráulica e elétrica, casa das máquinas (gerador, transformador e bombas) e extintores, assegurando que todas as instalações prediais em perfeito estado, dentro dos padrões hospitalares fazendo com que todos os usuários desempenhem suas tarefas confortavelmente. Compromisso com os aspectos ecológicos do Hospital, através da atenção às condições ambientais que cercam as pessoas que trabalham, procuram, visitam ou precisam utilizar espaços físicos do Hospital e de suas cercanias (ventilação, refrigeração, iluminação, ajardinamento, infiltrações de água, goteira, entre outros).

Tudo isso leva a definir a Manutenção, como o conjunto de todo o trabalho necessário para manter todo o sistema hospitalar (prédio e equipamento) em condições satisfatórias de funcionamento.

A Pró-Saúde utiliza a nomenclatura de Núcleo de Manutenção Geral para este serviço, nos hospitais por ela administrados.

Finalidade:

Estabelecer procedimentos relativos à solicitação e execução de serviços de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do hospital, bem como, quando for o caso, de seu encaminhamento a terceiros.

Conceitos Básicos:

Manutenção Corretiva

Manutenção Corretiva é “efetuada depois da detecção de uma falha, avaria ou desempenho insuficiente e destinada a repor o bem num estado em que possa realizar uma função requerida”.

Manutenção Emergencial

É aquela realizada, em caráter de urgência, e com prioridade sobre as demais, visando impedir a paralisação de um serviço essencial.

Manutenção Preventiva

Manutenção Preventiva é a “manutenção efetuada antes da ocorrência de falha ou de desempenho insuficiente dos componentes da edificação executada a intervalos de tempo predeterminados ou de acordo com critérios prescritos com a finalidade de reduzir a probabilidade de avaria ou de degradação do funcionamento de um bem”.

- Manutenção Preventiva Programada ou Sistemática é a manutenção preventiva realizada em obediência a um Programa ou Plano de Manutenção dos componentes da edificação. É executada a intervalos de tempo preestabelecidos ou segundo um número definido de unidades de funcionamento, sem controle prévio do estado do bem. É a manutenção típica dos sistemas de refrigeração determinado pela NBR 13.971/97 (ABNT, 1997).

- Manutenção Preventiva Regulamentar, é a manutenção preventiva que visa cumprir os requisitos estabelecidos na legislação e regulamentação em vigor, exigindo incorporar elementos a edificação que não eram exigidos na época da sua construção. São exemplo as ações de manutenção preventiva regulamentar:

- (i) de instalações de detecção, prevenção e combate de incêndio;
- (ii) dos sistemas energéticos de climatização em edifícios;
- (iii) dos ascensores para portadores de necessidades especiais;
- (iv) das instalações de medicina física e de reabilitação;
- (v) das instalações de águas para hemodiálise.

Objetivos da Manutenção preditiva/preventiva:

- Determinar antecipadamente a necessidade de serviços de manutenção numa peça ou componente específico de uma máquina ou equipamento;
- Eliminar desmontagens e remontagens desnecessárias para inspeção;
- Aumentar o tempo de disponibilidade das máquinas e equipamentos;
- Reduzir as intervenções corretivas, as paradas de emergência e aumentar a rapidez na sua resolução;
- Reduzir os impactos dos procedimentos preventivos no resultado da operação;
- Impedir o aumento e propagação dos danos;
- Maximizar a vida útil total dos componentes e de um equipamento;
- Elevar a qualidade ambiental;
- Reduzir os consumos energéticos ao mínimo;
- Elevar o conforto dos usuários;

É importante que a área responsável pelas atividades de conservação/manutenção implemente um Sistema de Manutenção (SM), preservando o desempenho, a segurança e a confiabilidade dos componentes e sistemas da edificação, prolongue a sua vida útil e reduza os custos de manutenção, além de ser uma importante ferramenta de retroalimentação e evolução dos projetos.

O SM deve ter os seguintes pontos essenciais:

a) Organização da área de manutenção: será compatível com o porte e complexidade da edificação, disponibilidade de pessoal e a diretrizes administrativas relativas à contratação de serviços de terceiros, envolvendo as funções de Gestão do SM, suprimento, almoxarifado e oficina ou serviços de manutenção.

b) Arquivo Técnico da edificação: será constituído por todos os documentos de projeto e construção, incluindo memoriais descritivos, memoriais de cálculo, desenhos, especificações técnicas. Será integrado ainda pelos catálogos, desenhos de fabricação e instruções de montagem, manuais de manutenção e de operação e termos de garantia fornecidos pelos fabricantes e fornecedores dos componentes e sistemas da edificação.

c) Cadastro dos componentes e sistemas da edificação: deverá conter o registro de todos os componentes e sistemas abrangidos pelo programa de manutenção, incluindo identificação, descrição e localização, bem como as relações de documentos e de peças sobressalentes fornecidas pelos fabricantes e fornecedores.

d) Programa ou Plano de Manutenção: deve ser fundamentado nos procedimentos e rotinas de Manutenções Preventivas recomendadas pelas normas e Arquivo Técnico.

Normas

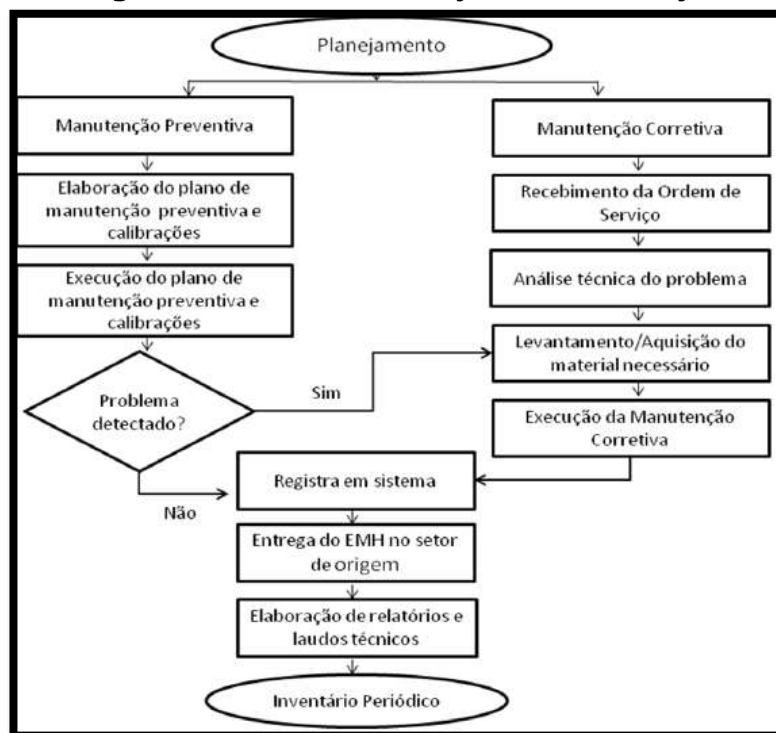
SOLICITAÇÃO NORMAL

Os serviços de manutenção somente serão executados mediante a apresentação prévia do formulário "Pedido de Manutenção de Equipamentos – PME".

Indicadores de Eficiência e Eficácia

- Grau de satisfação do cliente interno/externo;
- Número de ordens de serviço recebidas;
- Tempo de realização das ordens de serviços executadas;
- Total de ordens de serviço pendentes;
- Total de ordens de serviço concluídas;
- Falhas versus causas;
- Cumprimento do programa de manutenção preventiva.

Figura 15. Fluxo do serviço de manutenção



O orçamento dedicado ao serviço de manutenção encontra-se descrita na planilha de custo, no anexo III deste projeto.

3.3. ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

3.3.1. QUANTITATIVO ESTIMADO DE RECURSOS HUMANOS

CATEGORIA	CARGA HORÁRIO SEMANAL	SALÁRIO	ÁREA DE TRABALHO
Diretor Geral	44	15.000,00	ADMINISTRATIVO
Diretor Técnico	30	15.000,00	ADMINISTRATIVO
Diretor de Enfermagem	44	7.175,00	ADMINISTRATIVO
Diretor Administrativo e Financeiro	44	7.175,00	ADMINISTRATIVO
Jovem Aprendiz	20	450,00	ADMINISTRATIVO
Secretária	44	2.046,00	ADMINISTRATIVO
Enfermeiro NEP/SCIH	44	3.816,61	ADMINISTRATIVO
Analista de SAME/Estatística	44	3.159,57	ADMINISTRATIVO
Auxiliar Administrativo	44	1.059,67	ADMINISTRATIVO
Escriturária de Ala	44	1.378,27	ADMINISTRATIVO
Coordenador de Enfermagem	44	5.315,00	ADMINISTRATIVO
Coordenador	44	3.630,00	ADMINISTRATIVO
Assistente Qualidade	44	1.819,43	ADMINISTRATIVO
Analista Financeiro	44	3.159,57	ADMINISTRATIVO
Analista Contábil	44	3.500,00	ADMINISTRATIVO
Analista de Contratos	44	3.159,57	ADMINISTRATIVO
Faturista	44	2.500,00	ADMINISTRATIVO
Escriturária	44	1.378,27	ADMINISTRATIVO
Analista de Recursos Humanos	44	3.159,57	ADMINISTRATIVO
Supervisor Gestão de Pessoas	44	4.212,00	ADMINISTRATIVO
Analista de Departamento de pessoal	44	3.159,57	ADMINISTRATIVO
Técnico de Segurança	44	1.947,00	ADMINISTRATIVO
Supervisor de T.I	44	3.786,00	ADMINISTRATIVO
Técnico de Informática	44	1.715,35	ADMINISTRATIVO
Coordenador de Farmácia	44	5.105,00	ADMINISTRATIVO
Comprador	44	1.819,43	ADMINISTRATIVO
Técnico de Radiologia	24	1.738,00	APOIO
Fisioterapeuta	30	2.792,00	APOIO
Nutricionista RT	44	3.785,60	APOIO
Nutricionista Clínica	44	2.790,53	APOIO
Cozinheiro	36	1.200,83	APOIO

Auxiliar de Cozinha	36	973,44	APOIO
Copeiro	36	961,57	APOIO
Técnico de Nutrição	36	2.160,00	Apoio
Lactarista	36	2.160,00	APOIO
Assistente Social	30	2.330,81	APOIO
Fonoaudiólogo	30	2.271,36	APOIO
Terapeuta Ocupacional	30	2.272,00	APOIO
Psicólogo	36	3.072,82	APOIO
Líder de Atendimento	44	1.500,00	APOIO
Recepcionistas	36	1.343,44	APOIO
Farmacêutico Rotina	36	3.605,00	APOIO
Auxiliar de Farmácia - CAF	36	1.533,68	APOIO
Almoxarife	44	1.135,68	APOIO
Auxiliar de Almoxarifado	44	1.280,61	APOIO
Auxiliar de Compras	44	1.280,61	APOIO
Lider de Hotelaria	44	1.500,00	APOIO
Auxiliar de Higiene e Limpeza	36	946,78	APOIO
Jardineiro	44	1.157,18	APOIO
Auxiliar de Lavanderia /Rouparia	36	961,57	APOIO
Costureira	44	1.158,00	APOIO
Agente de Portaria	36	1.107,50	APOIO
Motorista	44	1.617,00	APOIO
Mecânico de Refrigeração	44	1.746,00	APOIO
Auxiliar de Manutenção	44	1.100,67	APOIO
Eletricista	44	1.746,00	APOIO
Oficial de Manutenção	44	1.428,79	APOIO
Enfermeiro	36	3.122,64	ASSISTENCIAL
Técnico de Enfermagem	36	1.340,50	ASSISTENCIAL
Enfermeiro	44	3.816,96	ASSISTENCIAL
Técnico de Enfermagem	44	1.650,00	ASSISTENCIAL
Total		170.213,45	

3.3.2. PERFIL PROFISSIONAL

A Pró-Saúde possui uma ferramenta denominada “ Ficha de Descrição de Cargo”, nela se encontram as seguintes informações, que irão compor o perfil do profissional:

- Nome do cargo

- Área
- Descrição Sumária do Cargo
- Principais Atividades
- Requisitos
- Conhecimentos específicos
- Competências

Estas fichas, com os cargos que irão compor o quadro de funcionários do Hospital Materno Infantil estão no Anexo I desta proposta.

3.3.3. CRONOGRAMA PARA IMPLANTAÇÃO E PARA PLENO FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO

A Pró-Saúde conta com uma equipe de implantação. Esta equipe é responsável pela elaboração de Plano de Ação e Cronograma de Implantação/Transição da unidade. Será responsável por definir diretrizes assistenciais e administrativas do processo e elaboração de linhas de cuidado, para iniciar as atividades de gestão.

É responsabilidade da sede da Pró-Saúde a definição dos profissionais que ocuparão os principais cargos de liderança do projeto. Estes profissionais estarão atuando junto com a equipe de implantação.

Na figura abaixo encontra-se sugestão de cronograma de implantação que poderá ser modificado conforme necessidade do serviço.

Figura 16. Cronograma de implantação

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO													
ACÕES	Responsável	30 dias	60 dias	90 dias	120 dias	150 dias	180 dias	210 dias	240 dias	270 dias	300 dias	330 dias	365 dias
Assunção da unidade pela equipe de implantação.	Equipe Pró-Saúde	█	█	█									
Processo seletivo e ou Avaliação dos atuais colaboradores (sem prejuízo do funcionamento dos serviços).	Equipe Pró-Saúde	█	█	█									
Integração e treinamentos com as equipes de profissionais.	Equipe Pró-Saúde	█	█	█									
Estruturação dos serviços assistenciais e de apoio.	Equipe Pró-Saúde		█	█	█								
Avaliar e contratar serviços terceiros.	Equipe Pró-Saúde		█	█	█								
Providenciar uniformização e crachá para todos os colaboradores.	Equipe Pró-Saúde		█	█	█								
Atualização e ou Implantação da Comunicação Visual.	Equipe Pró-Saúde/SES		█	█	█								
Implantação do Sistema de Classificação de Risco.	Equipe Pró-Saúde				█	█	█						
Implantação das Comissões de acordo com o Plano de Trabalho.	Equipe Pró-Saúde				█	█	█	█					
Realizar processo eleitoral para as Comissões de acordo com a legislação.	Equipe Pró-Saúde						█	█	█				
Avaliar e ou solicitar documentações pertinentes ao serviço de acordo com a legislação.	Equipe Pró-Saúde		█	█	█								
Implantar controle patrimonial.	Equipe Pró-Saúde	█	█	█									
Realizar registro dos profissionais no CNES.	Equipe Pró-Saúde			█	█								
Cadastrar a instituição nos órgãos pertinentes do SUS.	Equipe Pró-Saúde			█	█								
Solicitar RT de profissionais da instituição.	Equipe Pró-Saúde				█	█	█						
Implantar Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).	Equipe Pró-Saúde			█	█	█							
Implantação do SAU.	Equipe Pró-Saúde			█	█	█							
Providenciar laudos técnicos.	Equipe Pró-Saúde				█	█							
Implantação de programas (PGRSS, PCH, GTH e outros).	Equipe Pró-Saúde				█	█							
Implantação do Sistema de Gestão Estratégica.	Equipe Pró-Saúde		█	█	█								
Implantação do Sistema de Custos.	Equipe Pró-Saúde		█	█	█								
Implantação de indicadores.	Equipe Pró-Saúde				█	█				█			█
Avaliação de Desempenho Contratual segundo Matriz de Indicadores.	Equipe Pró-Saúde/IME				█	█	█	█	█	█	█	█	█
Implantação da Educação Permanente Capacitações e Treinamentos.	Equipe Pró-Saúde			█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Estabelecer cronograma e sistemática de Reuniões (Comissões, Gestão, Programas e outras).	Equipe Pró-Saúde			█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Reuniões com o Conselho Gestor (estabelecer de acordo com o Plano de Trabalho e Contrato de Gestão).	Equipe Pró-Saúde			█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Realizar auditoria do RAG (Requisito de Apoio à Gestão).	Equipe Pró-Saúde												█

4. ASPECTOS DE QUALIDADE

4.1. QUALIDADE OBJETIVA

4.1.1. COMISSÕES TÉCNICAS

As instituições hospitalares têm adotado as comissões hospitalares como um instrumento de gestão para oferecer serviços de qualidade aos usuários. As comissões hospitalares desempenham várias funções na instituição, destacando-se a produção de indicadores relevantes para a gestão hospitalar e também contribuir para a eficácia das organizações em prol dos usuários.

As Comissões que serão implantadas no Hospital são:

4.1.1.1. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A Lei Federal 9.431 de 06/01/97 instituiu a obrigatoriedade da existência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), definido como um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, tendo como objetivo a redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções nosocomiais. Em 13/05/98, o Ministério da Saúde editou a Portaria 2.616/98, com diretrizes e normas para a execução destas ações, adequando-as à nova legislação.

Atribuições

- Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para o controle de infecção hospitalar;
- Avaliar sistematicamente o Programa de Controle de Infecção Hospitalar - PCIH, e o Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas do hospital;
- Estimular o quadro técnico do Hospital ao desenvolvimento de pesquisas que venham a contribuir, direta ou indiretamente, para o controle da infecção Hospitalar.
- Elaborar, implementar, manter, avaliar e adequar aspectos de prevenção e controle propriamente dito;

- Planejar e implementar cursos de atualização em controle de infecção Hospitalar, objetivando estabelecer sistematicamente um programa de Educação Médica Continuada para equipe multiprofissional que lida, direta ou indiretamente, com a comunidade Hospitalar;
- Planejar, padronizar, treinar e supervisionar técnicas, procedimentos, normatizações e medidas de prevenções universais relativas à prevenção e ao controle das infecções hospitalares no Hospital, em todos seus setores.

Tabela 6. Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	QTD
Médico	Profissional com formação em medicina, residência médica e que atua no Hospital	01
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua no Hospital	01
Farmacêutico	Profissional com formação em Farmácia, com título de especialista e que atua no Serviço de Farmácia e dispensação do hospital	01
Bioquímico ou Biomédico	Profissional com formação em Biologia, Farmácia e Bioquímica ou Biomedicina, com título de especialista e que atua no Laboratório de Análises Clínicas e Microbiologia	01
Administrador	Profissional com formação em Administração, com título de especialista e que represente a Direção do Hospital.	01

Tabela 7. Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento:	Implantar a Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição da Comissão e relatório do registro das investigações realizadas e providências adotadas. Rotina de notificação de reação adversa, queixa técnica e erros de medição implantada.
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma reunião no trimestre. Manual de Rotinas e Procedimentos implantadas (Instruções de Trabalho – its)
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e análise crítica dos casos notificados.

4.1.1.2. COMISSÃO DE ÓBITOS

O conhecimento das causas e dos processos envolvidos na ocorrência do óbito são aspectos de grande relevância e contribuem para o aprimoramento da atenção e do cuidado no hospital. Possibilitam ainda, o aperfeiçoamento dos registros hospitalares e especial do prontuário do cliente. A Comissão de Revisão de Óbitos é um órgão subordinado diretamente à Diretoria do Hospital e tem por finalidade analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

Atribuições

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;
- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas;
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

Tabela 8. Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	Qtd
Médico	Profissional com formação em medicina, e que atua na emergência e/ou Unidades de Internação do Hospital.	01
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua no Hospital	01
Administrador	Profissional com formação em Administração, com título de especialista e que represente a Direção do Hospital.	01

Tabela 9. Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento:	Implantar Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição da Comissão e Relatório de Registro das investigações realizadas e providências adotadas.
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses e 50% dos óbitos ocorridos no trimestre investigados.
Meta Permanente	Reunião Mensal, com registro em ata e 100% dos óbitos investigados.

4.1.1.3. COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS

A obrigatoriedade da implantação comissão de análise e revisão do prontuário está definida pelos Conselhos Regionais de Medicina. Com progressiva complexidade dos serviços e o avanço técnico e científico da área de saúde exigiriam uma constante avaliação dos prontuários. A Comissão de análise e Revisão de Prontuário do Hospital será um grupo técnico de assessoria, estudo e análise, normativo e fiscalizador, subordinado diretamente à Diretoria do Hospital, que tem como principais objetivos:

- Recomendar normas sobre o conteúdo dos prontuários e zelar pelo seu cumprimento;
- Assegurar a qualidade das documentações multiprofissionais na assistência, pesquisa e estatística do hospital;
- Revisar e avaliar por amostragem os Prontuários visando assegurar o cumprimento da normatização estabelecida
- Planejar e executar as ações necessárias à manutenção de um padrão de qualidade eficaz da documentação médica;
- Apoiar as demais Comissões visando alcançar os objetivos comuns às suas atribuições.

Tabela 10. Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	QTD
Médico clínico	Profissional com formação em medicina que atua na emergência e/ou Unidades de Internação do Hospital	01
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua no Hospital	01
Administrador	Profissional com formação em Administração, que represente a Direção do Hospital.	01

Tabela 11. Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento:	Implantar comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição e Registro das Atas
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma revisão
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata de no mínimo 2% de prontuários analisados, identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas

4.1.1.4. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

A Comissão de Ética Médica é o órgão supervisor da ética profissional na instituição, representando o Conselho Regional e Federal de Medicina. Este tem por atribuição julgar e disciplinar a classe médica nos aspectos referentes ao exercício profissional, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

Atribuições

- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;
- Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na Instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias;
- Denunciar às instâncias superiores as eventuais más condições de trabalho na

- Instituição;
- Assessorar as diretorias clínicas, administrativas e técnica da Instituição, dentro de sua área de competência.

Tabela 12. Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	Qtd
Presidente	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital	01
Secretário	Profissional com formação em medicina e que atua na emergência e/ou Unidades de Internação do Hospital.	01
Membros Efetivos	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital	04
Membros Suplentes	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital	04

Tabela 13. Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento	Implantar Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Atas das Reuniões, Pareceres técnicos
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 180 dias com realização de pelo menos uma reunião no bimestre.
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e dos casos solicitados

4.1.1.5. COMISSÃO DE FARMÁCIA

A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT é uma junta deliberativa com a responsabilidade e supervisão de todas as políticas de seleção e utilização de medicamentos no Hospital com o intuito de assegurar resultados clínicos ótimos e com risco potencial mínimo. O principal objetivo desta comissão é formular e implementar uma política institucional para o uso racional de medicamentos, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde. A CFT do Hospital é um órgão de natureza técnico-científico/permanente vinculado à diretoria do hospital.

Atribuições

- Participar na elaboração da política de medicamentos da instituição, incluindo seleção e dispensação;
- Estipular critérios para obtenção de medicamentos que não constem na padronização;
- Participar na elaboração de protocolos de tratamento elaborados por diferentes serviços clínicos;
- Investigar a utilização de medicamentos na instituição;
- Avaliar Interações de Medicamentos quando aplicados via sondas enterais (fármacos x nutrientes);
- Elaborar um Guia de Aplicação de Medicamentos Via Sonda de Nutrição Enteral;
- Participar ativamente da educação permanente dirigida à equipe de saúde e assessorar todas as atividades relacionadas à promoção do uso racional.

Tabela 14. Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	QTD
Médico	Profissional com formação em medicina, designado pelo diretor técnico	01
Representante da CCIH	Médico da CCIH do Hospital	01
Farmacêutico	Profissional com formação em farmácia, de preferência o farmacêutico RT do Hospital	01
Enfermeiro	Profissional com formação em enfermagem, designado pela Gerência de Enfermagem do Hospital	01
Administrador	Profissional com formação em administração, designado pela Direção Geral do Hospital	01

Tabela 15. Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento:	Implantar Comissão de Farmácia e Terapêutica
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição da Comissão, atas de reuniões, padronizações de materiais e medicamento implantados.
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma reunião no trimestre. Instruções de Trabalho – its implantadas
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e rotina implantada (Instruções de Trabalho – its)

4.1.1.6. COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

A Comissão de Ética de Enfermagem (C.E.E.) é o órgão que representa o Conselho Regional de Enfermagem em caráter permanente junto às Instituições de Saúde, tendo funções educativas, fiscalizadoras e consultivas dos exercícios profissional e ético dos profissionais de Enfermagem nas referidas instituições. É reconhecida pela Diretoria ou Gerência de Enfermagem estabelecendo uma relação de autonomia e independência com ela, assessorando a mesma sobre assuntos pertinentes ao Serviço de Enfermagem.

Finalidades

A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

- Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da instituição através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da instituição;
- Colaborar com o COREN no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem.

Tabela 16. Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	Qtd
Presidente	Profissional com graduado em Enfermagem eleito por votação interna pelos membros que se elegeram para a Comissão de Ética de Enfermagem.	01
Vice-Presidente	Profissional com graduado em Enfermagem eleito por votação interna pelos membros que se elegeram para a Comissão de Ética de Enfermagem.	01
Secretário	Profissional da área de Enfermagem eleito por votação interna pelos membros que se elegeram para a Comissão de Ética de Enfermagem.	01
Membros Efetivos	Profissional da área de Enfermagem eleito por votação direta pelo corpo de enfermagem do hospital	05
Membros Suplentes	Profissional da área de Enfermagem eleito por votação direta pelo corpo de enfermagem do hospital	05

- 5 (cinco) membros efetivos, sendo 3 (três) enfermeiros, 2 (dois) técnicos e/ou auxiliares de enfermagem

- 5 (cinco) membros suplentes, sendo 3 (três) enfermeiros e 2 (dois) técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

Tabela 17. Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento	Implantar Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Atas das Reuniões, Pareceres técnicos
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 180 dias com realização de pelo menos uma reunião no bimestre.
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e dos casos solicitados

4.1.1.7. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA é uma comissão constituída por representantes indicados pelo empregador e membros eleitos pelos trabalhadores, de forma paritária que tem por objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

A CIPA está Regulamentada pela Norma Regulamentadora – NR 5, Lei No. 6.514, de 22/12/1977 e Portaria 3.214 de 8/06/1978.

Atribuições

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS;
- Garantir a aquisição e a utilização de equipamento de proteção individual e coletivo, de acordo com os requisitos técnicos para a segurança e saúde do trabalhador.

Composição

- A CIPA será composta por representantes dos empregados e do empregador.
- O número de membros que comporão a CIPA será determinado pela proporção ao número de empregados do Hospital, conforme norma regulamentadora em vigor.
- Os representantes do empregador serão indicados pela direção do Hospital.
- Os representantes dos empregados serão eleitos em escrutínio secreto, em votação por lista nominal, sendo vedada a formação de chapas.

Funcionamento

A CIPA reunirá todos os seus membros uma vez por mês, em local apropriado e durante o horário normal de expediente, obedecendo ao calendário anual, não podendo sofrer restrições que impeçam ou dificultem seu comparecimento. O membro que tiver mais de três faltas injustificadas ou se recusar a comparecer às reuniões da

CIPA perderá o mandato, sendo que, nesta hipótese, será convidado para assumir o candidato suplente mais votado.

Qualquer empregado poderá participar das reuniões da CIPA como convidado. As proposições da CIPA serão aprovadas em reunião, mediante votação, e será considerada aprovada aquela que obtiver maioria simples de votos.

Tabela 18. Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento:	Implantar a Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição e registro de atas, mapas de risco implantados
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 04 meses com realização de pelo menos uma reunião no trimestre. Manual de Rotinas e procedimentos implantados (Instruções de Trabalho – its)
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

4.1.1.8. COMISSÃO DE MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

Os Comitês de Mortalidade Materna e Infantil tem como estratégia importante a compreensão das circunstâncias de ocorrências dos óbitos, identificação de fatores de risco e definição das políticas de saúde dirigidas à redução das mortalidades.

O comitê é uma estratégia de melhoria na organização da assistência de saúde para redução das mortes preveníveis, bem como a melhoria dos registros sobre mortalidade.

Os comitês de prevenção do óbito infantil e fetal são organismos interinstitucionais de caráter eminente educativo, congregando instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, cuja atribuição é identificar, dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis, fetais e maternos. Constituem-se como importantes instrumentos de avaliação da assistência de saúde para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção, contribuindo para melhor conhecimento sobre os óbitos e a redução da mortalidade.

Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	Qtd
Médico Ginecologista Obstetra	Profissional com formação em medicina, especialista em ginecologia e obstetrícia	01
Médico Neonatologista	Profissional com formação em medicina, especialista em Neonatologia	01
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem	01
Administrador	Profissional com formação em Administração, com título de especialista e que represente a Direção do Hospital.	01

Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento:	Implantar Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição da Comissão e Relatório de Registro das investigações realizadas e providências adotadas.
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses e 50% dos óbitos ocorridos no trimestre investigados.
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e 80% dos óbitos investigados.

4.1.2. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA

Área responsável pelo planejamento, coordenação, supervisão e controle da Área de Suprimentos e Logística que inclui: compras, abastecimento e distribuição de todos os materiais, medicamentos e outros insumos necessários para o funcionamento da unidade, dimensionando sistemas de transporte e de armazenamento de produtos de forma econômica e segura.

Os perfis dos membros integrantes do serviço encontram-se descritos nas Ficha de Descrição de Cargo, que se encontram no Anexo I desta proposta. Também neste anexo encontra-se um modelo de Manual de boas práticas da farmácia.

Horário de funcionamento: O serviço de farmácia funcionará 24h por dia, todos os dias da semana.

1) Seleção de materiais e medicamentos

O objetivo da seleção e padronização de materiais e medicamentos é assegurar uma terapêutica racional e de baixo custo, obtendo o melhor efeito, com o menor número de produtos, durante um período mais curto e com o menor custo possível.

2) Aquisição

A aquisição dos materiais utilizados dentro de um serviço é definida através de uma boa gestão de estoques.

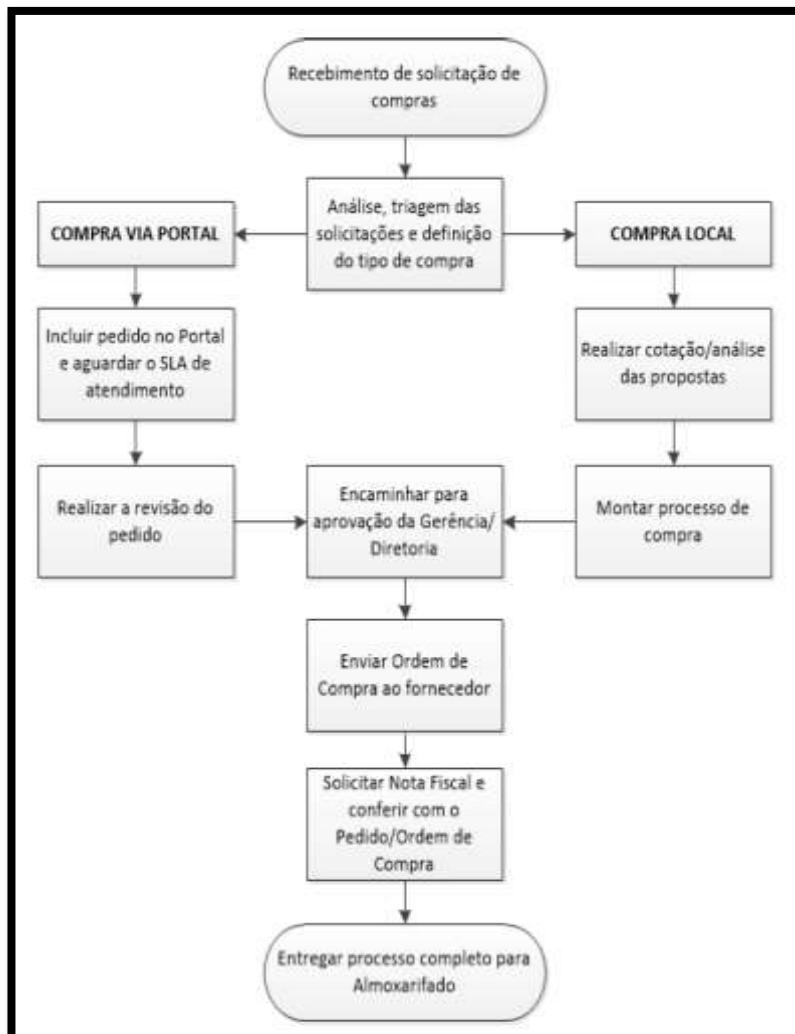
Do latim *previsius, previsions*, que significa antever, ver antes, antecipar a visão sobre algo, a previsão de demanda e a montagem e operação de sistemas de reposição de estoques respondem as importantes perguntas: QUANTO e QUANDO comprar?

O principal método de previsão de demanda utilizada nos hospitais é a Média Aritmética Móvel, aliada aos parâmetros de reposição de estoques Curva ABC, Estoque de Segurança e Ponto de Ressuprimento.

Vale lembrar que uma boa compra está intimamente vinculada a uma boa especificação dos produtos a serem adquiridos. Após a seleção dos itens padronizados, deve-se realizar o descritivo completo e objetivo de todos os insumos padronizados, além de efetuar a Qualificação dos Fornecedores que farão a reposição do estoque periodicamente. Levando-se em consideração que a cadeia de Logística Hospitalar vai desde a seleção da matéria-prima até o consumo final no leito do paciente, realizar a qualificação dos fabricantes e distribuidores aptos a fornecer os insumos hospitalares é fundamental para garantir a qualidade na assistência prestada.

Após a realização da especificação e qualificação dos fornecedores, a compra deverá ser realizada segundo as modalidades de aquisição definidas por cada Instituição, seja a licitação ou a aquisição por cotações. O modelo de gestão da Pró-Saúde permite que as compras sejam realizadas através de cotações.

Figura 17. Fluxo de solicitação de compra



3) Recebimento

Não menos importante do que outros processos, o recebimento tem como objetivo garantir a qualidade dos itens adquiridos pelo Setor de Compras.

A avaliação da entrega dos insumos aos hospitais deve sempre confrontar o produto físico com a Nota Fiscal e a Ordem de Compras da Instituição, averiguando se o que está entrando no serviço é realmente aquilo que foi comprado. Ainda, este setor é responsável pela avaliação das condições de entrega da mercadoria, atendendo às legislações vigentes no país.

4) Armazenamento

Na logística hospitalar, o armazenamento correto dos produtos de forma organizada contribui para uma boa gestão do estoque, além de minimizar os erros de dispensação.

Os produtos devem ser armazenados conforme as categorias (medicamentos, materiais, materiais de radiologia, materiais de limpeza, expediente, etc.) e sempre respeitando as condições de validade (PVPS – ‘primeiro que vence, primeiro que sai’), identificação dos produtos, boa visibilidade, organização, limpeza, condições adequadas de temperatura e umidade e distantes do solo, paredes e teto, além de respeitar as orientações de empilhamento de cada produto.

Todos os medicamentos destinados a Tratamento Antineoplásico devem ser separados dos demais, armazenados sob condições apropriadas, de modo a preservar a identidade e integridade dos mesmos. No caso de medicamentos que exijam condições especiais de temperatura, deve existir registro e controle de temperatura que comprovem o atendimento as exigências.

Figura 18. Recebimento e armazenamento do material



5) Distribuição

A distribuição racional dos medicamentos e materiais assegura o envio dos produtos solicitados pelos usuários, na quantidade e especificações solicitadas, de forma segura

e no prazo estabelecido, empregando métodos de melhor custo *versus* eficácia e *versus* eficiência.

O tipo de distribuição de medicamentos e materiais a ser adotado por uma Instituição hospitalar depende de sua complexidade, infraestrutura e o tipo de gestão: público ou privada.

Este processo deve ser coordenado por profissional farmacêutico habilitado, e pode ser classificado como: coletivo, individualizado, misto ou dose unitária.

O sistema de distribuição coletivo é o modo mais primitivo dos sistemas, no qual a dispensação dos insumos é feita aos setores de internação, e distribuídos pela enfermagem; neste modelo, a Farmácia Hospitalar atua como repassador de medicamentos, sem que haja uma avaliação das prescrições previamente à sua dispensação, o que pode acarretar em inúmeros erros de medicação. Neste sistema de distribuição, o tempo de assistência da enfermagem para o paciente fica reduzido cerca de 25%, visto que os mesmos dedicam seu tempo ao gerenciamento de estoques e demais atividades vinculadas aos medicamentos, que deveriam ser de responsabilidade do Serviço de Farmácia. Além disso, a descentralização dos estoques dificulta sua gestão e facilitam possíveis desvios e armazenamentos inadequados, gerando desperdícios de recursos financeiros.

O sistema de distribuição individualizada é o modelo mais praticado nas Instituições de Saúde. Nele, todas as prescrições de um paciente são enviadas à Farmácia e a mesma é responsável por avaliar a prescrição, intervir junto à equipe de saúde quando necessário, e dispensar todos os insumos necessários à assistência ao paciente por 24horas.

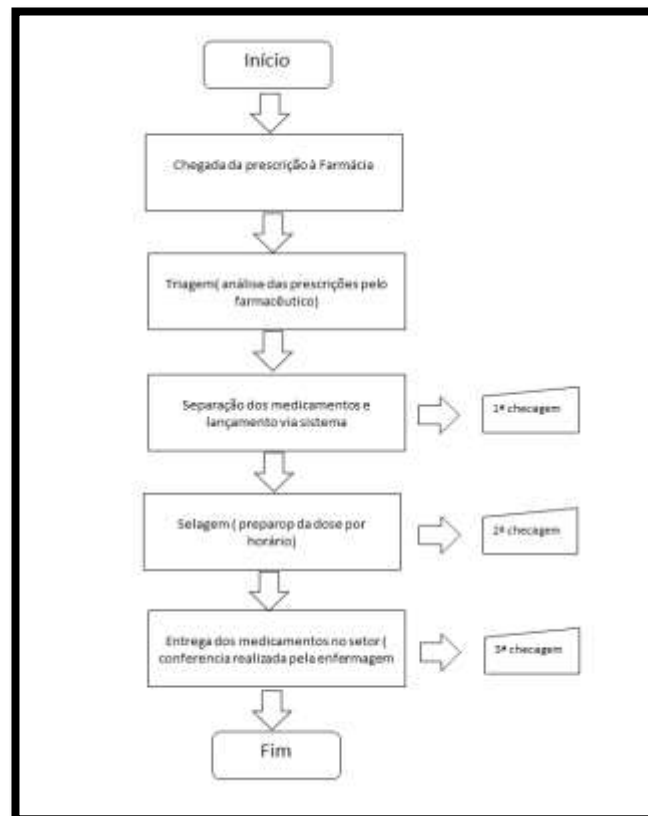
Este modelo permite um maior controle sobre a gestão de estoques, com faturamentos mais apurados por paciente e reduz significativamente a quantidade de estoques de insumos nas unidades assistenciais. No entanto, este não é o modelo ideal visto que a enfermagem ainda utiliza parte de seu tempo realizando cálculos e preparando os medicamentos para administração ao paciente.

O sistema misto possui características do sistema coletivo e do individualizado. Algumas solicitações são feitas através de requisições que são dispensados para os

setores de internação, enquanto que alguns produtos são atendidos conforme a prescrição médica. Dispensamos neste modelo apenas algumas medicações e materiais de uso coletivo (Exemplo: frascos multidoses).

O método de dose unitária é o modelo ideal de distribuição de materiais e medicamentos, porém, a maioria dos hospitais brasileiros não está preparada para a implantação deste sistema. Neste modelo, as manipulações dos medicamentos são feitas no setor de Farmácia, desde a unitarização de um comprimido, uma solução oral até mesmo o medicamento injetável. Desta forma, o risco de erros de medicação diminui, assim como o risco de contaminação das soluções parenterais, e a enfermagem passa a disponibilizar de mais tempo para prestar a assistência ao paciente, além de permitir centralização e gestão dos estoques em uma única área. Realizamos na Farmácia Central apenas a unitarização dos comprimidos blistados, devido ausência de estrutura necessária para os demais processos.

Figura 19- Fluxo de checagem e dispensação de medicamento



1ª Checagem: após separação dos medicamentos e materiais nas bandejas, o auxiliar responsável por fitar (selagem) os produtos realiza a primeira conferência.

2ª Checagem: após a selagem da prescrição, o farmacêutico confere por amostragem algumas fitas.

Abaixo, descrevemos as rotinas administrativas para a Farmácia:

A Farmácia deverá funcionar durante 24 horas por dia, com farmacêuticos em todos os plantões, e compreende o cumprimento das principais atividades a seguir especificadas:

1. Controle do estoque;
2. Solicitações de reposição de estoque,
3. Recebimento de materiais e medicamentos com avaliação de fornecedores;
4. Manipulações de medicamentos estoque nas condições adequadas a cada tipo de medicamento ou material;
5. Produção de kits;
6. Dispensação e cobrança na conta do paciente;
7. Padronização de medicamentos.

DOSE UNITÁRIA E SISTEMA DE CONTROLE DE FÁRMACOS

A Pró-Saúde poderá trabalhar com um sistema no qual os pedidos de medicamentos são feitos especificamente para cada paciente de acordo com a segunda via da prescrição médica, ou se houver integração com o sistema de prontuário eletrônico a ser utilizado, via sistema.

Rotina Operacional:

Médico: Prescreve via sistema informatizado; prescrições manuais são aceitas apenas como plano de contingência em caso de falhas de sistemas.

Funcionário da Farmácia: Recebe uma via da prescrição médica e efetua o aviamento e distribuição dos medicamentos e Soluções de Grande Volume (S.G.V.) em sacos ecológicos reutilizáveis individuais devidamente identificados com os dados do paciente.

Funcionário da Farmácia: Vai para a unidade com os medicamentos dispensados com duas vias das prescrições médicas (uma delas selada junto aos medicamentos) e acompanha a conferência da medicação e do material.

Equipe de Enfermagem: Recebe os medicamentos e S.G.V. na presença do funcionário da Farmácia, conferindo o que está recebendo de acordo com as vias das prescrições médicas. Após conferir, organiza os medicamentos e S.G.V. nas gavetas e armários.

Funcionário da Farmácia: Retorna ao Serviço de Farmácia com as segundas vias das prescrições médicas conferidas e assinadas pela equipe de enfermagem. Temos um fluxo exclusivo para devolução.

A Equipe de Enfermagem diariamente: Fazem a reposição de estoques das salas.

Vantagens:

- Diminuição dos estoques no Posto de Enfermagem;
- Facilidade para devolução à Farmácia;
- Redução potencial de erros de medicação;
- Reduz tempo do pessoal da enfermagem quanto as atividades com medicamentos;
- Redução de custos com medicamentos;
- Controle mais efetivo sobre medicamentos;

- Controle de Fármacos Controlados

Todas as unidades da Pró-saúde realizam o controle diário dos estoques físicos e virtuais de medicamentos psicotrópicos e de alto custo, através de inventários

rotativos de estoque, análise crítica de prontuários, análise de relatórios do sistema e indicadores de divergência de estoque e acuracidade de inventário.

Os profissionais farmacêuticos são capacitados para realizar todos os trâmites junto às respectivas autarquias que regem o processo de movimentação de psicotrópicos com total suporte da equipe da Sede Administrativa.

Figura 20: Sugestão de Cronograma de Implantação de Dose Unitária

Atividade	1º mês de gestão				2º mês de gestão				3º mês de gestão			
	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s
Conscientização para implementação da dose unitária		■	■	■								
Convite para os profissionais participarem do processo			■	■								
Realização de Oficina de Capacitação					■	■						
Reformula fisicamente os ambientes para o recebimento da dose unitária					■	■						
Adquire equipamentos necessários					■	■						
Implanta nas unidades de internação							■	■	■			
Acompanhamento							■	■	■			
Revisão										■	■	
Auditoria												■

FARMÁCIA CLÍNICA

O serviço de Farmácia Clínica vem se estabelecendo como um diferencial no resultado clínico de nossos pacientes proporcionando um melhor entendimento e uma maior interação entre profissionais da assistência. O farmacêutico possui diversas interfaces com paciente e demais profissionais da assistência, por exemplo ao realizar a anamnese, retira uma carga de trabalho importante de outros profissionais envolvidos na assistência e traz para o foco da terapêutica as informações sobre o uso de medicamentos, hábitos que possam interferir na terapia, eventos importantes como cirurgias ou acidentes, contribuindo para a construção de um contexto amplo e detalhado do cenário terapêutico do paciente proporcionando maior assertividade nas estratégias e condutas assistenciais.

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA:

O prontuário eletrônico do paciente é “um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como *links* para bases de conhecimento médico”.

A utilização do prontuário eletrônico prevê a implantação da prescrição eletrônica onde o médico diariamente avalia e prescreve para seu paciente e automaticamente a farmácia dispensa os medicamentos e materiais necessários para a enfermagem administrar.

O Hospital Materno Infantil possuirá a prescrição eletrônica.

4.1.3. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS

O Serviço de Arquivo de Prontuários é um serviço imprescindível e sua existência decorre da necessidade de sua organização através da confecção, manutenção, conservação e guarda de prontuário dos pacientes que necessitam de assistência médica e é uma fonte de pesquisa científica, reunindo as atividades de Arquivo, Registro e Estatística.

Horário de funcionamento: O Serviço funcionará de segunda às sextas-feiras em horário comercial

Os perfis dos membros integrantes do serviço encontram-se descritos nas Ficha de Descrição de Cargo, que se encontram no Anexo I desta proposta.

Seção de Arquivo:

Controla, confere, ordena e arquiva o prontuário dos pacientes de ambulatório e internação. O *Prontuário do Paciente* é o documento legítimo e individual deste, contendo dados e informações pessoais, bem como do ponto de vista médico social - tratamento clínico, resultados de exames, situação de internação, descrição cirúrgica, resultados e conclusões. É um instrumento dinâmico que uma vez iniciado permanece aberto por tempo indeterminado, atendendo sempre que o paciente recorrer à instituição.

Utilizaremos o **Sistema Dígitto Terminal em Cores**, através do Arquivo Deslizante.

Arquivo: Número de registro (no. 20.301):

2

0

3

0 - REPRESENTA A ESTANTE

1 - REPRESENTA A PRATELEIRA

Para o arquivamento dos prontuários com maior agilidade e fácil localização, são utilizadas 10 cores combinadas (branco, marrom, verde, preto, violeta, amarelo, azul, cinza e vermelho). As cores representam as estantes e depois as prateleiras.

Figura 21. Sistema Dígitto Terminal em Cores



A descrição da Comissão de Revisão de Prontuários encontra-se no item 4.1.1. desta proposta.

Atendimento aos usuários: Solicitação de 2ª via de laudos de exames, emissão de declarações de comparecimento, acompanhante, visita e internação;

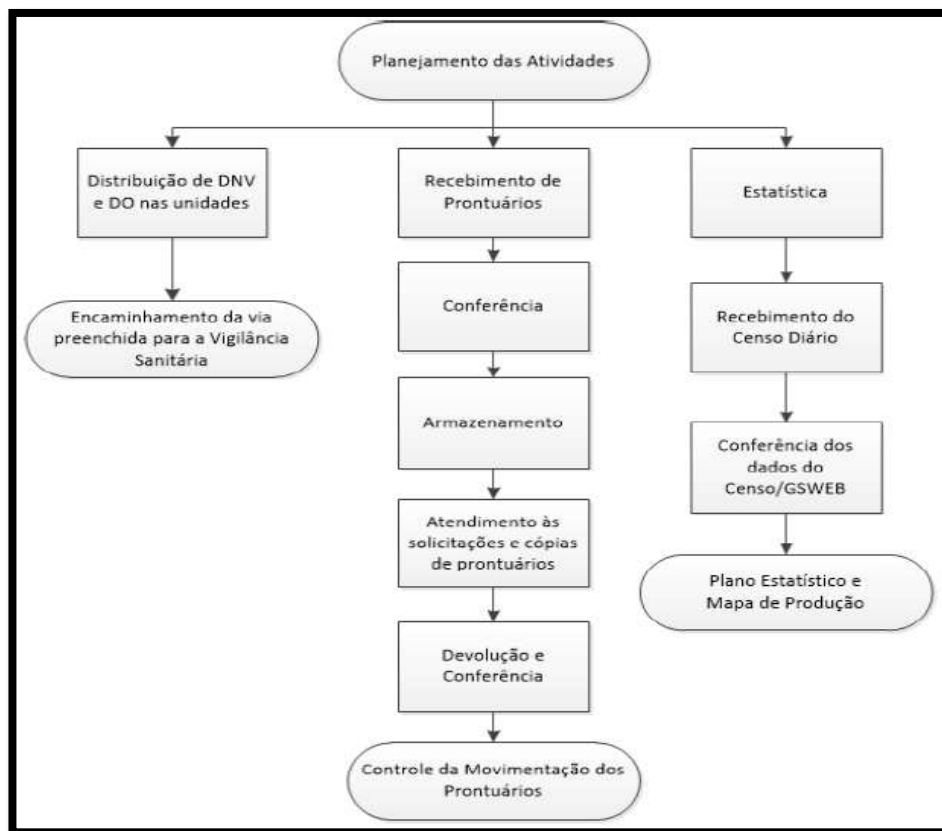
Análise e desenvolvimento de ações para tratativa das não conformidades encontradas em prontuários;

Planilha de rastreabilidade de prontuários: evidencia de todos os atendimentos realizados para controle do envio dos documentos de atendimento ao arquivo. Prazo para envio dos prontuários para arquivo: dia 20 do mês subsequente.

Prazo para devolução do prontuário já arquivado quando solicitado pela Diretoria/Auditoria.

Controle e rastreabilidade da utilização dos formulários de Declaração de óbito e nascido vivo.

Figura 22. Fluxo do serviço de Prontuário



4.1.4. SETOR DE ESTATÍSTICA

A seção / setor de Estatística é responsável pela coleta e apuração dos dados para posterior avaliação do padrão de atendimento e da eficiência dos serviços prestados, possibilitando o controle sobre as atividades administrativas, produtividade e custos.

Os dados estatísticos são colhidos, comumente, dos prontuários dos pacientes, do Censo Diário sobre o movimento dos pacientes (internações, altas, óbitos, evasões e transferências), relatórios de serviços administrativos, relatórios de serviços assistenciais e relatórios dos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento.

Todos os dados, combinados entre si, fornecerão os chamados Indicadores Hospitalares, os quais possibilitarão uma análise mais profunda das atividades e intercorrências institucionais.

O controle administrativo e gerencial depende da elaboração de um PLANO ESTATÍSTICO baseado em dados reais e confiáveis, suficientes à tomada segura de decisões.

Para a implantação da Estatística Hospitalar será necessária a observância de alguns passos:

1o. PASSO: Efetuar o Check List presente na Pasta de Implantação para obtenção de informações básicas sobre a realidade do setor e do serviço realizado.

2o. PASSO: Proceder a contagem do Número de Leitos do hospital, bem como, sua divisão por Setor/Unidade e por Especialidades (Cópia de tal contagem deverá ser discutida e encaminhada à responsável pela equipe de enfermagem).

OBS.: Observar as especialidades básicas do hospital e/ou de relevância frente ao volume de atendimento.

3o. PASSO: Identificar os Setores / Seções nos quais serão implantados os mapas estatísticos, assinalando-os na Relação/Protocolo de Mapas Setoriais.

4o. PASSO: Discutir e definir, junto ao Administrador, as informações que tomarão parte do Plano Estatístico.

5o. PASSO: Definir com o Administrador a pessoa responsável pela Estatística, a qual deverá acompanhar todo o processo de Implantação.

6o. PASSO: Elaborar o impresso Censo Diário de acordo com as unidades de internação existentes e já identificadas, bem como, com os convênios de maior representatividade para a instituição, incluindo sempre, as clientelas de SUS e PARTICULAR.

OBS.: A informação dos convênios mais representativos será colhida junto ao setor de FATURAMENTO, considerando-se os últimos TRÊS meses e, uma vez definidos, mesmo que sua representatividade decresça, somente poderão ser suprimidos ou alterados ao final do ano corrente.

7o. PASSO: Informar, através de aula explicativa, o conceito e a finalidade da Estatística Hospitalar aos funcionários da Enfermagem, detalhando a forma de Preenchimento do Censo Diário e sua importância na compilação da Estatística e entregando cópia do Manual de Preenchimento à responsável pelo Serviço de Enfermagem

8o. PASSO: Discutir, junto ao Administrador, as principais informações que tomarão parte do Resumo do Censo, mediante características da instituição.

9o. PASSO: Implantar os Mapas Setoriais, orientando para a importância do seu correto preenchimento e protocolando a sua entrega ao setor no impresso Relação / Protocolo de Mapas Setoriais, mediante a apresentação do responsável pela Estatística.

10o. PASSO: Ressaltar junto aos setores Data Limite de Entrega ao Setor de Estatística (Sugestão: Dia 05 do mês subsequente). 2º dia útil do mês subsequente.

11o. PASSO: Dar Treinamento para o funcionário responsável pela Estatística, assim como, para o Encarregado pelo S.P.P., ressaltando-lhes a necessidade de confrontar, diariamente, o Censo Diário com os Avisos de Alta, Óbito, Internação e Transferência.

CHECK LIST

ITEM	ESTATÍSTICA
1	Realiza atualização mensal dos dados estatísticos institucionais.
2	Existe sistemática de divulgação dos dados estatísticos atualizados à Direção do Hospital e aos demais líderes.
3	Há interação do serviço de estatística com a Recepção, Enfermagem, SCIH e demais setores envolvidos (censos).
4	Contabiliza os dados de atendimento de usuários vítimas de acidente de trânsito e divulga através da ASCOM ao departamento de trânsito e população;

CONTROLES ESTATÍSTICOS

MAPAS SETORIAIS	EXISTE		AVALIAÇÃO
	SIM	NÃO	

ASSISTENCIAIS	SIM	NÃO	AVALIAÇÃO

APOIO	SIM	NÃO	AVALIAÇÃO

ADMINISTRATIVOS	SIM	NÃO	AVALIAÇÃO

Horário de funcionamento: O Serviço funcionará de segunda às sextas-feiras em horário comercial.

Os perfis dos membros integrantes do serviço encontram-se descritos nas Ficha de Descrição de Cargo, que se encontram no Anexo I desta proposta.

4.1.5. MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR DE QUALIDADE, DE PRODUTIVIDADE E ECONÔMICO-FINANCEIROS E APRESENTANDO AS SISTEMÁTICAS DE APLICAÇÃO DE AÇÕES CORRETIVAS.

Padronização de Indicadores de Processo na Pró-Saúde

O modelo de gestão Pró-Saúde considera como parte integrante o sistema de gestão da qualidade. Cada hospital tem planejamento próprio para desenvolver e amadurecer sua gestão e, por consequência, para desenvolver a qualidade dos serviços prestados.

É importante nesse momento fazer referência aos instrumentos já existentes e aplicados aos hospitais sob gestão Pró-Saúde:

- Relatório de Atividades (com manual próprio): foco no desempenho global institucional (dados de produção, contábil-financeiro, informações e indicadores);
- Plano Estatístico (com manual próprio): foco na produção setorial, base para coleta de dados;
- Indicadores e Objetivos estratégicos (definidos por procedimento de gestão): foco corporativo nas diretrizes estratégicas da gestão Pró-Saúde; e
- Controle de Metas Contratuais (definidos por procedimento de gestão): foco nas metas do contrato de gestão Pró-Saúde.

Figura 23. Instrumentos utilizados na Gestão de Processos



Importante citar que alguns indicadores estão presentes em mais de um dos instrumentos utilizados pela Pró-Saúde. Isso acontece quando um mesmo indicador tem função de subsidiar diferentes análises. A base de indicadores da Sede é única, portanto a alimentação do indicador ocorrerá uma única vez, mesmo fazendo parte de diferentes instrumentos de análise.

A comparação do desempenho com um referencial externo é uma prática necessária aos hospitais que buscam a gestão de qualidade através de processos de certificação, porém, o essencial a todas as instituições é a busca pela melhoria da qualidade nas atividades desenvolvidas, e a possibilidade de nivelar o desempenho aos melhores resultados de mercado é um diferencial.

Indicadores de Processos

Dada a complexidade e o grande número de indicadores existentes no mercado e mesmo nas unidades pertencentes à rede Pró-Saúde, optou-se por uma seleção que representa os resultados atingidos nos diversos seguimentos do hospital, além de seguir os seguintes critérios:

1. Simplicidade de cálculo e Facilidade de interpretação;
2. Disponibilidade (facilidade de obtenção);
3. Possibilidade de gerar tendências;
4. Periodicidade; e
5. Confiabilidade.

Os indicadores de processos padronizados serão apurados nos hospitais e/ ou Serviços de Saúde sob gestão da Pró-Saúde. Os dados farão parte de um painel publicado e compartilhado internamente com os hospitais, denominado "Indicadores de Processo". Este painel proporcionará avaliar comparativamente o desempenho qualitativo de um mesmo processo em instituições distintas, e servirá de balizador de informações e benchmarking entre os hospitais da rede, atingindo assim os objetivos da sua construção:

1. Implantação de um sistema de informação institucional consistente no que se refere a processos;
2. Implementação de análises críticas sistêmicas pelas lideranças com evidências de ações de melhoria e inovação;


3. Identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos;
4. Observação de análise de tendência com resultados favoráveis e consecutivos;
5. Favorecimento para criação de um “ Banco de Boas Práticas ” institucionais.

Registros

Os indicadores devem ser levantados **mensalmente** por todos os Serviços de Saúde administrados pela Pró-Saúde, sendo que:

1. Todo indicador de processo padronizado tem uma ficha técnica correspondente que orienta e define como deve ser apurado;
2. Alimentar a base da Sede/DO de indicadores de processos padronizados, mensalmente via Sistema em acesso remoto, até o dia 15 do mês subsequente;
3. O Serviço de Saúde que possui base própria do Sistema deve alimentar e analisar os indicadores localmente;
4. O Serviço de Saúde que não possui o Sistema deve alimentar e analisar os indicadores na “Ficha de análise crítica de indicador”;
5. Todo Serviço de saúde terá acesso à base de indicadores do Sistema – Sede para alimentar seus indicadores e visualizar os indicadores dos demais Serviços de Saúde da Pró Saúde como forma de benchmarking interno.

Figura 24. Modelo de ficha de análise crítica

LOGOMARCA DO HOSPITAL		Ficha de indicador e análise crítica		PRÓ Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar									
Referência:		DADOS MENSAIS											
Processo:		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Objetivo:		Meta											
Fórmula:		Resultado											
Fonte de Coleta:		REPRESENTAÇÃO GRÁFICA											
Frequência de coleta:													
Responsável pela coleta:		ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO											
Sector Responsável:													
Responsável pelo gerenciamento:													
Observações:													

Análise Crítica

A reunião de Análise Crítica deve ser realizada em três etapas: A) gestores e sua equipe; B) gestores e partes envolvidas e C) gestores e diretoria, onde deve ser analisado o desempenho dos processos com relação ao alcance das metas previamente determinados de acordo com a missão e planejamento estratégico da instituição.

Tomada de decisão e definição de ações corretivas e preventivas

O objetivo desta etapa é buscar meios de incorporar o aprendizado obtido na Análise Crítica à prática real da Instituição, minimizando os efeitos indesejados e potencializando os efeitos desejados.

Uma vez conhecidas as causas para o "problema", devem-se determinar, para cada uma destas causas, ações para a manutenção, melhoria ou ajuste do desempenho.

Não há obrigatoriedade de haver uma ação para cada causa, porém não pode haver causa que não tenha ação, sendo assim, pode ser determinada uma ação que se relacione a várias causas.

Estimar prazos e custos envolvidos nas decisões, buscando sempre a melhor relação custo x benefício.

As ações definidas podem ser:

- Decisões gerenciais;
- Ações corretivas ou preventivas;
- Melhorias de processos e/ou produtos;
- Necessidade de recursos;
- Pendências para uma investigação mais profunda sobre a causa raiz do problema; e
- Necessidade de novas informações; dentre outras.

O Plano de Ação é o produto de um planejamento com o objetivo de orientar as diversas ações a serem implementadas, com total esclarecimento de fatores vinculados a cada uma delas.

Implementação e acompanhamento das ações definidas

As ações definidas devem ser registradas e/ou cadastradas no Sistema, por onde os gestores poderão acompanhar os registros referentes à implantação de cada ação.

Deve ser observado o cumprimento de prazos, investimentos previstos e outros itens de controle de cada ação.

Verificação

Nesta etapa, deve-se verificar se os resultados obtidos a partir da implementação das ações foram efetivos, ou seja, se os dados coletados antes e após a ação melhoraram.

Devem-se monitorar os processos, por meio dos Indicadores de processo de gestão e assistenciais, referentes a análises críticas anteriores.

Tabela 19. Indicadores acompanhados:

PROCESSO/SETOR	INDICADOR
Internação	Taxa de reinternação no mesmo CID
	Média de permanência geral
	Taxa de mortalidade institucional
	Incidência de queda de pacientes
	Índice de novos casos de úlcera por pressão
	Incidência de úlcera por pressão
	Incidência de lesão de pele
	Incidência de flebite
	Taxa de pacientes internados com alto grau de dependência
	Horas de assistência de enfermagem prestada

	Proporção de óbito materno e neonatal analisado na Comissão de Óbito
	Taxa de adesão ao protocolo – PCR
Atendimento em Emergência	Tempo médio de atendimento em pronto socorro
	Tempo médio de atendimento por classificação de risco – código laranja
	Tempo médio de permanência em leitos de observação do ponto socorro
	Taxa de pacientes submetidos a procedimento em pronto socorro
	Taxa de retorno de pacientes ao pronto socorro
Atendimento cirúrgico	Taxa de cirurgias eletivas com avaliação pré-anestésica
	Número de intercorrências nos procedimentos cirúrgicos
	Taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura
	Taxa de cirurgias suspensas
Tratamento intensivo	Taxa de reingresso na UTI adulto durante a mesma internação
	Taxa de extubação acidental na UTI Adulto
Terapia Antineoplásica	Taxa de extravasamento de droga antineoplásica
Assistência Hemoterápica	Taxa de reações transfusionais
Assistência Farmacêutica	Taxa de prescrições médicas avaliadas
	Taxa de erros de dispensação prevenidos
	Taxa de aceitação de intervenções farmacêuticas
	Índice de erros de medicação

	Evolução de notificações de farmacovigilância e tecnovigilância
Assistência Nutricional	Índice de resto ingesta
	Taxa de avaliação nutricional realizada em paciente internado
Análises Clínicas	Taxa de recoletas de sangue
	Taxa de conformidade com o Controle de qualidade externo
	Taxa de liberação de resultados de exames laboratoriais em até duas horas
Diagnóstico por Imagem	Tempo médio de disponibilização de resultados de exames de diagnóstico por imagem de paciente internado
	Taxa de repetição de exames de diagnóstico por imagem
Sistema de Informação do Paciente (Arquivo)	Taxa de conformidade de preenchimento de prontuários
Gestão de equipamentos e tecnologia médico-hospitalar	Horas de equipamento parado para manutenção corretiva
Prevenção e Controle de Infecções	Índice de infecção de sítio cirúrgico
	Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a CVC
	Densidade de incidência de ITU associada a cateter vesical
	Taxa de infecção hospitalar geral
	Taxa de infecção em cesáreas
Processamento de Materiais e Esterilização	Taxa de lotes interditados de material estéril

Higienização	Índice de resíduos infectados por paciente-dia
	Índice de consumo de preparação alcoólica para mãos
	Índice de consumo de sabonete
Gestão de Pessoas (DP)	Taxa de absenteísmo
	Taxa de rotatividade (Turn over)
Gestão de Pessoas (NEP)	Evolução de treinamento global
	Evolução de treinamento assistencial
Gestão de Pessoas (RH)	Taxa de aprovados no período de experiência
Gestão de Pessoas (Corpo Clínico)	Taxa de médicos com título de especialista
Gestão de Pessoas (SESMT)	Índice de acidentes de trabalho
Gestão Administrativa (Contratos)	Taxa de contratos com pendências
Gestão Administrativa (Faturamento)	Taxa de contas de internação não faturadas
Gestão de Suprimentos	Giro de estoque
	Taxa de compras de urgência
	Taxa de fornecedores qualificados
Gestão da Qualidade	Número de não conformidades de interação de processo
	Número de eventos notificados
	Taxa de eventos adversos associados à falhas na comunicação
	Taxa de eventos adversos relacionados à falhas na identificação do paciente

	Taxa de adesão global aos protocolos de segurança do paciente
	Taxa de conformidade com o RAG
Gestão da Qualidade (SAU/SAC)	Taxa global de satisfação do usuário

SOFTWARE DE GESTÃO HOSPITALAR

A plataforma proposta reúne um conjunto de soluções que facilitam o fluxo de dados entre os setores e integram todos os processos hospitalares. O sistema gerencia informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas, proporcionando uma gestão mais eficiente e melhor atendimento para as pacientes.

Objetivos

- Reduz as taxas de absenteísmo nas consultas e exames, através da otimização do fluxo de agendamento, proporcionando mais agilidade e eficiência no atendimento.
- Elimina a ociosidade das salas, consultórios e equipamentos de diagnósticos, aumentando a produtividade da equipe médica.
- Reduz a probabilidade de erros médicos por meio do prontuário eletrônico do paciente, com acesso fácil, rápido a todas as informações e histórico dos pacientes, permitindo maior assertividade na assistência.
- Reduz as taxas de cancelamentos e transferências de cirurgia com a automação de todos os processos e áreas envolvidas, garantindo maior eficiência na gestão do centro cirúrgico e na administração dos recursos
- Assegura o correto ciclo de compras, eliminando os desperdícios e aumentando a eficiência na gestão de materiais, sejam produtos, equipamentos, medicamentos ou serviços.
- Reduz as filas de pacientes nas urgências, emergências descongestionando o serviço e humanizando o atendimento descongestionando o serviço e humanizando o atendimento.

Áreas de Abrangência: Atendimento. Clínica e Assistencial, Diagnóstico e Terapia, Suprimentos, Faturamento, Financeiro, Controladoria, Áreas de Apoio, TI e Gestão Estratégica

SISTEMA DE GESTÃO ESTRATÉGICA

Conjunto de aplicações para promover a inteligência nas organizações com foco: Performance Manager, Document Manager, Occurrence Manager, Competence Manager e Risk Manager. Abaixo as principais funcionalidades dos módulos citados:

- Gestão de Planejamento Estratégico;
- Controle de Indicadores de Desempenho.

Figura 25. Modelo da tela do sistema de gestão estratégica

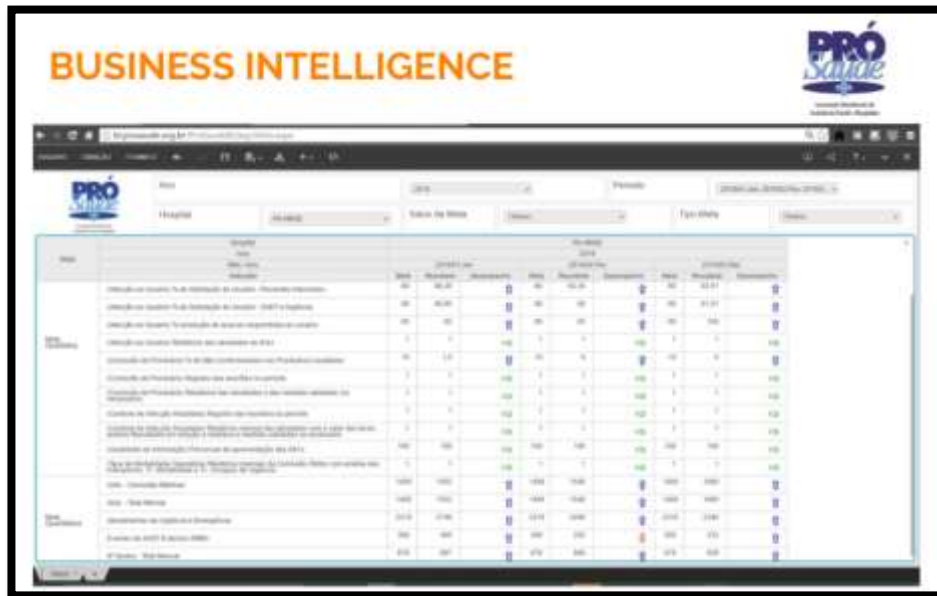


BI-MICROSTRATEGY

Ferramenta de Business Intelligence, que é responsável por gerar relatórios de informações da unidade, subsidiando o controle de metas e gestão do contrato.

O acesso é realizado através de ferramenta web, onde essas informações estão sempre disponíveis aos gestores.

Figura 26. Modelo de tela do BI



GESTÃO ESTRATÉGICA DE CUSTOS E MELHORIAS DOS RESULTADOS

Para a gestão eficaz de uma instituição de saúde, os gestores precisam dispor de informações gerenciais e estratégicas. A gestão de custos destaca-se como ferramenta imprescindível no processo de tomada de decisões, visando a melhoria dos resultados. Ela possibilita a gestão do resultado operacional global da organização e a avaliação por áreas de atividade, unidades de negócio, clientes, procedimentos e especialidades médicas fundamentais e decisivas à sustentabilidade do processo decisório. Através de ferramentas inovadoras e eficazes, o sistema de custos proposto assegura às organizações de saúde a conquista de melhores padrões de produtividade e fortalecimento do nível de competitividade.

Aplicações Gerenciais:

- Gerenciar Informações por centro de custos, produtos e serviços para análise comparativa das mesmas e acompanhamento do processo
- Preparação das informações consolidadas e comparativas, permitindo a avaliação, acompanhamento e controle da instituição como o estabelecimento de indicadores de desempenho;
- Servir de instrumento de gestão e de melhoria de eficácia na alocação de recursos;

- Subsidiar a avaliação do custeio das atividades com relação a indicadores de custos.

SISTEMÁTICA DE APLICAÇÃO DE AÇÕES CORRETIVAS DE DESEMPENHO A PARTIR DO MONITORAMENTO

As sistemáticas de aplicação de ações corretivas serão feitas por meio de reuniões onde serão analisadas as ações a serem tomadas bem como as atividades preventivas.

Ferramentas para a Solução de Problemas:

Para a identificação e análise dos problemas e para a elaboração das ações corretivas e preventivas, podem ser utilizadas várias ferramentas (Formação de uma equipe; Fluxograma, Braintorming, Diagrama de causa e efeito, Folha de verificação, Diagrama de Pareto, diagrama de Ishikawa, etc.).

Na sequência estão as figuras que exemplificam a análise de desempenho e ciclos de melhoria.

Figura 27. Gráfico de Pareto

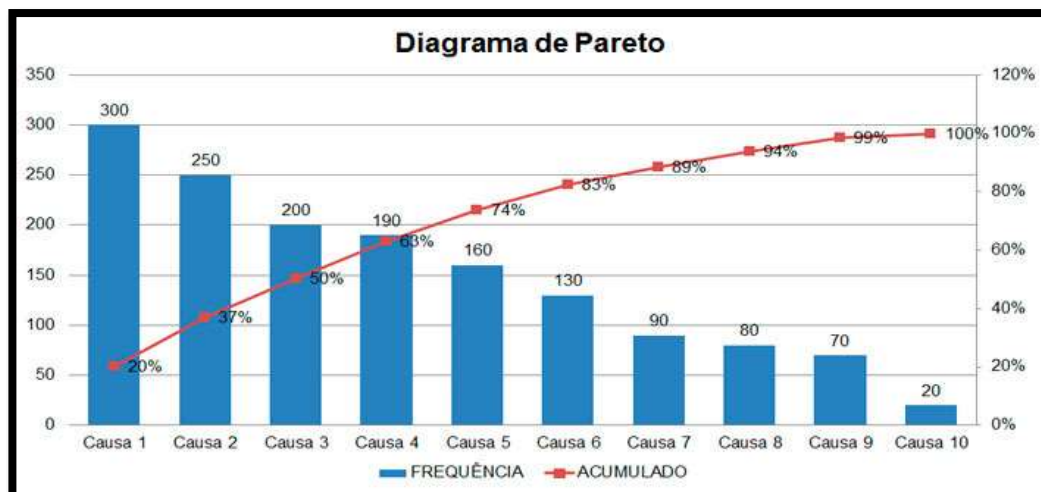


Figura 28. Diagrama de Ishikawa

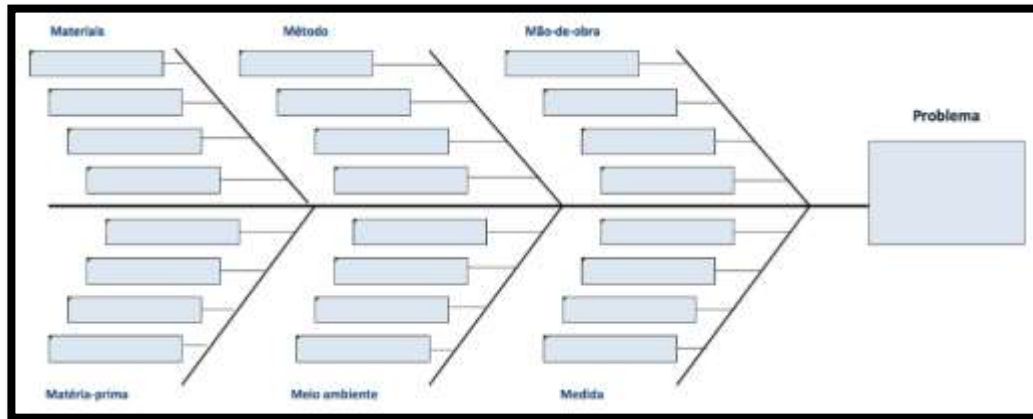


Tabela 20. Cronograma das ações corretivas:

	1º SEM	2º SEM	3º SEM	4º SEM
Recebimento de relatório de indicadores				
Reunião para análise dos dados				
Definição de Plano de Ação				
Reunião com Equipe envolvida para apresentação do Plano de Ação				
Início das ações corretivas				

4.1.6. PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ATENDIMENTO E MANUAL DE NORMAS E ROTINAS.

Alguns modelos de Protocolos Clínicos de Atendimento conforme o perfil descrito no edital, encontra-se no Anexo I.

Conforme descrito no item 2.2. “Documentação Normativa e Operacional”, a Pró-Saúde utiliza como documento no qual são descritas as atividades e tarefas realizadas em determinado setor / departamento, a INSTRUÇÃO DE TRABALHO. Por meio dela define-se modo de fazer, referenciam-se documentos e estipulam-se responsáveis. No Anexo I apresentamos alguns modelos de Its que poderão ser adaptados para o Hospital Materno Infantil de Barcarena.

4.1.7. IMPLANTAÇÃO DE UM SETOR DE QUALIDADE

A Pró-Saúde implanta nas unidades de saúde por ela administrada o Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP-L).

O Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente deve assegurar a melhoria da gestão dos serviços de saúde, por meio do planejamento, implementação, monitoramento, avaliação dos seguintes temas:

1. Gestão Estratégica – Planejamento e Desempenho
2. Segurança Assistencial (protocolos, classificação e monitoramento dos riscos, notificação de eventos e programas de segurança)
3. Gestão do SAU – Serviços de Atendimento aos Usuários
4. Gestão dos Processos (mapeamento, documentação e indicadores)
5. Programas de Auditorias e Certificações

O Núcleo tem por finalidade:

- Inserir o tema Qualidade e Segurança do Paciente no Planejamento Estratégico da Unidade;
- Adotar as diretrizes e modelos corporativos;
- Reportar a evolução do Projeto ao Coordenador do Projeto e/ou ao NQS – Central (sede Pró-Saúde);
- Contribuir para melhorias na metodologia de gestão;
- Colaborar com os Núcleos de Qualidade de outros serviços;
- Implementar os Programas de Excelência;
- Estabelecer planos de ações para adoção do Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- Implementar a melhoria da qualidade na gestão de Serviços de Saúde com vistas à acreditação;
- Estabelecer planos de ações para o cumprimento dos Objetivos e Metas Estratégicas definidas pela Sede.

Figura 29: Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente

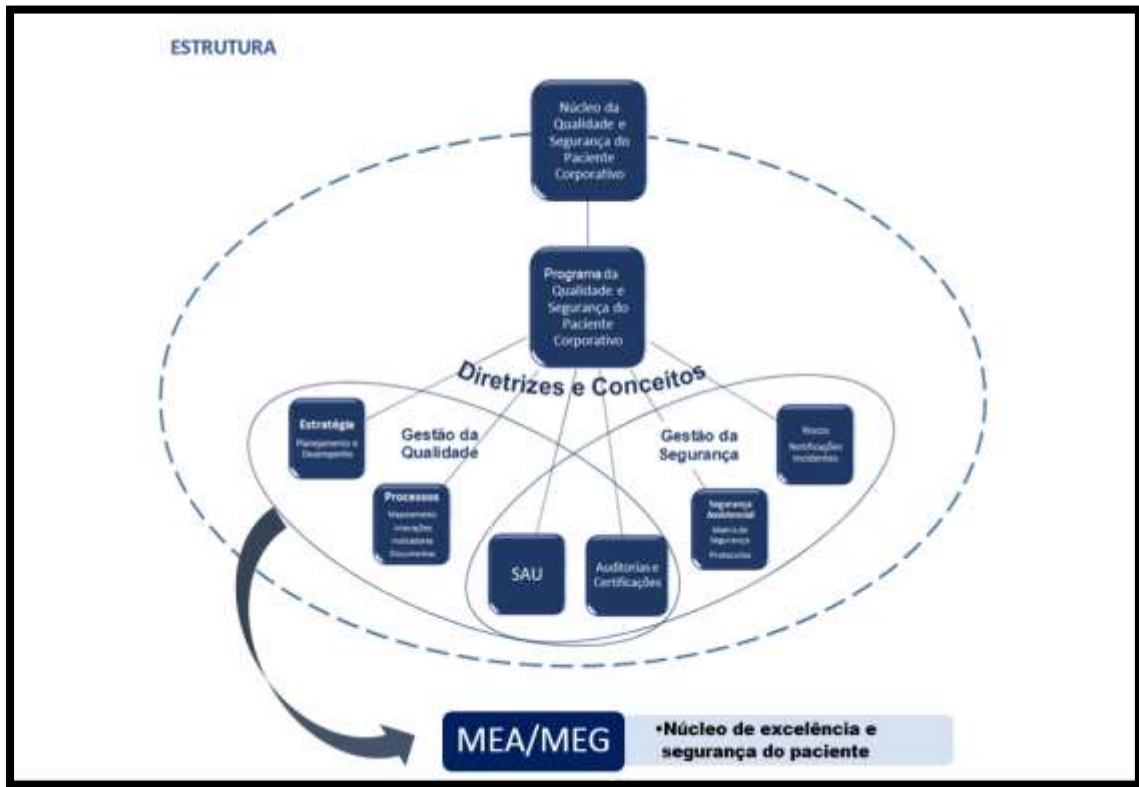
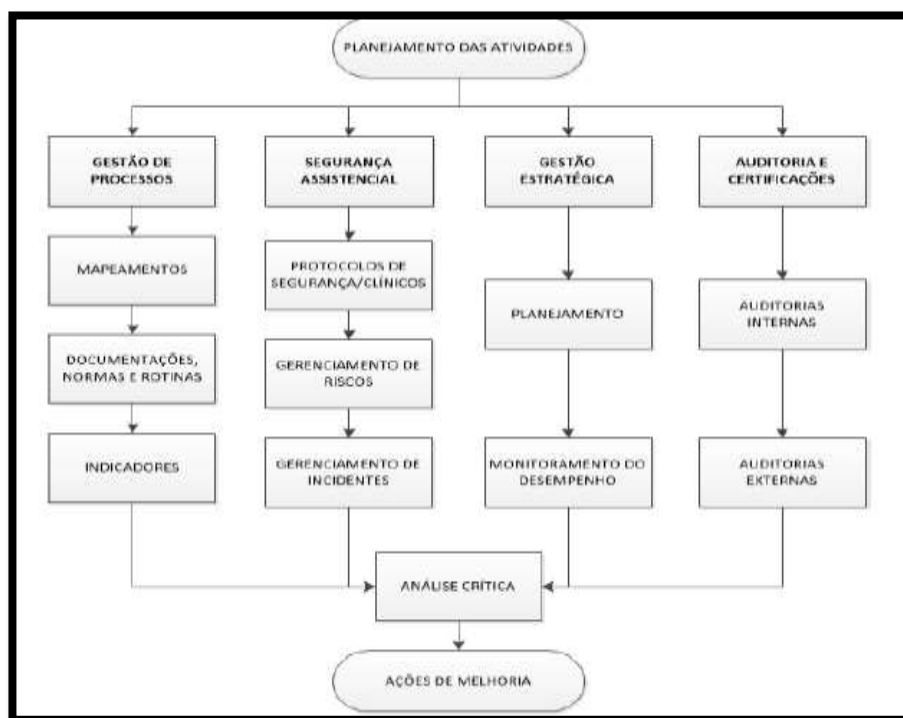


Figura 30. Atividades do Núcleo de Qualidade



GERENCIAMENTO DOS RISCOS:

Aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

A implantação de um programa de gerenciamento do risco prevê a aplicação de um processo lógico e sistemático de identificação, quantificação, análise do impacto do evento na assistência, tratamento com implantação de medidas seguras e a comunicação dos riscos de maneira a possibilitar que a organização diminua a ocorrência de efeitos indesejáveis.

Classificação de Riscos:

Risco clínico: risco associado à ação direta ou indireta dos profissionais da área da saúde, resultante da ausência ou deficiência de políticas e ações organizadas na prestação de cuidados de saúde. Exemplos:

- Risco de cirurgia não segura;
- Risco de identificação incorreta do paciente;
- Falha na segurança medicamentosa;
- Risco de aquisição de infecção;
- Risco de comunicação;
- Risco de queda.

Riscos não clínicos: àqueles relacionados à segurança das instalações ou atendimento aos processos de prestação de cuidados aos pacientes. Inclui aqui também os riscos gerados por quebra nas condições adequadas de trabalho. Exemplos:

- Riscos relativos à utilização de equipamentos: defeito no equipamento, erro de utilização do usuário, uso em circunstâncias impróprias, falta de manutenção preventiva.
- Riscos relativos à segurança predial: laudo de para raio, manutenção de elevadores, manutenção do sistema de ar condicionado, segurança dos vasos de pressão - autoclave, caldeira, sistema de vapor, gases medicinais, vácuo, ar comprimido, proteção radiológica, condições da água e sistema de aterramento.
- Riscos relativos à segurança ocupacional: situação vacinal, exames periódicos, risco de incêndio e acidentes ocupacionais.

4.1.8. OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE

4.1.8.1. RAG – REQUISITOS DE APOIO À GESTÃO

Requisito de Apoio à Gestão é uma ferramenta institucional desenvolvida para a realização de diagnóstico e avaliação dos sistemas assistências, de gestão e infraestrutura disponível.

Como é realizado?

Através de visita “in loco” de forma sistêmica na Instituição com a checagem de evidências dos requisitos, das práticas de trabalho dentro da legislação e das boas práticas vigente.

Estrutura:

O RAG é composto por 8.386 requisitos que se dividem nos grupos:

Grupo 1 – Infraestrutura

Grupo 2 – Requisitos de gestão

Grupo 3 – Requisitos técnicos operacionais

Grupo 4 – Requisitos de gestão de Risco

Estes grupos por sua vez, são subdivididos em 3 níveis, sendo:

Nível I envolve a estrutura física, o cumprimento da legislação, questões de segurança do paciente, evolução da gestão e gerenciamento de risco.

NÍVEL II é estruturado pelos requisitos do nível I, acrescidos da avaliação da Gestão Integrada, onde apresenta fatores relacionados a resultados dos processos e suas interações.

NÍVEL III é estruturado pelos requisitos do nível I + nível II, acrescido da avaliação do sistema de gestão de resultados estratégicos e aplicação de melhorias contínuas, como práticas refinadas, inovadoras, proativas, disseminadas e plenamente integradas, na busca pela Excelência em Gestão.

O check list de cada área comporta também os requisitos sistêmicos, ou seja, são requisitos aplicáveis em todos os processos institucionais (Infraestrutura, Gestão e Segurança e Riscos), o resultado da avaliação destes requisitos é demonstrado através do **Mapa de Processos Sistêmicos**.

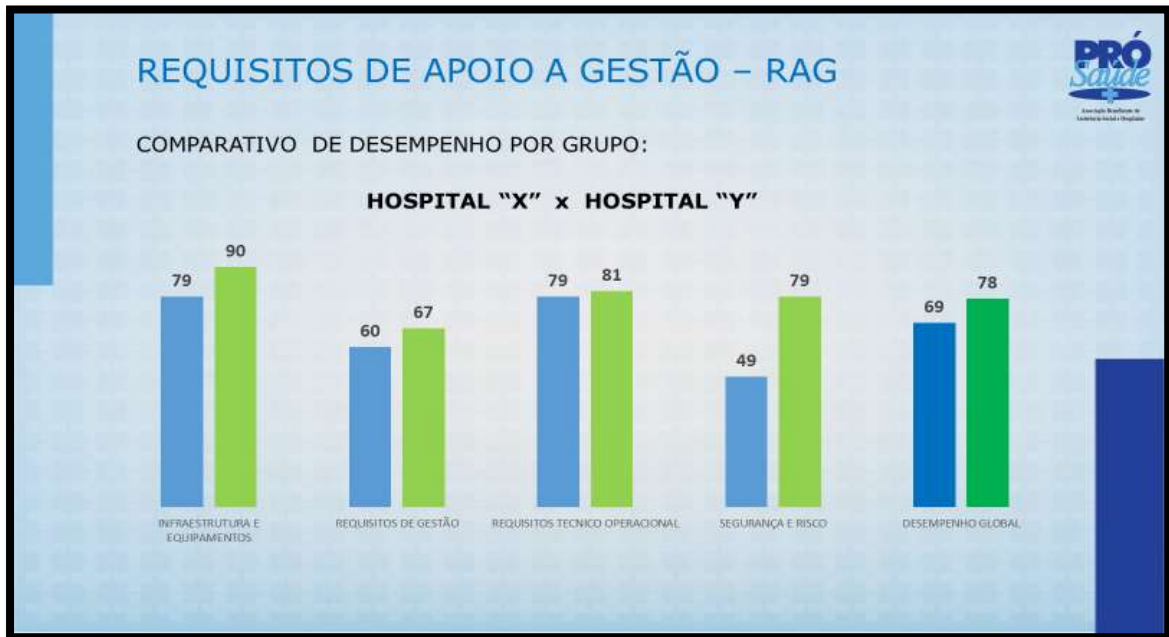
Equipe avaliadora: Equipe multiprofissional, composta também por um avaliador trainee, sendo este um profissional convidado que estará em treinamento para se tornar um avaliador do RAG.

Avaliação da aplicação do RAG: Ao término da aplicação da metodologia o NQSP – Local e o Diretor Geral do Hospital / Serviço de Saúde respondem uma pesquisa eletrônica com o objetivo de avaliar a metodologia aplicada bem como a performance dos avaliadores.

Compromisso com Melhorias: Após receber o relatório com seu resultado oficial, o Hospital / Serviço de Saúde deverá se comprometer com a melhoria dos mesmos através do preenchimento do Compromisso com Melhorias, que é monitorado pela Sede Administrativa.

Figura 31: Modelos de Gráficos do RAG





4.1.8.2. PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO

Gestores e equipes de profissionais se deparam, dia a dia, com uma enormidade de tarefas, responsabilidades e compromissos. Mais do que isso têm de atender às necessidades de pessoas que se encontram em situações de fragilidade, dependência, dor e sofrimento, muitas vezes em situações difíceis de trabalho.

No entanto, é justamente a realização destas tarefas - construção de um espaço coletivo para reflexão sobre sua realidade institucional e profissional, e busca de saídas criativas para os desafios encontrados - que poderão facilitar seu trabalho e melhorar a qualidade do atendimento aos usuários.

A humanização dos estabelecimentos assistenciais de saúde tem uma diretriz transversal e constitui-se num conjunto de ações sobre diversas práticas e condições na prestação dos serviços de saúde, assim como em diferentes níveis do Sistema, formando uma construção coletiva de todos os envolvidos. Para o Ministério da Saúde, trata-se de uma das estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde. Trata-se de uma forma de tornar parceiros tanto usuários como profissionais de saúde na busca da qualidade dos serviços, um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos Inter profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde.

Duas recomendações para o desenvolvimento de um processo de humanização dos serviços de saúde na instituição hospitalar:

1. Gestão participativa

Desenvolver padrões de cuidados mais humanizados para os usuários requer formas de relação institucionais mais humanizadas também entre funcionários e chefias, entre os próprios colegas e pessoas que trabalham nas mesmas áreas, com formações e responsabilidades diferentes.

2. Formação de Grupos de Trabalho de Humanização (GT)

Quem são seus integrantes:

- É recomendável que façam parte deste grupo profissionais da direção do hospital, da chefia dos setores e serviços, e técnicos da área médica e não médica (assistentes sociais, psicólogos, agentes da enfermagem, encarregados técnico-administrativos) e pessoal de apoio (segurança, limpeza, cozinha, etc.) de modo a se contar com uma participação equitativa de representantes de diferentes categorias profissionais, campos disciplinares e graus hierárquicos.
- A coordenação do GT deverá ser escolhida dentre as lideranças compromissadas com a ideia da humanização.

Objetivos:

- Conduzir um processo permanente de mudança da cultura de atendimento à saúde, promovendo o respeito à dignidade humana.
- Sensibilizar profissional e usuário para a importância e os benefícios do atendimento e do trabalho humanizado.
- Garantir à instituição hospitalar o papel de protagonista do processo de humanização de seus serviços.

Como funcionam:

- Lideram o processo de humanização no hospital.
- Promovem uma ação conjunta da alta administração do hospital e de lideranças representativas dos profissionais dos vários setores e serviços.
- Buscam estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores
- Promovem fluxo de propostas e deliberações.

- Apoiam e divulgam as iniciativas de humanização em desenvolvimento.
- Avaliam os projetos em desenvolvimento e a serem desenvolvidos na instituição, de acordo com os parâmetros de humanização propostos.
- Estimulam a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização dos serviços.
- Promovem a participação do hospital na Rede Nacional de Humanização.

Elaboração e Implantação de Plano Operacional de Ação de Humanização

Será elaborado um plano de ação de humanização hospitalar, de curto, médio e longo prazo, levando em consideração as prioridades e as necessidades específicas do hospital, bem como as ações de humanização já existentes.

O plano de ação de humanização no hospital, utilizará como base o Programa de Humanização do SUS.

Figura 32. Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO - GTH													
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Nomeação dos Membros do Grupo	Direção Geral	█											
Reunião Mensal do Grupo	Equipe	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Realização de Oficina para Capacitação da Equipe e legislação	Equipe		█	█	█								
Elaboração de Plano de Ação	Equipe		█	█	█	█	█						
Reunião com Comissão de Ética Médica	Equipe							█	█				
Divulgação das Atividades	Equipe		█	█						█	█		

* NOTA: Implantação após 03 meses de implantação

Atividades que poderão ser desenvolvidas no hospital:

- Comemoração dos funcionários aniversariantes do mês;
- Oficina culturais para funcionários;
- Liberação de visitas aos pacientes em datas;
- Comemorativas tais como dia dos pais, dia das mães, Natal e etc.;
- Palestras sobre qualidade de vida e hábitos saudáveis para funcionários, pacientes e acompanhantes

4.1.8.3. DOULA

O hospital poderá implantar a assistência prestadas pelas Doulas. Nos dias de hoje, as Doulas dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto. As Doulas, serão voluntárias e poderão ser disponibilizadas diariamente às parturientes.

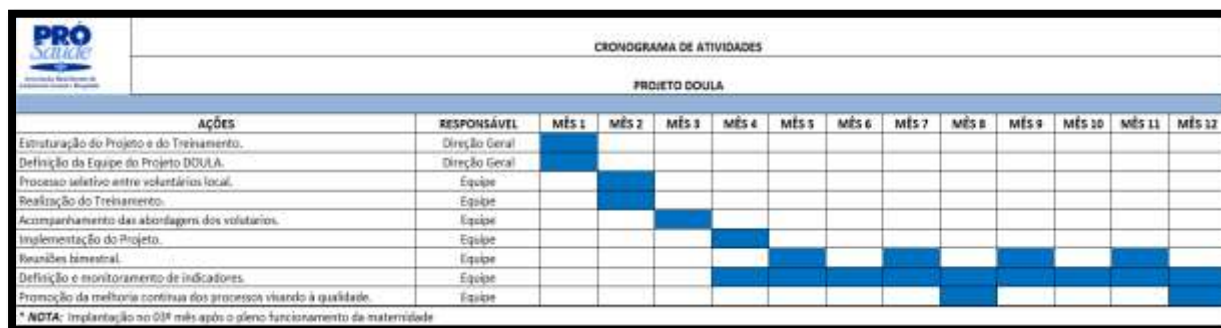
Antes do parto, poderá acompanhar as futuras mães e acompanhantes em visita às áreas da maternidade, orienta sobre o que esperar do parto e pós-parto. Explica os procedimentos comuns e ajuda a mulher a se preparar, física e emocionalmente para o parto, das mais variadas formas.

Durante o parto atua como interface entre a equipe de atendimento e o casal, explica termos médicos e os procedimentos hospitalares e atenua a eventual frieza da equipe de atendimento num dos momentos mais vulneráveis de sua vida. Também ajuda a parturiente a encontrar posições mais confortáveis para o trabalho de parto e parto, mostra formas eficientes de respiração e propõe medidas naturais que podem aliviar as dores, como banhos, massagens, relaxamento, etc.

Após o parto ela faz visitas à nova família, oferecendo apoio para o período de pós-parto, especialmente em relação à amamentação e cuidados com o bebê.

As pesquisas têm mostrado que a atuação da doula no parto pode: diminuir taxas de cesárea, diminuir a duração do trabalho de parto, diminuir pedidos de anestesia, diminuir o uso da oxitocina, diminuir em 40% o uso de fórceps.

Figura 33. Cronograma de implantação – Doulas



4.1.8.4. PROJETO ANCORA

O Projeto Âncora é utilizado alguns hospitais administrados pela Pró-Saúde e deverá ser implantado no Hospital Materno Infantil.

Objetivo Geral:

Conhecer a realidade vivenciada pelos usuários/pacientes e família/acompanhante que serão atendidos no hospital planejando e realizando um trabalho multiprofissional pautado na humanização e qualidade no atendimento, através de ações voltadas para as necessidades/demandas dos usuários/pacientes e famílias/acompanhantes.

Objetivo Específico:

- Identificar as demandas explícitas e implícitas dos usuários/pacientes e familiares/acompanhantes considerando suas especificidades;
- Criar uma rotina de atendimento multiprofissional priorizando o fortalecimento de vínculo e confiança aos usuários/pacientes e familiares/acompanhantes x equipe;
- Verificar junto aos familiares/acompanhantes, a possibilidade de definir um responsável denominado “Familiar Âncora” para receber informações diárias quanto ao quadro clínico do usuário/paciente.

Tabela 21. Ações do Projeto:

OBJETIVOS	AÇÕES	PROFISSIONAIS
1. Identificar as demandas explícitas e implícitas dos usuários/pacientes e	1.1. Identificar usuários/pacientes internados a partir de 05 dias (Plano de Alta/ Censo);	Assistente Social Psicóloga
	1.2. Acolhimento aos usuários/pacientes e familiares/acompanhante;	SAU

<p>famílias/acompanhantes considerando suas especificidades</p>	<p>1.3. Entrevista para inclusão no projeto.</p>	
<p>2. Verificar junto aos familiares/acompanhantes, a possibilidade de definir um responsável denominado “Familiar Âncora” para receber informações diárias quanto ao quadro clínico do usuário/paciente.</p>	<p>2.1. Identificar através de avaliação psicossocial o familiar preparado (emocionalmente) e que tenha disponibilidade para ser o “Familiar Âncora”, ou seja, o responsável a receber e repassar aos demais familiares as informações do quadro clínico do usuário/paciente.</p>	<p>Assistente Social Psicóloga</p>
<p>3. Criar uma rotina de atendimento multiprofissional aos usuários/pacientes e famílias/acompanhantes priorizando o fortalecimento de vínculo e confiança entre</p>	<p>3.1. Acolhimento, escuta e acompanhamento durante a hospitalização de acordo com as demandas apresentadas;</p>	<p>Assistente Social Psicóloga</p>
	<p>3.2. Veiculação de informações aos usuários/pacientes e familiares/acompanhantes, possibilitando o acesso aos seus direitos sociais enquanto cidadãos, inseridos nos programas e políticas sociais – saúde, assistência e previdência;</p>	<p>Assistente Social</p>

equipe, usuários e família.	3.3. Viabilização da Informação clara e contínua do quadro clínico do usuário/paciente diariamente ao familiar/acompanhante;	Médicos Enfermagem
	3.4. Comemoração do Aniversário do usuário/paciente durante a internação	Assistente Social Psicóloga Enfermagem Nutrição Comunicação GTH

Metodologia:

- Entrevista e acolhimento pautados na humanização, integralidade, vínculo e qualidade nos serviços prestados aos usuários/pacientes e familiares/acompanhantes através de formulários.
- Verificação da disponibilidade do “Familiar Âncora” para receber informações do paciente/usuário no momento em que o médico passa visita. Se necessário agendar “horário especial” com o médico para falar com o familiar;
- Acompanhamento aos usuários/pacientes e familiares/acompanhantes para solucionar dúvidas bem como, garantir que os mesmos estão cientes do quadro clínico e da evolução diária;
- Veiculação de informações sobre os direitos sociais, através dos programas e políticas sociais;
- Reuniões mensais até consolidar o projeto e após reunião mensal para Análise de indicadores com a equipe multiprofissional, para traçar novas ações, como também avaliar o envolvimento da equipe e dos familiares/acompanhantes ao projeto.
- Reuniões semanais da equipe multiprofissional para análise do plano terapêutico do usuário inserido no projeto.

Figura 34. Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES		PROJETO ANCORA											
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Definição da Equipe do Projeto ANCORA	Direção Geral	█											
Identificação das demandas explícitas e implícitas pacientes e famílias considerando as especificidades.	Equipe	█	█										
Estruturação e Divulgação da Metodologia a ser implantada.	Equipe				█	█	█						
Reuniões mensais para avaliação do Projeto Ancora.	Equipe				█	█	█	█	█	█	█	█	█
Definição e monitoramento de indicadores.	Equipe		█				█	█	█	█	█	█	█
Promoção da melhoria contínua dos processos visando à qualidade.	Equipe									█			

* NOTA: Implantação após 03 meses da implantação

Resultados desejados:

- Efetivação do trabalho em equipe no atendimento multiprofissional, pautados na humanização;
- Usuários/pacientes e familiares/acompanhantes esclarecidos referente ao processo saúde/doença como também instruídos e preparados para o período da desospitalização dando continuidade no tratamento e até mesmo para situação de óbito;
- Agilizar Alta Hospitalar
- Redução da ansiedade e do nível de estresse gerado pelo período de hospitalização;
- Satisfação com relação ao tratamento e a atenção prestada pela equipe multiprofissional.

4.1.8.5. REDE CEGONHA

No Hospital integrante da Rede Cegonha, será incentivado e disseminado a cultura das normativas a assegurar:

- **Às mulheres:** o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério
- **Às crianças:** direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis

A Rede Cegonha tem como objetivos:

- Fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e saúde da criança com foco na atenção ao parto e ao nascimento e no desenvolvimento infantil de zero aos 24 meses;
- Organizar uma Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- Reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal.

A Rede Cegonha tem como diretrizes para nortear a reorganização dos processos de trabalho nos serviços obstétrico-neonatais:

- Garantia do acolhimento e classificação de risco, qualificação do acesso e assistência;
- Garantia de vinculação da gestante desde o pré-natal até os serviços de referência que compõem a rede integral, incluindo a maternidade programada para a realização do parto;
- Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo;
- Gestão democrática e participativa. Gestão participativa e compartilhada na maternidade, buscando aumentar o grau de corresponsabilização entre usuários/acompanhantes, trabalhadores e gestores.

Figura 35 – cronograma de implantação – Rede Cegonha

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES		REDE CEGONHA											
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Estruturação do Projeto.	Direção Geral	■											
Definição da Equipe do Projeto.	Direção Geral	■											
Interação com a Atenção Básica e a referência e contra referência local.	Equipe		■										
Implementação do Projeto.	Equipe				■								
Definição e monitoramento de indicadores.	Equipe												
Promoção da melhoria contínua dos processos visando à qualidade.	Equipe								■				■

* NOTA: Implantação no 03º mês após o pleno funcionamento da maternidade

4.1.8.6. HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Desde 1992, o Ministério da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) certificam na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) instituições de

saúde públicas e privadas que cumprem os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, o Cuidado Amigo da Mulher e uma série de outros requisitos que buscam a adequada atenção à saúde da criança e da mulher. Os hospitais certificados recebem uma placa que é fixada na entrada.

Os objetivos da IHAC são:

- Diminuir a morbimortalidade infantil por meio do estímulo à prática da amamentação
- Mobilizar e capacitar profissionais de saúde para mudarem rotinas e condutas inadequadas que possam prejudicar a amamentação e determinar um desmame precoce.
- Implementar os Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno
- Por fim à prática de distribuição de suprimentos gratuitos ou de baixo custo de substitutos do leite materno para maternidades e hospitais
- Cumprir a NBCAL
- Promover o Cuidado Amigo da Mulher.

Os DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO são:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde;
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento;
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento;
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico;
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos – 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta, no hospital ou ambulatório

Revertendo para a instituição vantagens como: ambiente mais calmo e tranquilo, menor taxa infecção neonatal, estimulação o trabalho em equipe, melhor imagem e maior prestígio, mais segurança em emergências e vantagens econômicas.

Assim, durante a gestão do Hospital, será incentivado e disseminado a cultura do Hospital Amigo da Criança. Tendo como foco principal a mobilização de toda a equipe de saúde para que modifiquem condutas e rotinas responsáveis pelos altos índices de desmame precoce, buscando a certificação junto a UNICEF.

Figura 36. Cronograma de implantação - Hospital amigo da criança



4.1.8.7. PROGRAMA DE SUSTENTABILIDADE

A Pró-Saúde declara ter o compromisso, com o estabelecimento, implementação e manutenção da política ambiental, suas diretrizes, objetivos, responsabilidades e recursos para a gestão, de modo que os aspectos e impactos ambientais advindos de suas atividades, produtos e serviços, sejam gerenciados e mitigados, contribuindo para a Sustentabilidade. As diretrizes estabelecidas têm caráter abrangente nos níveis corporativo, regional ou local da Instituição, podendo ser estratificadas para se adequarem aos diferentes escopos do SGA - Sistema de Gestão Ambiental.

É responsabilidade da Diretoria Executiva:

- Implementar a Política Ambiental em sua área de responsabilidade e criar mecanismos para a sua disseminação ao público interno e externo;
- Apoiar estrategicamente a implementação, manutenção e melhoria do Sistema de Gestão Ambiental, de modo que possa ser aplicado no âmbito corporativo, regional ou local da Instituição;

- Identificar e planejar os recursos essenciais para implementar, manter e melhorar continuamente o Sistema de Gestão Ambiental;
- Orçar os recursos essenciais para o Sistema de Gestão Ambiental que incluam recursos humanos e habilidades especializadas, infraestrutura organizacional, tecnologia e recursos financeiros;
- Garantir a disponibilização dos recursos para a gestão ambiental;
- Definir, documentar e comunicar funções, responsabilidades e autoridades, visando facilitar uma gestão ambiental eficaz;
- Estabelecer, revisar e adequar processos, de modo a obter melhoria do desempenho ambiental;
- Estabelecer, implementar e manter objetivos e metas ambientais documentados, nas funções e níveis relevantes na organização;
- Prover os meios e determinar os prazos nos quais os objetivos e metas ambientais sejam atingidos;
- Estabelecer mecanismos, processos e procedimentos de gestão ambiental nos escopos estabelecidos;
- Realizar as análises críticas do Sistema de Gestão Ambiental, em intervalos planejados para assegurar sua continuada adequação, pertinência e eficácia;
- Proporcionar que o Sistema de Gestão Ambiental, em sua área de responsabilidade seja auditado em intervalos determinados;
- Subsidiar a tomada de decisão sobre comunicar externamente ou não os aspectos ambientais significativos;
- Promover a melhoria do desempenho do Sistema de Gestão Ambiental.

É responsabilidade dos Representantes da Direção:

- Coordenar, estabelecer, revisar e adequar o modelo de gestão para os processos que compõem o Sistema de Gestão Ambiental de modo a obter melhoria de seu desempenho;

- Assegurar o cumprimento da política, objetivos e programas ambientais;
- Garantir o atendimento aos requisitos legais e outros relacionados ao escopo estabelecido para o Sistema de Gestão Ambiental;
- Promover mudanças para mitigação dos aspectos e impactos ambientais das atividades, produtos e serviços do escopo;
- Conduzir a implementação e manutenção do Sistema de Gestão Ambiental, através de treinamentos ou outras ações e acompanhamentos sistemáticos;
- Manter e melhorar o Sistema estabelecido utilizando-se dos processos de ação corretiva, preventiva, auditorias sistemáticas e análise crítica;
- Relatar o desempenho do Sistema de Gestão à Alta Direção para análise crítica e melhoria do Sistema de gestão ambiental.

Diretrizes:

1. Liderança

- Apoiar as ações estratégicas relativas à gestão ambiental estimulando a participação de todos;
- Assegurar o compromisso para alcançar a excelência do desempenho ambiental;
- Comunicar o comprometimento, as prioridades e as ações da Instituição junto às partes interessadas (*stakeholders*);
- Estimular a difusão e implementação das melhores práticas ambientais.

2. Atendimento à Legislação Ambiental e Requisitos Estatutários

- Cumprir a legislação pertinente às atividades, produtos e serviços;
- Adotar uma postura de transparência e ética nas suas relações com as partes interessadas (*stakeholders*).

3. Prevenção da Poluição e Melhoria Ambiental

- Promover a melhoria contínua dos processos, serviços prestados pela Instituição e seus resultados, visando à qualidade ambiental;
- Desenvolver ações voltadas para a ecoeficiência, para prevenção da poluição, mitigação da geração de resíduos sólidos, das emissões de gases

efeito estufa e redução do consumo de recursos naturais em seus processos, produtos e serviços;

- Desenvolver operações planejadas e seguras às pessoas e ao meio ambiente;
- Aperfeiçoar continuamente os indicadores ambientais, de modo a torná-los cada vez mais precisos e uniformes com conseqüente incentivo ao cumprimento das metas estabelecidas.

4. Gestão de Fornecedores

- Promover o engajamento e comprometimento dos fornecedores com as questões ambientais;
- Selecionar fornecedores com base em requisitos ambientais;
- Incluir requisitos ambientais na especificação de produtos e serviços a serem adquiridos;
- Implementar a logística reversa no processo de aquisição.

5. Gestão de Pessoas

- Estabelecer e implementar programas de educação ambiental aos diversos níveis organizacionais da Instituição e terceiros que atuem em seu nome, objetivando capacitá-los para participação ativa na gestão ambiental;
- Conscientizar todos os seus colaboradores e prestadores de serviços da importância da responsabilidade individual para o atendimento dos objetivos e metas ambientais da Instituição.

6. Relacionamento com o Cliente e a Comunidade

- Promover a participação e apoio às iniciativas de gestão ambiental com o envolvimento do cliente e da comunidade;
- Estabelecer diálogo e desenvolvimento de parcerias com o cliente e a comunidade visando à melhoria do desempenho ambiental;
- Estimular o compromisso ambiental de todos os públicos em relação aos serviços de saúde, educação e assistência social.

PHS – PROJETO HOSPITAIS SAUDÁVEIS

O Projeto Hospitais Saudáveis (PHS) é uma associação sem fins econômicos, dedicada a transformar o setor saúde em um exemplo para toda a sociedade em aspectos de proteção ao meio ambiente e à saúde do trabalhador, do paciente e da população em geral.

Participam do PHS profissionais de saúde, instituições prestadoras de serviços, instituições de ensino e de pesquisa em saúde, organizações da sociedade civil em geral e demais organizações, públicas ou privadas. A Pró-Saúde participa deste programa.

A assistência à saúde, como toda atividade produtiva, gera impactos ambientais e sanitários.

O PHS trabalha para desenvolver e apoiar uma rede de cooperação, partindo do comprometimento das instituições de saúde do país, bem como dos profissionais de todas as categorias que atuam no sistema de saúde brasileiro. Além do setor de assistência à saúde, o PHS atua em parceria com organizações profissionais, sindicais e setoriais, institutos de ensino e pesquisa, órgãos públicos e organizações não governamentais das áreas de saúde e segurança do trabalho, saúde pública e meio ambiente.

MercuryFree Healthcare: iniciativa global destinada a demonstrar a viabilidade da eliminação gradual dos termômetros e esfigmomanômetros em cuidados de saúde à base de mercúrio e sua substituição por alternativas precisos e economicamente viáveis. A Pró- Saúde administra hospitais com esta certificação.

Selo Verde de Pró-Sustentabilidade: tem como objetivo promover a saúde pública e ambiental, assim como a redução da pegada ecológica da assistência à saúde. Trata-se de uma iniciativa baseada no comprometimento dos estabelecimentos de saúde com, pelo menos dois, de um conjunto de 10 objetivos inter-relacionados e integrados, abordando as principais áreas de atuação para melhoria do desempenho ambiental e maior sustentabilidade no setor saúde. A Pró- Saúde administra hospitais com esta certificação.

- PACTO GLOBAL DA ONU

O Pacto Global é uma iniciativa desenvolvida pela ONU, com o objetivo de mobilizar a comunidade empresarial internacional para a adoção, em suas práticas de negócios,

de valores fundamentais e internacionalmente aceitos nas áreas de direitos humanos, relações de trabalho, meio ambiente e combate à corrupção refletidos em 10 princípios. As empresas participantes do Pacto Global são diversificadas e representam diferentes setores da economia, regiões geográficas e buscam gerenciar seu crescimento de uma maneira responsável, que contemple os interesses e preocupações de suas partes interessadas - incluindo funcionários, investidores, consumidores, organizações militantes, associações empresariais e comunidade.

O Pacto Global não é um instrumento regulatório, é uma iniciativa voluntária que procura fornecer diretrizes para a promoção do crescimento sustentável e da cidadania, por meio de lideranças corporativas comprometidas e inovadoras.

O Pacto Global advoga dez Princípios universais, derivados da Declaração Universal de Direitos Humanos, da Declaração da Organização Internacional do Trabalho sobre Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho, da Declaração do Rio sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento e da Convenção das Nações Unidas Contra a Corrupção:

Direitos Humanos

1. As empresas devem apoiar e respeitar a proteção de direitos humanos reconhecidos internacionalmente; e
2. Assegurar-se de sua não participação em violações destes direitos.

Trabalho

3. As empresas devem apoiar a liberdade de associação e o reconhecimento efetivo do direito à negociação coletiva;
4. A eliminação de todas as formas de trabalho forçado ou compulsório;
5. A abolição efetiva do trabalho infantil; e
6. Eliminar a discriminação no emprego.

Meio Ambiente

7. As empresas devem apoiar uma abordagem preventiva aos desafios ambientais;
8. Desenvolver iniciativas para promover maior responsabilidade ambiental; e
9. Incentivar o desenvolvimento e difusão de tecnologias ambientalmente amigáveis.

Contra a Corrupção

10. As empresas devem combater a corrupção em todas as suas formas, inclusive extorsão e propina.

O Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA), em Santarém-PA, e o Hospital Público Estadual Galileu, em Belém- PA, ambos administrados pela Pró-Saúde, ingressaram, no seletivo grupo de instituições que aderiram ao Pacto Global da Organização das Nações Unidas (ONU). Para integrar a lista, as instituições assinaram o compromisso de cumprir os dez princípios universais e tiveram a documentação necessária analisada pela ONU, demonstrando a experiência da Pró-Saúde em implementar esta diretriz em projetos que gerencia.

A adesão das unidades de saúde ao Pacto Global será analisada pela Diretoria local e a Diretoria de Operações da sede administrativa da Pró-Saúde, bem como em conjunto com a SESPA e será implementada no segundo ano de contrato.

GLOBAL REPORTING INITIATIVE - GRI

A GRI é uma organização independente internacional que ajuda empresas, governos e outras organizações a entender e comunicar o impacto do negócio em questões críticas de sustentabilidade, tais como mudanças climáticas, direitos humanos, corrupção e muitos outros.

A Global Reporting Initiative, 'GRI', promove a elaboração de relatórios de sustentabilidade que pode ser adotada por todas as organizações. A GRI produz a mais abrangente **Estrutura para Relatórios de Sustentabilidade** do mundo proporcionando maior transparência organizacional. Esta Estrutura, incluindo as Diretrizes para a Elaboração de Relatórios, estabelece os princípios e indicadores que as organizações podem usar para medir e comunicar seu desempenho econômico, ambiental e social. A GRI está comprometida a melhorar e aumentar continuamente o uso de suas Diretrizes, que estão disponíveis gratuitamente para o público.

O Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA), em Santarém (PA), tornou-se o primeiro hospital público do Brasil a obter o selo "Materiality Disclosures", emitido pela Global Reporting Initiative (GRI). O Hospital Público Estadual Galileu (HPEG), em Belém (PA), foi o segundo hospital público do País a conseguir o selo. O HRBA e o HPEG lançaram os relatórios da GRI, no estande da Pró-Saúde na Hospitalar de 2017.

A adesão ao GRI será analisada pela Diretoria local e a Diretoria de Operações da sede administrativa da Pró-Saúde, bem como em conjunto com a SESPA e poderá se tornar realidade após o segundo ano de contrato.

4.1.8.8. ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

O processo de acreditação é um dos procedimentos mais usuais de avaliação do nível de qualidade da assistência de uma instituição de saúde. A utilização desta metodologia busca a melhoria do gerenciamento da instituição e a garantia de uma assistência de qualidade, segurança e eficiência ao paciente.

É uma metodologia que, no Brasil, é realizada por iniciativa da própria instituição e acontece de maneira periódica e reservada (ou seja, as informações coletadas em cada organização de saúde no processo de avaliação não são divulgadas), e se baseia em padrões e normas pré-estabelecidas.

Desde a assunção da Maternidade será iniciado o processo de disseminação da cultura da qualidade, preparando a unidade para processos de acreditação hospitalar.

No momento em que a equipe da Qualidade considerar o hospital preparado para a certificação, será adotada a modalidade da Organização Nacional de Acreditação – ONA, que tem caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial.

A acreditação pode ocorrer em 3 níveis: 1 - Acreditado - avalia os critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais; 2 – Acreditado Pleno - além dos critérios de segurança, avalia a gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades e 3- Acreditado com excelência – avalia os níveis 1 e 2 ,a instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.

No momento em que a equipe de Qualidade considerar o hospital preparado para a certificação, normalmente este processo ocorre entre o 1º e o 2º ano de trabalho, seus responsáveis definirão junto com a Secretaria de Saúde como será este processo de certificação.

CERTIFICAÇÃO ONA

Seguramente a ONA representa uma das consagradas modalidades de reconhecimento externo. O Modelo de Gestão Pró-Saúde é estruturado de modo a buscar alinhamento com os requisitos estabelecidos por esta metodologia.

Ao certificar uma instituição de saúde a ONA reconhece e classifica o nível de qualidade do atendimento prestado pela mesma.

Segundo a ONA define-se Acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado.

Nas experiências brasileira e internacional, é uma ação coordenada por uma organização ou agência não governamental encarregada do desenvolvimento e atualização da sua metodologia.

Em seus princípios tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial, não devendo ser confundido com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado.

Principais vantagens da acreditação

- Segurança para os pacientes e profissionais;
- Qualidade da assistência;
- Construção de equipe e melhoria contínua;
- Útil instrumento de gerenciamento;
- Critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira;
- O caminho para a melhoria contínua.

Principais interessados pelo processo de Acreditação

- Líderes e administradores;
- Profissionais de saúde;
- Organizações de saúde;
- Sistemas compradores;
- Governo;
- Cidadão.

Visando a busca pela melhoria contínua a Pró Saúde desenvolveu como estratégia uma metodologia de avaliação e monitoramento em seus processos definindo os tempos de evolução da gestão para a Instituição com avaliação e monitoramento.

Todas as atividades descritas serão realizadas pela equipe do Núcleo de Qualidade do hospital com apoio do Núcleo de Qualidade da Pró-Saúde sede. A

Pró-Saúde possui certificação em hospitais por ela administrados.

4.2. QUALIDADE SUBJETIVA

4.2.1. ESTRUTURAÇÃO DA INFORMAÇÃO AOS USUÁRIOS ACERCA DO PROCESSO DE ATENÇÃO

Para orientação aos visitantes, a Pró- Saúde utiliza-se de impresso denominado “Manual do Usuário”, Este Manual encontra-se no Anexo I desta proposta, ressaltando que o mesmo deverá ser adaptado as necessidades do Hospital Materno Infantil.

CONSENTIMENTO INFORMADO

O termo de consentimento informado permite que o paciente possa tomar decisões sobre os tratamentos e procedimentos propostos a ele. Após haver recebido as informações pertinentes, o paciente ou responsável registrará, com sua assinatura, o documento consentindo ao médico a realização de determinado procedimento diagnóstico ou terapêutico.

Esse procedimento visa assegurar que o paciente esteja orientado e que possa optar pela aceitação do seu tratamento. Da mesma forma, delimita a responsabilidade do médico que realiza os procedimentos.

O consentimento será preenchido em 2 vias, uma para o paciente e outra que ficará no prontuário. Nos casos de consultas pré-anestésicas, o preenchimento do consentimento informado pode ser feito pelo anestesista.

4.2.2. REALIZAÇÃO DE PESQUISA DE OPINIÃO

FORMAS DE PESQUISA

Deve ser adotado pelo hospital ou serviço de saúde para apuração da satisfação do usuário pesquisas por meio de formulários, além dos canais diretos como telefone, e-mail, atendimento direto e visita à paciente internado.

- Pesquisa Direta: visita a pacientes internados e busca ativa por meio de formulários.
- Pesquisa Indireta: pesquisa automatizada no pós alta e formulários espontâneos
- Atendimento Direto: área física do SAU, telefone ou e-mail.

FORMULÁRIO DE PESQUISA

O formulário de pesquisa de satisfação a ser utilizado deve atender ao padrão estabelecido pelo NQSP-C, sendo que este deve conter no mínimo a unidade de atendimento, a identificação opcional do usuário, espaço para manifestar sugestões, elogios e/ou críticas, dados para contato com o SAU e a avaliação do grau de satisfação do usuário dividido em grupos estabelecidos abaixo:

1. Disponibilidade e interesse dos profissionais
2. Clareza das orientações
3. Agilidade do atendimento
4. Limpeza das instalações físicas
5. Qualidade da alimentação
6. Indicação do Serviço
7. Utilização do Serviço

Figura 37. Pesquisa de grau de satisfação



Os questionários deverão estar disponíveis nas recepções e serem entregues a todos os usuários, seja na internação, ambulatório, SADT ou Pronto Socorro.

A periodicidade e local onde deverão ser entregues estes formulários, será estabelecida pelo SAU em procedimento específico.

As reclamações dos usuários devem ser registradas como ocorrências (não conformidades), conforme processo estabelecido pela Qualidade.

Devem ser analisados todos os formulários recebidos, sendo considerado a população total da referida competência.

É importante que as pesquisas sejam realizadas em horários distintos, levando em consideração a fragmentação das 24 (vinte e quatro) horas do dia ou o horário de funcionamento do serviço de saúde para assegurar a credibilidade da pesquisa.

A tabulação e tratativa dos dados serão definidas em tópico a seguir.

Figura 38. Modelo de formulário de satisfação para unidades de internação



TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Considerando que a tabulação é a padronização e codificação das respostas de uma pesquisa bem como a maneira ordenada de dispor os resultados numéricos para que a leitura e a análise sejam facilitadas; já a análise de dados é a descrição do quadro de tabulação referente aos valores relevantes e que por meio da representação gráfica dos resultados, podemos estabelecer uma correspondência entre os termos numéricos de uma série estatística e uma figura geométrica, entendemos que os resultados finais devem ter representação gráfica, lembrando que o gráfico não deve desfigurar a realidade nem tornar complexa a visão e a análise geral, deve partir de um texto com base nas respostas obtidas no projeto e voltado aos objetivos da pesquisa.

O relatório final deve servir como base na coleta de dados e fatores estratégicos para planejar e distribuir ações nos diferentes planos mercadológicos e comunicacionais; com base nele será possível descobrir problemas que vão direcionar as estratégias futuras do Hospital e serviços de saúde bem como acompanhar a satisfação global dos usuários em relação aos serviços de saúde prestados pela Pró-Saúde.

O nível de satisfação dos usuários deve ser apurado mensalmente, tendo como competência o período do mês (de 01 a 31).

O resultado da pesquisa realizada em formulário deve ser tabulado pelo profissional do SAU e deve conter as perguntas e resposta obtidos nos formulários de pesquisa de opinião classificadas nos critérios definidos, representadas graficamente.

A análise crítica, embasada no resultado final da pesquisa deve partir do responsável pelo SAU em concordância com o NQSP-L e DH. Os registros desta análise devem ser mantidos, assim como ações registradas para as melhorias no atendimento.

O resultado da pesquisa audível será tabulado pelo sistema.

Deverão ser definidos indicadores locais para avaliação do SAU.

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados referentes à satisfação do usuário deverão ser encaminhados mensalmente conforme planilha abaixo:

CRONOGRAMA DE RELATÓRIOS – HOSPITAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE – SAU						
Elaboração Dos Relatórios	Entrega dos relatórios para o responsável pelo SAU	Análise do responsável pelo SAU	Análise Crítica do NQSP-L	Análise Crítica do DH	Análise Crítica do NQSP-C	Divulgação dos Resultados ao Contratante
1º e 2º dia útil do mês subsequente	3º dia útil	3º e 4º dia útil	5º dia útil	6º ao 8º dia útil	9º e 10º dia útil	11º dia útil do mês.

VISITA DE ACOLHIMENTO

Cabe ao SAU realizar visitas aos pacientes internados com o intuito de divulgar o serviço e avaliar a efetividade da satisfação no atendimento.

Deverão ser considerados como critério para visita os pacientes internados de 5 a 7 dias, salvo em casos identificados pelo SAU como necessidade imediata.

OCORRÊNCIAS

As ocorrências registradas pelo SAU devem ser analisadas e enviadas para respostas (análise crítica) e elaboração de planos de ação junto à liderança responsável pelo setor envolvido e quando cabível retornar ao usuário para finalização do processo (telefone).

No caso de paciente ainda internado o retorno deve ser dado no leito.

As manifestações ou não conformidades decorrentes da pesquisa audível no pós-alta devem ser tratadas da mesma forma.

As manifestações anônimas devem ser registradas seguindo o critério de clareza das informações e se a letra estiver legível.

Nota: as manifestações anônimas deveram ser finalizadas no momento da abertura uma vez que não haverá possibilidade de serem tratadas por não possuir dados pessoais do usuário como nome e forma de contato.

As manifestações deverão ser tratadas conforme criticidade sendo prazo de devolutiva deve ser o que segue:

- Manifestações Prioritárias – 24 horas para resposta (01 dia)

Manifestação originada de mídia, pacientes internados, pessoalmente e diagnóstico que envolva risco direto ao paciente. Devem ser tratadas em 24 (vinte e quatro) horas.

- Manifestações Críticas – 48 horas para resposta (02 dias)

Reclamações gerais como alimentação e limpeza, que não envolva risco direto ao paciente. Devem ser tratadas em 2 (dois) dias.

- Manifestações não Críticas – 120 horas para resposta (05 dias)

Reclamações gerais, recebidas por meio de formulário de opinião e que não envolva risco direto ao paciente. Devem ser tratadas em 5 (cinco) dias.

4.2.3. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

Área responsável pelo planejamento, controle, organização, supervisão e preparação de toda produção e a distribuição dos alimentos consumidos na Unidade Hospitalar.

Cardápio elaborado semanalmente incluindo a dieta livre, servida para usuários, acompanhantes e colaboradores, e as dietas específicas em consistência e especiais para as patologias dos usuários. No Anexo I se encontram manuais referentes a este serviço, que poderão servir de base para o Hospital Materno Infantil.

A. ÁREAS DA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Área para Recepção de Gêneros/Pré-preparo de Proteínas: Local específico para recepção da entrega de carne bovina, frango, hortifruti e pães. Os produtos são recebidos no período da tarde. Durante a manhã é realizado o pré-preparo das proteínas que serão utilizadas no almoço e jantar. Assim evitado fluxo cruzado.

Área de Preparo de Café/Chás: Onde é realizado a preparo do café e chá para lanches de acordo com a ficha técnica.

Área de Pré-preparo de Verduras: Local separado onde os hortifrutis são sanitizados e onde é realizado o preparo das saladas.

Área de Armazenamento em Temperatura Ambiente - Despensa: Área destinada ao armazenamento de alimentos à temperatura ambiente, de bom tamanho que atende às necessidades, iluminação suficiente, climatizado e com controle de umidade.

Área de Armazenamento da Nutrição Enteral: Área exclusiva para guarda da Nutrição Enteral, com tamanho adequado para as necessidades locais, climatizada e com boa iluminação.

Área Dietética: Exclusiva para o preparo de frutas, desjejuns, lanches, ceias e sucos para os pacientes.

Área de Porcionamento das dietas específicas: Local exclusivo para montagem das bandejas térmicas de consistência específicas e de acordo com a patologia de cada paciente.

Área de Porcionamento da Dieta Livre: Local exclusivo para montagem das bandejas térmicas dos pacientes.

Área de Higienização das Bandejas: Área destinada à higienização de bandejas e utensílios dos pacientes. Acesso independente evitando assim o fluxo cruzado.

Área de Distribuição: Área destinada à distribuição das refeições (desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia) aos pacientes e lanches/coffee break para reuniões. Saída independente evitando assim fluxo cruzado.

Área do Refeitório (Distribuição, Lavagem de Louças, Refeitório e Lavagem de Mãos): Área de consumação ou refeitório, local onde os colaboradores, médicos, diretores, terceiros, acompanhantes e visitantes fazem suas refeições.

Sala das Nutricionistas/Técnicas de Nutrição: Área localizada onde fica a Coordenadora e Nutricionistas.

B. PROCEDIMENTOS (PROCESSOS TECNOLÓGICOS)

Aquisição da Matéria-Prima:

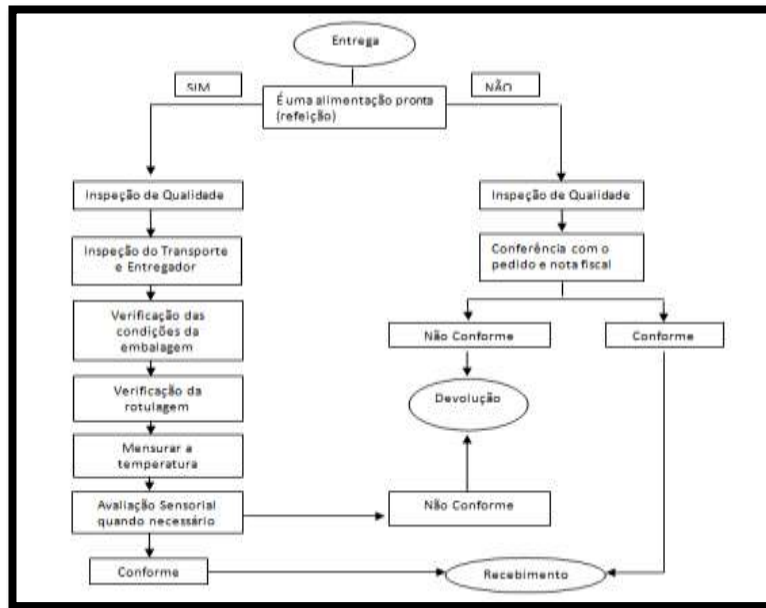
As matérias-primas são adquiridas através dos Suprimentos do hospital, somente de fornecedores credenciados. Os critérios utilizados no credenciamento são: inscrição junto aos órgãos de fiscalização sanitária, fornecedores idôneos, fazer visitas técnicas para avaliar as condições das instalações e processos de fabricação qualificando ou desqualificando os fornecedores.

Recebimento:

O recebimento de alimentos não preparados é feito pelo almoxarifado juntamente com o serviço de Nutrição. O recebimento de alimentos já preparado é feito pelas Nutricionistas e Técnicas de Nutrição conferindo a refeição e registrando em formulário próprio. No ato do recebimento deve ser conferido o peso das cubas e medido a temperatura, verificando a qualidade e quantidade do produto. O que não estiver em conformidade com os critérios de qualidade abaixo estabelecidos e a quantidade conforme determinado no contrato deve ser informado imediatamente à Nutricionista e a Coordenação, para tomar as medidas necessárias.

Todas as matérias primas destinadas ao preparo das refeições deverão ser inspecionadas, avaliando a quantidade e qualidade, segundo os critérios pré-definidos para cada produto.

Figura 39- Fluxo de recebimento:



Observar os itens:

- A data de validade e fabricação;
- As características sensoriais dos produtos (cor, odor, sabor, textura);
- Em produtos de origem animal, verificar o carimbo do SIF (Selo de Inspeção Federal);
- As condições das embalagens: limpa, íntegra e seguir as particularidades de cada alimento. Alimentos não devem estar em contato com: papel não adequado (reciclado, jornais, revistas e similares), papelão ou plástico reciclado;
- As condições do entregador: deve estar com uniforme adequado e limpo, avental, sapato fechado, proteção para cabelo ou mãos (rede, gorro ou luvas) quando necessário;
- Conferir a rotulagem: deve constar nome e composição do produto, lote, data de fabricação e validade, número de registro no órgão oficial, CGC, endereço do fabricante e distribuidor, condições de armazenamento e quantidade (peso);
- O certificado de vistoria do veículo de transporte;
- Medir e registrar as temperaturas dos produtos no ato do recebimento;
- Registrar as ocorrências com o fornecimento do produto em impresso apropriado.

Condições do Carro de Transporte:

O veículo deve ser inspecionado pelo responsável no ato do recebimento, observando os aspectos de higiene, presença de insetos e/ou roedores (através de vestígios: pêlos, fezes) e temperatura utilizada no transporte (quando for o caso). E, quando se constatar alguma anormalidade, notificar o fornecedor e devolver a mercadoria no ato, comunicando imediatamente ao Nutricionista.

Cuidados no Descarregamento:

- Evitar que as mercadorias caiam no chão;
- Não arrastar as embalagens;
- Retirar as mercadorias da embalagem mais grosseira como caixas de papelão ou madeira; acondicionando-as em monoblocos fechados;
- Armazenar imediatamente em local adequado, identificando o produto, data de recebimento e data de validade.

Recebimento de mercadorias resfriadas:

- A temperatura deve ser monitorada, não devendo ultrapassar os limites estabelecidos.

Temperatura de recebimento de gêneros perecíveis *in natura*:

Tipo de produto	Temperatura	Tolerância
Carnes e alimentos refrigerados	Até 6° C	Carnes e alimentos refrigerados
Laticínios e embutidos	De 6 a 10°C ou conforme orientação do fabricante	Laticínios e embutidos
Congelados	De -12 a -18° C	Congelados
Hortifruti in natura	Temperatura ambiente	Hortifruti in natura
Carnes e alimentos refrigerados	Até 6° C	Carnes e alimentos refrigerados

Obs.: Produtos congelados: o congelamento deve ser uniforme tanto interno como externo.

- Frangos e peixes devem ser congelados.

Quantidade e Especificação

Conferir no momento do recebimento, antes de assinar a Nota Fiscal, se o peso e a quantidade recebida estão corretos. Verificar se a mercadoria especificada na Nota é realmente aquela que está sendo entregue, e se está de acordo com a ordem de compra.

Controle e Degustação sensorial:

Todo produto durante e após a sua elaboração deverá ser experimentado pelas Técnicas de Nutrição ou Nutricionista.

Armazenamento pós manipulação:

- Todos os alimentos que foram descongelados para serem manipulados, não devem ser recongelados crus.
- Todos os alimentos pré-preparados ou prontos mantidos em armazenamento devem ser devidamente identificados por etiquetas.
- Alimentos prontos congelados que foram descongelados não devem ser recongelados.
- Alimentos crus semi prontos preparados com carne descongelados podem ser congelados desde que sejam utilizados diretamente na cocção, atingindo 74º C no centro geométrico.
- Alimentos que foram retirados da embalagem original, manipulados e armazenados crus sob refrigeração, devem ser devidamente identificados por etiquetas, respeitando os critérios de uso.
- Alimentos industrializados que não tenham sido utilizados totalmente, e que necessitem serem retirados da embalagem original, devem ser retirados da embalagem original, colocados em embalagens adequadas e identificadas por etiquetas, respeitando os critérios de uso.
- Peças grandes devem ser divididas para obter-se um cozimento uniforme.
- Todas as peças de carne devem estar completamente submersas em água, para não ficarem parcialmente cruas.
- Após a cocção, na adição de molhos, as preparações devem estar com temperatura maior ou igual a 75º C, portanto o reaquecimento é obrigatório.

Observações Gerais sobre Armazenamento:

- Manter as portas das geladeiras sempre fechadas. Abrir o menor número de vezes possível;
- Manter os alimentos cobertos com plásticos transparentes ou acondicionados em caixas com tampa;
- Acondicionar os alimentos em pequenos lotes, garantindo a circulação de ar frio;
- Atentar para a contaminação cruzada: Armazenar na câmara de congelamento somente carne bovina e frangos, na câmara de refrigeração somente frutas e verduras. Não devendo haver nenhum produto manipulado nas mesmas.
- Não utilizar caixas de madeira ou papelão para armazenar nenhum produto sob refrigeração;
- Produtos retirados da embalagem original devem estar devidamente identificados com etiqueta contendo: a data de abertura, horário, data de validade e responsável pela abertura.
- Armazenar os diferentes grupos de produtos separadamente, conforme suas características para evitar transferência de odores;
- Armazenar, sob refrigeração, os gêneros crus separados dos gêneros prontos para consumo; evitando a contaminação cruzada.
- Critérios para armazenamento de diferentes alimentos no mesmo equipamento (refrigerador/congelador): Alimentos prontos para consumo nas prateleiras superiores; Alimentos semi prontos e/ou pré-preparados nas prateleiras do meio; Alimentos crus nas prateleiras inferiores.
- Todos os produtos devem estar adequadamente identificados e protegidos contra contaminação;
- É proibida a entrada de caixas de madeira dentro da área de armazenamento e manipulação;
- Caixas de papelão não permanecem nos locais de armazenamento sob refrigeração ou congelamento.
- Alimentos ou recipientes com alimentos não devem estar em contato com o piso, e sim apoiados sobre estrados ou prateleiras das estantes. Respeitar o espaçamento mínimo necessário que garanta a circulação de ar (10 cm);
- Produtos destinados à devolução devem ser identificados por fornecedor e colocados em locais apropriados separados da área de armazenamento e manipulação.
- Não acondicionar gêneros alimentícios em sacos plásticos reciclados (preto, azul, cinza, leitoso, etc.), pois os mesmos possuem substâncias tóxicas;

- Não permitir a permanência de gêneros que estejam impróprios para consumo ou cujo prazo de validade esteja vencido;
- Importante: Não deve haver produtos em geladeiras ou freezer sem rotulagem/identificação. Todos os produtos devem estar devidamente embalados/cobertos com plástico transparente.

Controle de Validade e Identificação do Estoque:

Para facilitar o controle de validade os produtos devem ser identificados com fichas/cartões coloridos, da seguinte forma:

Vermelho - Produto com validade inferior a 60 dias

Amarelo - Produto com validade de 61 a 90 dias

Verde - Produto com validade superior a 91 dias

A ficha/cartão deve ser colocada na frente ou sobre o produto de acordo com o lote e de forma que seja fácil a visualização. Essa ficha deve ser colocada dentro de saco plástico ou plastificada, a fim de protegê-la de danos e sujidades. Esse procedimento está descrito em uma Instrução de Trabalho de Controle de validade Gêneros Alimentícios.

Critério para Distribuição:

Etapa onde os alimentos estão expostos para o consumo imediato, porém sob controle de tempo e temperatura para não correr multiplicação microbiana e protegidos de novas contaminações, devendo serem seguidas as seguintes condutas e critérios para distribuição de alimentos quentes e frios;

Os alimentos permanecem nos balcões de distribuição por no máximo 2 horas.

Alimentos quentes:

- Na distribuição a temperatura sempre é superior à 65°C.
- Os alimentos que ultrapassarem os prazos estipulados devem ser desprezados.

Alimentos frios:

- Alimentos frios potencialmente perigosos que favorecem uma rápida multiplicação microbiana:
- Devem ser distribuídos no máximo a 10° C por até 4 horas;

- Alimentos frios que ultrapassem os critérios de tempo e temperatura estabelecidos devem ser desprezados.

Observações:

- Procurar diminuir ao máximo o tempo de espera entre a preparação e a distribuição;
- Conservar as cubas tampadas quando houver alguma interrupção na fila bem como no transporte para o reabastecimento;
- Alimentos colocados no balcão térmico e não distribuídos não devem ser reaproveitados;
- Molhos não utilizados não devem ser reaproveitados, em função do tempo de exposição a temperatura ambiente;
- Recipientes utilizados na distribuição não devem ser reutilizados sem higienização;
- Retirar os alimentos do balcão térmico tão logo termine a distribuição;
- Secar bandejas, ou utensílios com panos descartáveis limpos;
- A Nutricionista e a Técnica de Nutrição, durante as refeições, devem estar atentas a aparência e ao comportamento do colaborador, a maneira como estão sendo servidas e porcionadas as refeições, corrigindo as falhas, se necessário.

A equipe de distribuição deverá ser treinada para:

- Apresentar-se sempre corretamente uniformizada, utilizando máscara, luva e avental.
- Equipar a área com todos os utensílios necessários.
- Verificar a temperatura dos alimentos e do balcão térmico.
- Solicitar o reabastecimento de cada preparação antes do seu término.
- Verificar se as preparações estão decoradas.
- Não tocar os alimentos com as mãos, não falar, tossir ou espirrar sobre os alimentos.
- Deixar os alimentos cobertos sempre que houver um intervalo.
- Manter o balcão sempre limpo.

ARMAZENAGEM:

Sobras:

São alimentos prontos que não foram distribuídos ou que ficaram no balcão térmico

ou refrigerado. Alimentos prontos que foram servidos não devem ser reaproveitados, serão pesados e descartados. Não é realizado reaproveitamento de sobras.

Controle e Descarte de Sobra Limpa:

1º Passo: Pegar o formulário de registro de controle de sobras limpas na pasta de formulários gerais;

2º Passo: Verificar se a balança está nivelada, caso não esteja, nivelar a mesma;

3º Passo: Colocar uma cuba por vez sobre a balança;

4º Passo: Medir o peso;

5º Passo: Anotar o peso aferido pela balança, no formulário, no campo de acordo com a identificação da preparação contida na cuba.

6º Passo: Retirar o avental antes de iniciar o descarte.

7º Passo: Descartar todas as sobras limpas, após o término das refeições (Almoço e/ou Jantar).

8º Passo: Descartar a sobra limpa em sacos de lixo apropriados. Utilizar dois sacos de lixo juntos para ficar mais reforçado.

9º Passo: Fracionar o descarte em vários sacos de lixo.

10º Passo: Solicitar o recolhimento dos sacos plásticos pelo auxiliar de higiene e limpeza.

11º Passo: Higienizar as mãos conforme manual do SCIH.

LIMPEZA E SANITIZAÇÃO:

Cronograma de limpeza de ambientes, superfícies e equipamento:

A limpeza do piso, parede, portas, bebedouros, lixeiras e estrados são de responsabilidade dos colaboradores do SHL. Realizada diariamente.

Higienização Manual de Utensílios.

1º passo: Remover os resíduos existentes nos utensílios desprezando-os no lixo de resíduo comum, quando for líquido será desprezado na pia.

- 2º passo: Lavar com detergente neutro utilizando esponja multiuso verde.
- 3º passo: Enxaguar com água corrente.
- 4º passo: Verificar se foi retirado todo detergente.
- 5º passo: Deixar escorrer toda água.
- 6º passo: Enxugar com pano descartável branco limpo.
- 7º passo: Desinfetar com álcool 70%, friccionando com pano descartável branco novo.
- 8º passo: Armazenar em local seco e limpo.

Higienização de mesas, cadeiras, bancadas e armários.

- 1º passo: Retirar todos os produtos e materiais das mesas, bancadas e armários.
- 2º passo: Remover os resíduos existentes nas mesas, bancadas e armários desprezando-os no lixo de resíduo de alimentos quando for alimentos, no lixo de descartáveis quando for material descartável e, na pia quando for líquido.
- 3º passo: Lavar com detergente neutro, utilizando esponja multiuso verde.
- 4º passo: Retirar o detergente com pano descartável umedecido em água.
- 5º passo: Verificar se foi retirado todo detergente.
- 6º passo: Enxugar com pano descartável limpo.
- 7º passo: Desinfetar com quaternário friccionando com pano descartável.
- 8º passo: Repor todos os produtos nas mesas, bancadas e armários de forma organizada.

Nota: A higienização das **mesas e cadeiras** existentes no refeitório deverá ser realizada diariamente, antes e após as refeições servidas aos colaboradores e acompanhantes (desjejum, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia). Mensalmente a Higienização completa: realizar com pano descartável e álcool 70, friccionando em pano limpo. Poderá haver a necessidade da higienização completa, descrito acima, antes do prazo recomendado.

Higienização de equipamentos:

- 1º passo: Desligar da tomada os equipamentos elétricos.
- 2º passo: Remover os resíduos existentes nos equipamentos, desprezando-os no lixo de resíduo de alimentos quando for alimentos, no lixo de descartáveis quando for material descartável e, na pia quando for líquido.
- 3º passo: Desmontar as partes removíveis.
- 4º passo: Lavar com detergente neutro utilizando esponja multiuso verde.
- 5º passo: Enxaguar com água corrente até a remoção completa do detergente.
- 6º passo: Deixar escorrer toda água.
- 7º passo: Secar com pano descartável limpo.
- 8º passo: Desinfetar com quaternário friccionando com pano descartável novo.
- 9º passo: Limpar com pano descartável azul umedecido solução de água e detergente neutro em toda superfície, na parte externa e partes fixas (motor e fios).
- 10º passo: Retirar o detergente com pano descartável azul umedecido em água.
- 11º passo: Verificar se foi retirado todo detergente.
- 12º passo: Enxugar com pano descartável azul.
- 13º passo: Desinfetar com quaternário friccionando com pano descartável novo.
- 14º passo: Montar as partes removíveis lavadas.
- 15º passo: Ligar na tomada ou guardar em local seco e limpo, no caso do liquidificador.

Higienização de Carrinho de Transporte de Alimentos.

- 1º passo: Remover os resíduos existentes nos carrinhos, desprezando-os no lixo de resíduo de alimentos quando for alimentos, no lixo de descartáveis quando for material descartável e, na pia quando for líquido.
- 2º passo: Lavar com detergente neutro utilizando esponja multiuso verde externamente.
- 3º passo: Lavar com detergente neutro.
- 4º passo: Enxaguar com água até a remoção completa do detergente.
- 5º passo: Escorrer a água.

6º passo: Secar com pano descartável azul limpo.

7º passo: Desinfetar com álcool 70%, friccionando com pano descartável azul novo.

8º passo: Aplicar o produto brilha inox na parte externa, e com bucha específica que não isca (rosa ou azul), passar em toda superfície para dar brilho.

9º passo: Passar pano descartável azul limpo e seco em toda superfície do carrinho de transporte de alimentos.

Higienização de Geladeira.

1º passo: Remover os alimentos presentes e acondicioná-los em outra geladeira.

2º passo: Desligar a tomada da geladeira.

3º passo: Desmontar as partes removíveis.

4º passo: Lavar com detergente neutro utilizando esponja multiuso verde.

5º passo: Enxaguar com água corrente até a remoção completa do detergente.

6º passo: Deixar escorrer toda água.

7º passo: Secar com pano descartável limpo.

8º passo: Desinfetar com quaternário, friccionando com pano descartável novo.

9º passo: Limpar com pano descartável umedecido solução de água e detergente neutro em toda superfície, na parte interna (paredes) e externa (portas maçanetas, borrachas de vedação).

10º passo: Retirar o detergente com pano descartável azul umedecido em água.

11º passo: Verificar se foi retirado todo detergente.

12º passo: Enxugar com pano descartável azul.

13º passo: Desinfetar com álcool 70%, friccionando com pano descartável azul novo.

14º passo: Montar as partes removíveis lavadas.

15º passo: Ligar na tomada e esperar que atinja a temperatura adequada (4º a 10ºC) para recolocar os alimentos.

Higienização de Fogão.

1º passo: Desligar da tomada.

2º passo: Remover os resíduos existentes com pano descartável azul.

3º passo: Lavar com detergente neutro utilizando pano descartável azul umedecido em água, em toda superfície.

4º passo: Enxaguar pano descartável azul umedecido em água até a remoção completa do detergente.

5º passo: Secar com pano descartável azul limpo.

6º passo: Ligar na tomada.

HIGIENE AMBIENTAL:

- Feita pelos colaboradores da higienização;
- Remover o lixo diariamente, quantas vezes necessário, em recipientes apropriados, devidamente tampados e ensacados, tomando-se medidas eficientes para evitar a penetração de insetos, roedores ou outros animais;

Funcionamento do Serviço:

O Serviço de Nutrição e Dietética funcionará 24 h todos os dias.

Figura 40. Fluxo de atividades do serviço de nutrição

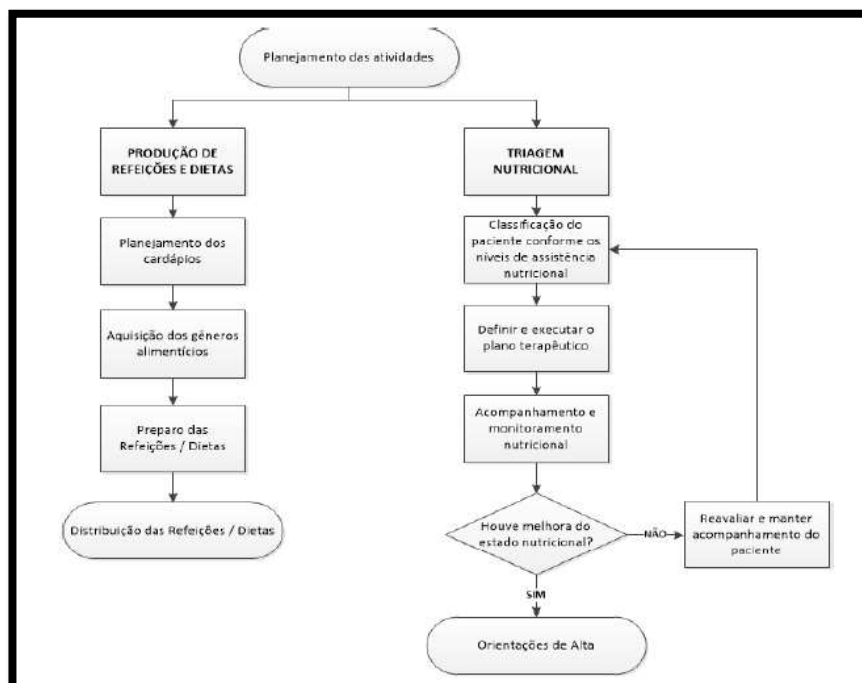


Tabela 22. Sugestão de horários para as refeições

Usuários:

Refeição	Horário
Desjejum	06:00 às 07:00h
Colação	09:00 às 9:30h
Almoço	11:00 às 12:00h
Lanche da tarde	15:00 às 15:30h
Jantar	17:30 às 18:30h
Ceia	20:00 às 20:30

Colaboradores:

Refeição	Horário
Desjejum	05:00 às 6:00h
Colação	09:00 às 10:00h
Almoço	13:00 às 14:00h
Lanche da tarde	16:00 às 17:00h
Jantar	21:00 às 22:00h

Acompanhantes:

Refeição	Horário
Desjejum	07:30 às 08:30
Almoço	12:00 às 13:00h
Jantar	19:30 às 20:30h
Ceia	20:00 às 20:30

Figura 41. Modelo de cardápio semanal

É realizada Avaliação Subjetiva Global (ASG) para todos usuários internados, com prazo máximo de 48 horas.

A avaliação visa identificar usuários em risco nutricional, onde é realizada triagem e definido plano terapêutico, através dos itens observados: peso, medidas antropométricas, ingestão alimentar, sintomas gastrointestinais, capacidade funcionalidade física, patologias relacionadas, demanda metabólica.

A ASG classifica os usuários em bem nutrido, moderadamente nutrido e ou gravemente mal nutrido.

Pela ASG também é definido o nível de classificação de assistência nutricional, que dita como será o acompanhamento beira leito de cada paciente.

PRESCRIÇÃO DE DIETAS

A prescrição da dieta por consistência ou por patologia é definida pelo médico. Ex: dieta para diabetes, dieta para a idade, dieta para insuficiência renal, dieta hipocalórica, etc.

Segundo a legislação vigente a prescrição dietética é atividade privativa do nutricionista, onde é definida a quantidade adequada de macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídios) e necessidade de suplementação para cada usuário.

A prescrição de dieta enteral é realizada diariamente pelas nutricionistas, evoluindo o volume de infusão para que o valor energético total seja alcançado o mais breve possível.

É realizada para todos os pacientes em dieta enteral o protocolo de resíduos gástricos e o balanço de infusão de dietas a cada 6 horas. Essas práticas proporcionam melhor adequação da prescrição da dieta, e correção de falhas quanto ao volume infundido, preconizando sempre a infusão de 90% da dieta prescrita.

Todo fluxo da assistência nutricional é acompanhado pela Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, que avalia os pacientes individualmente toda semana.

4.2.4. PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PARA GESTÃO DE LEITOS

Gerenciar a taxa e a qualidade da ocupação do leito hospitalar significa buscar a máxima utilização possível, sem que isso represente risco para o paciente ou para a instituição. A prática reduz a espera para novas internações, sejam elas externas sejam oriundas das unidades fechadas ou da emergência, melhora a satisfação dos clientes e impacta positivamente a receita do hospital. O processo, que se inicia na alta e liberação do ambiente para a higiene, é repleto de pontos nevrálgicos na comunicação interna, sensibilização das equipes e agilidade da hotelaria e manutenção. As etapas que envolvem a liberação de um leito precisam ser detalhadas e entendidas em suas minúcias e necessidades. Com isso, também é possível mensurá-las, checá-las, para então, atuar sobre os indicadores, determinar metas e, conseqüentemente, planejar a utilização do leito.

O Setor de Internação, deverá ter acesso rápido à programação de alta do período. O serviço de Emergência deverá estar preparado para dar suporte quase como se fosse um leito intensivo. Por algumas horas, esse é um recurso que pode e deve ser considerado.

A informação sobre a quantidade de leitos que estará disponível no dia é ainda mais relevante no turno da manhã, período em que se concentram as internações eletivas.

Outra etapa crítica é, já na internação, planejar a alta de forma paralela à proposta terapêutica. É nesse momento em que são estabelecidos o tempo de permanência esperado e os principais riscos para o não cumprimento dos prazos e da qualidade assistencial definida.

O gerenciamento de leitos será implantado no Hospital no primeiro ano de contrato.

Atividades do Gerenciamento de Leitos:

- Acompanhamento das internações e altas
- Gestão das transferências internas
- Planejamento de vagas para procedimentos de alta complexidade
- Acompanhamento diário da taxa de ocupação
- Controle do giro de leito
- Controle do tempo de espera para internação, para liberação do leito e para transferência de pacientes

- Análise dos cancelamentos de procedimentos por falta de vaga
- Planejamento e controle do processo de regulação de vagas

Fases para Implantação do Gerenciamento de Leitos

- Sensibilização das equipes envolvidas sobre manter a permanência do paciente dentro de critérios técnicos estabelecidos pela instituição;
- Sensibilização dos setores envolvidos no processo de liberação do leito.

Processo de Liberação/Ocupação de Leito

- Alta do paciente e liberação do leito para higiene;
- Higienização do leito e liberação para internação de novo paciente;
- Internação de pacientes ambulatoriais e de urgência.
- Sensibilização da equipe médica sobre a permanência do paciente dentro de critérios técnicos estabelecidos pela Instituição, bem como sobre sua atuação no processo de liberação do leito;

Resultados Esperados

- Aumentar a taxa de ocupação
- Agilizar transferência para as Unidades de Internação do Hospital e/ou outras Unidades Hospitalares da Retaguarda;
- Alta Médica até às 12hs sempre que possível;
- Agilizar liberação do leito para internação de novo paciente;
- Desocupar leito com brevidade após a alta;
- Maior Assertividade das previsões de alta;
- Manter Leitos reservas nas Unidades para as altas da UCO;
- Reduzir o número de pacientes na Emergência;
- Diminuir o tempo de espera das cirurgias dos pacientes internados;
- Diminuir o tempo de espera para procedimentos ambulatoriais.
- Internar pacientes para procedimentos eletivos o mais próximo possível do dia e hora do procedimento;

Figura 43- Gerenciamento de leitos



NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Diretoria Geral e Diretora Assistencial, podendo ser composto por representantes do corpo clínico, setores ligados a admissão e alta, informações, faturamento, coordenadores das áreas: clínica, cirúrgica, de emergência, bem como de outros setores julgados como necessários pela direção do estabelecimento de saúde hospitalar. Trabalha em conjunto com a Regulação do estado interagindo em sinergia para melhor uso dos leitos hospitalares, de forma a estabelecer relação com a rede de referência e comunicação formal entre os serviços de origem e de destino.

O NIR terá composição multidisciplinar com componentes fixos e apoio das chefias e coordenações de outros setores

Caberá ao NIR:

- Apoiar as equipes das unidades no correto fluxo do paciente no complexo hospitalar;
- Controlar diariamente a disponibilidade de leitos, com base no canso hospitalar e na oferta de recursos;

- Monitorar o fluxo de informações entre o Hospital e Central de Regulação; fazendo interface com a equipe de gestão de leito para transferências internas e extremas
- Acompanhar a efetividade clínica e, em caso de desequilíbrio entre a demanda e a oferta de leitos, utilizar critério de admissão por risco;
- Discutir com as equipes a ampliação da efetividade clínica para melhor aproveitamento de recursos;
- Participar da criação e implementação de protocolos clínicos baseados no perfil de morbimortalidade hospitalar, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado;
- Monitorar o Tempo Médio de Permanência (TMP) das internações e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- Monitorar o Tempo de Espera de Cirurgia e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- Monitorar a taxa de reinternação hospitalar e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- Participar da criação e implementação do Plano de Alta Hospitalar baseado no perfil de morbimortalidade hospitalar, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado;
- Elaborar relatórios e avaliação de indicadores assistenciais para melhorias dos processos; qualificando a informação gerencial.
- Garantir acesso, o acolhimento e atendimento humanizado aos usuários; monitorando o tipo entrada de usuários;

B. PROPOSTA TÉCNICA SEGUNDO MATRIZ DE AVALIAÇÃO E JULGAMENTO

5. ITEM ATIVIDADE

5.1. IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

5.1.1. FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITAS, EXTERNAS E INTERNAMENTO

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 50, as circulações externas e internas dos Estabelecimentos Assistências à Saúde (Hospital) correspondem aos seus acessos (fluxos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, em conformidade com a norma NBR-9050.

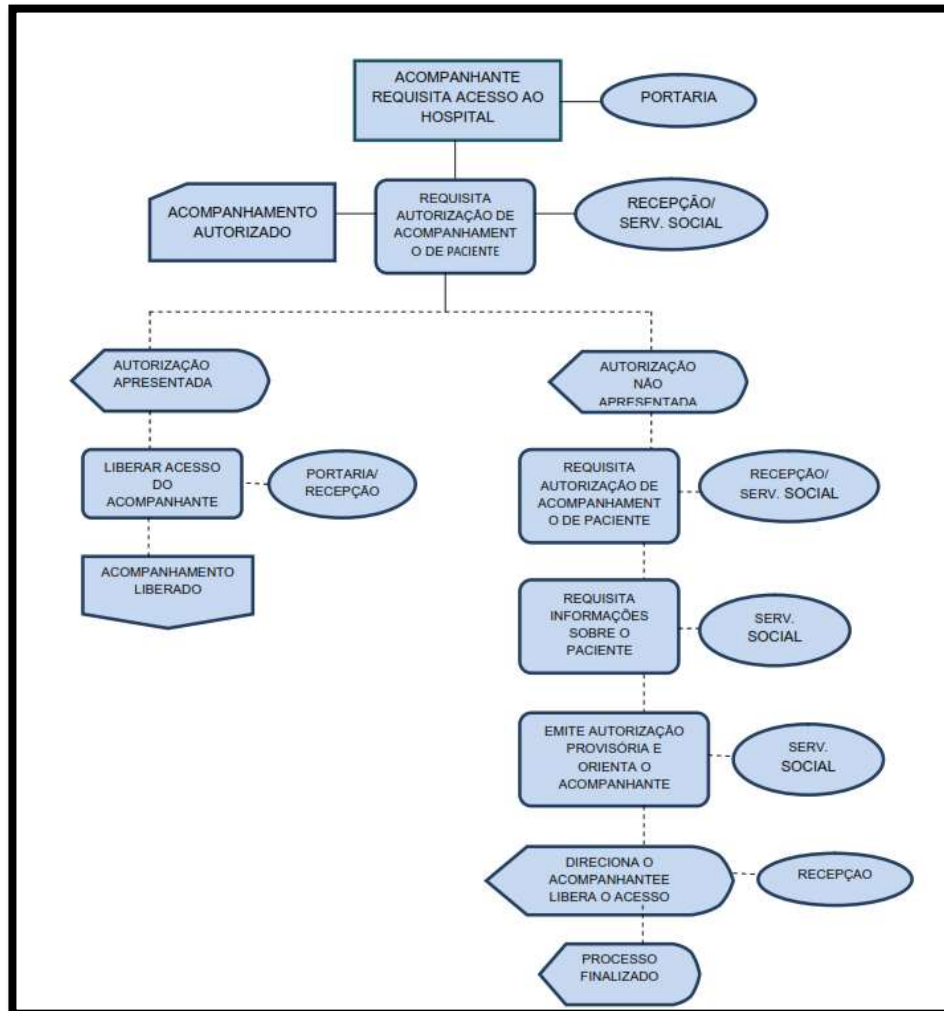
Área Interna:

- **PACIENTE EXTERNO:** São constituídos pelos fluxos dos pacientes que buscam o atendimento imediato (urgência e emergência), o atendimento ambulatorial, ou o apoio ao diagnóstico. A circulação destes pacientes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, deve ser restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas áreas de circulação reservadas aos funcionários e pacientes internados.

- **PACIENTE INTERNO:** São constituídos pelos fluxos de pacientes em regime de internação, dentro da própria unidade de internação, ou quando acompanhados por funcionários / acompanhantes, acessam as diferentes unidades funcionais para diagnóstico ou terapia.

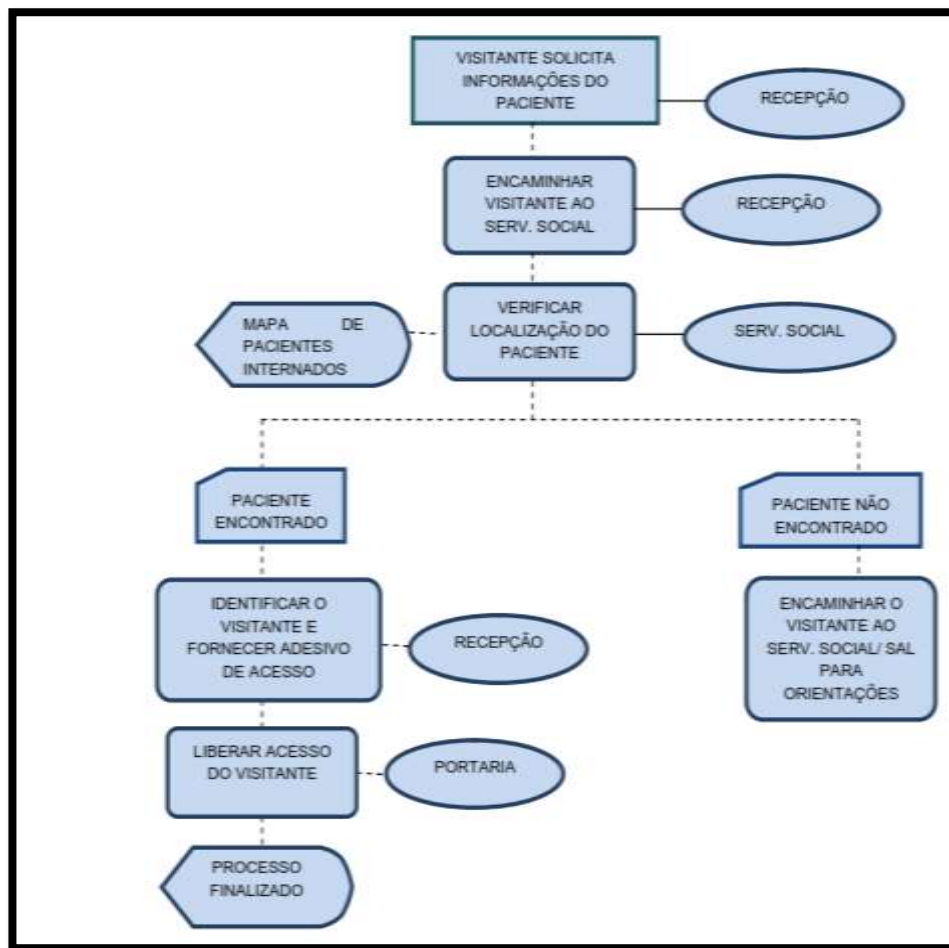
- **ACOMPANHANTES:** São constituídos pelos fluxos de familiares dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência na unidade hospitalar, inclusive na fase de internação, quando se tratar de crianças e idosos. A circulação destes pela unidade deve ser restrita às áreas funcionais.

Figura 44. Fluxo para acompanhante



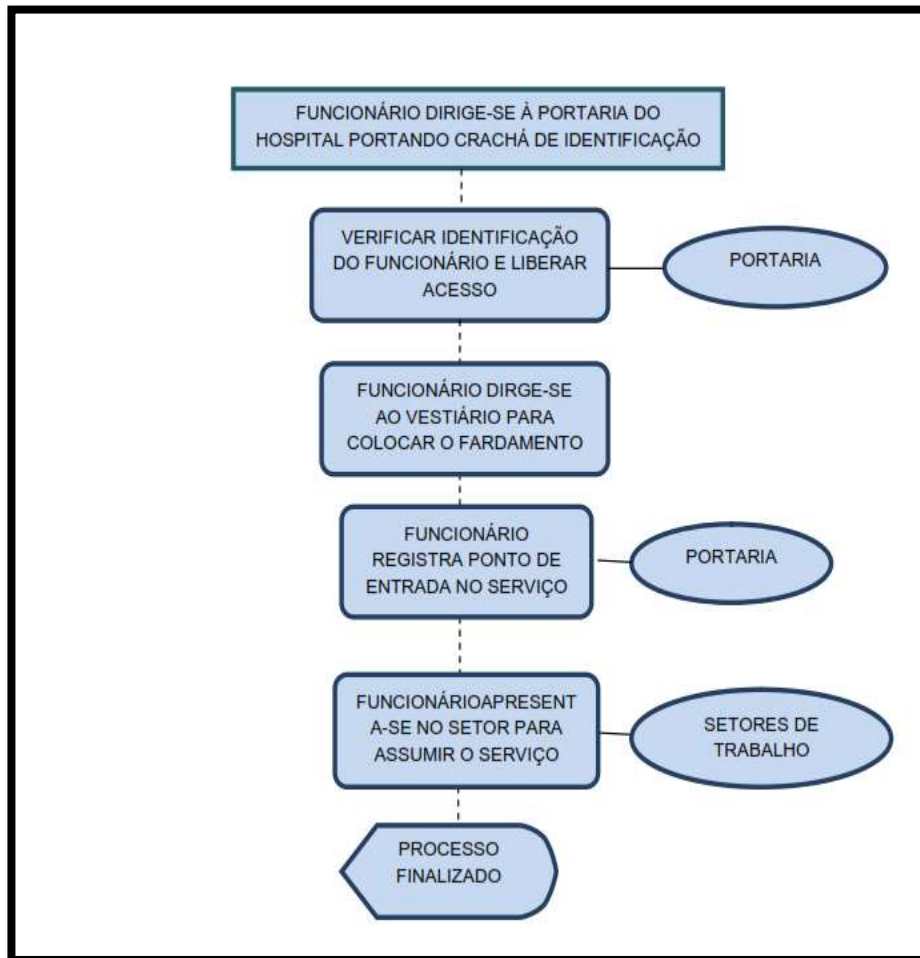
– VISITANTES: É constituído de indivíduos que demandam a unidade hospitalar para visitar os pacientes internados, ou em função de alguma atividade administrativa, tais como compras, serviços terceirizados, entre outros. O acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da unidade.

Figura 45. Fluxo para visitante



- **FUNCIONÁRIOS:** São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. A circulação deles pode ser restrita às unidades em que atuam ou, em alguns casos, ser permitida em toda a unidade.

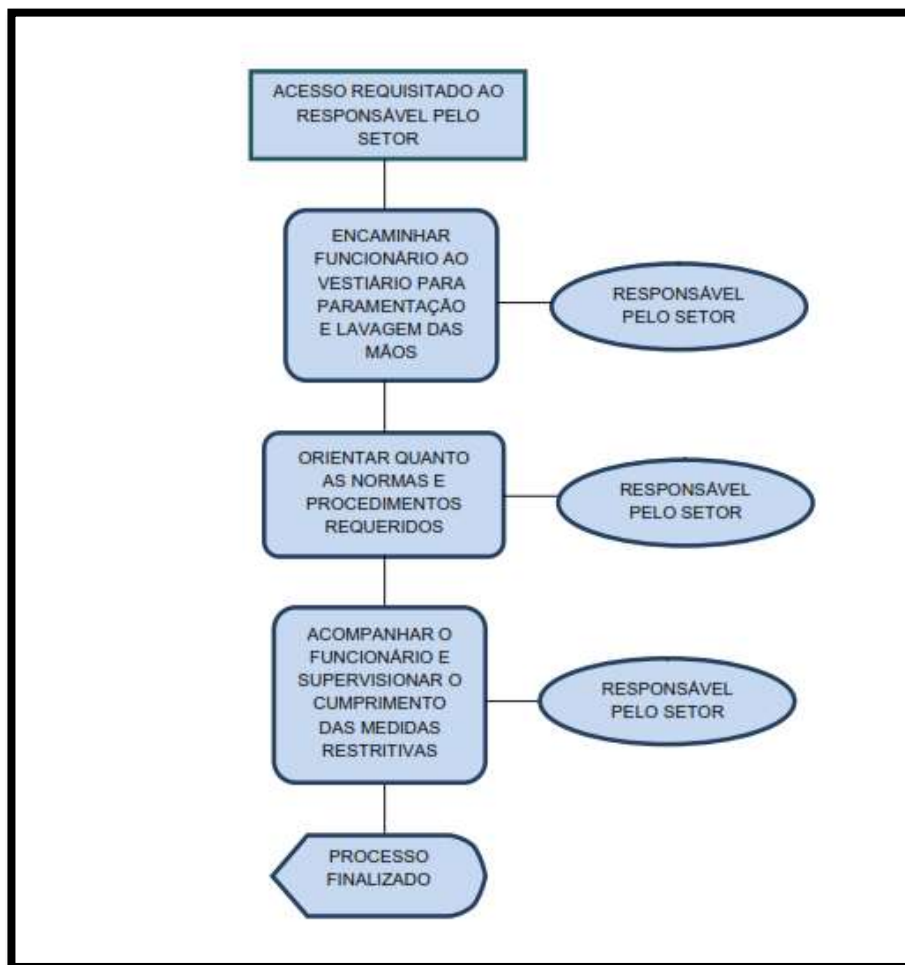
Figura 46. Fluxo de funcionários



Áreas Restritas:

São os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. Ex.: Unidade de Terapia Intensiva, Isolamentos, Bloco cirúrgico e CME. Somente os profissionais podem circular livremente por estas áreas com roupas própria da unidade.

Figura 47. Fluxo de acesso a áreas restritas

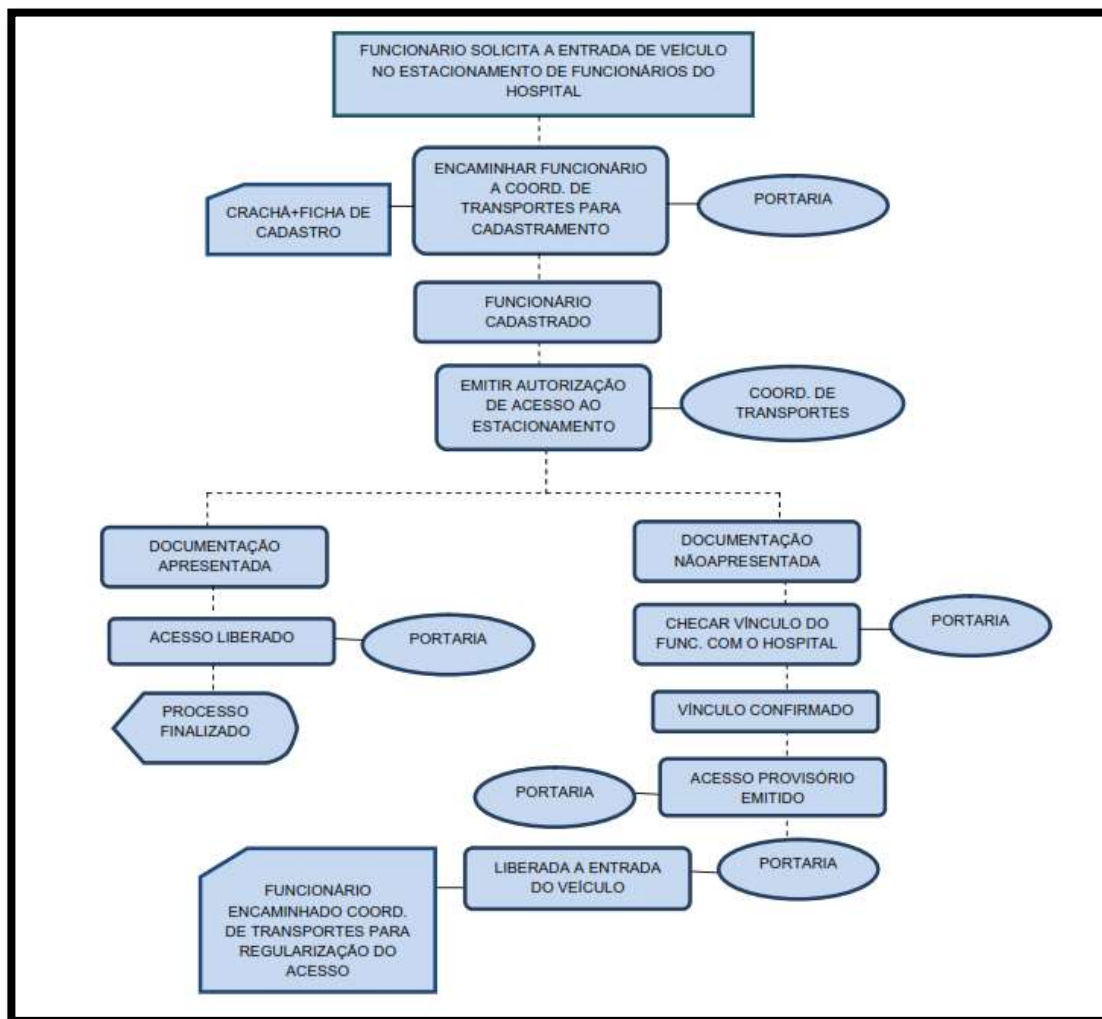


Áreas Externas:

Tipos de serviços e a população usuária que requerem estacionamento no Hospital:

- Paciente externo transportado (paciente de emergência), que chega ou parte de automóvel ou ambulância ou helicóptero;
- Paciente a ser internado (paciente interno);
- Funcionários (médicos, enfermeiros), se possível vaga de uso exclusivo;
- Demais funcionários;
- Entrega de fornecimentos: combustível, mantimentos, medicamentos, etc.;
- Remoção de cadáveres;
- Remoção de resíduos.

Figura 48. Fluxo de acesso à área externas



5.1.2. FLUXOS PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E ADMINISTRATIVOS

Registro dos usuários:

O registro dos usuários deve ser feito de forma completa, visando garantir sua identificação rapidamente.

Nenhum usuário poderá ser atendido sem que tenha seus dados registrados no sistema informatizado utilizado na instituição.

O usuário será registrado em seu primeiro atendimento, seja ambulatorial, seja hospitalar, e receberá um número de prontuário gerado pelo sistema, que será único para todo e qualquer atendimento subsequente.

Em toda internação, além dos dados do paciente, é obrigatório o registro de seu responsável.

O paciente sem identificação deverá ser cadastrado como "DESCONHECIDO" e o caso deverá ser passado para o Serviço Social para que o mesmo busque a identificação do paciente. Assim que o Serviço Social conseguir a identificação do paciente, fazer as alterações no Cadastro.

Registro do Atendimento de Urgência na recepção do Acolhimento ou Recepção Geral

1º passo: Abrir o módulo no sistema informatizado;

2º passo: Pesquisa se o paciente já deu entrada no hospital através do nome ou sobrenome, data de nascimento e nome da mãe;

3º passo: Feito à pesquisa constatou que o paciente nunca deu entrada, proceder a internação;

4º passo: Preencher os campos obrigatórios;

5º passo: Depois de colher todas as informações referentes ao paciente, colocar pelo menos um telefone para contato;

6º passo: Colocar o médico, origem, convênio, plano, tipo de atendimento, local de procedência, destino (sempre a sala de emergência no caso do Acolhimento), tipo de paciente, serviço (especialidade), procedimento ambulatorial, CBO e a escrever as observações do atendimento;

7º passo: Imprimir a etiqueta do paciente.

Saídas de Documentos do SPP para outros setores.

1º passo: Abrir o módulo no sistema informatizado;

2º passo: escolher para onde o prontuário vai ser destinado.

3º passo: digitar nome do solicitante

4º passo: digitar o motivo que o prontuário para qual esta sendo destinado

5º passo: imprimir relatório.

Arquivo de Prontuários dos Pacientes

Os arquivistas farão conferência na documentação e providenciará a guarda dos mesmos. Tendo mais de um prontuário do mesmo usuário estes deverão ser anexado um ao outro.

Todos os prontuários dos pacientes enviados pelo Faturamento deverão estar com a documentação em ordem conforme o preconizado pela lei de arquivamento. Só serão recebidos no SPP, os prontuários já faturados e listado com nomes e número de prontuário para conferencia no ato do recebimento.

Só sairá prontuário do SPP, mediante solicitação escrita e previamente autorizada pela Direção técnica, administrativa ou geral.

Normas para Arquivo de Documento de Usuários

Arquivo dos Prontuários:

- Classificar os prontuários por ano, em seguida classificar por ordem alfabética;
- Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano.
- Arquivar todos em ordem alfabética;
- Os prontuários de uma mesma pessoa deverão ser arquivados juntos, independentemente do número de internações;
- Os prontuários que foram gerados no Sistema informatizado deverão ser lançados no sistema (tela SPP, entrada de documentos).

Arquivo dos prontuários de óbitos:

- Verificar se existe prontuário arquivado em anos anteriores, se houver deve-se anexar ao prontuário de óbito;
- Separar os prontuários por ano e mês e classificá-los em ordem alfabética

- Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano;
- Quando o prontuário for grande usa-se mais de um envelope e posteriormente uma liga para mantê-los unidos;
- Utilizar uma caixa arquivo, pois assim o poder de proteção e a resistência a danos são maiores;
- A caixa de arquivo deverá ser identificada através de etiqueta numerada, contendo número de prontuário, nome dos pacientes, mês e ano;
- Na caixa arquivo poderão ser colocados até 10(dez) prontuários ou conforme couber.

Localizando os prontuários:

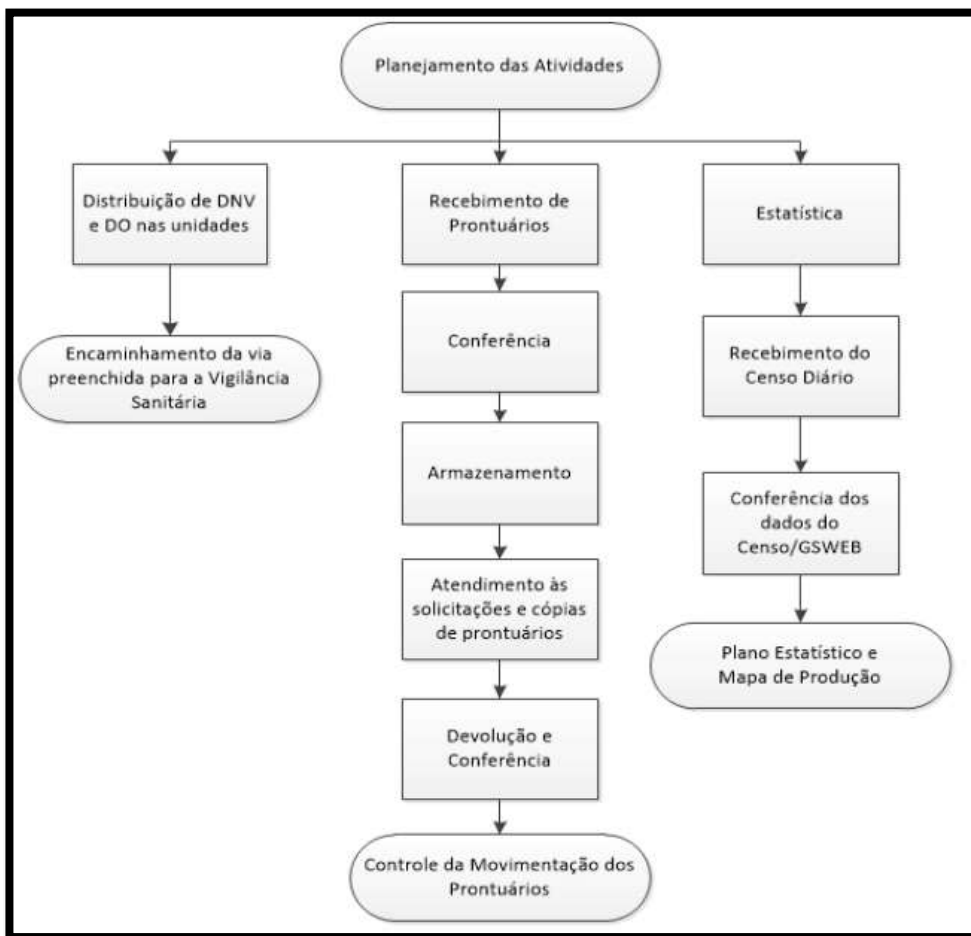
Ao receber a solicitação, deverá consultar no sistema a data em que o usuário foi atendido, abrir o arquivo e digita-se o número de prontuário ou nome do paciente para localizar, ao encontrar verificar em qual prateleira, coluna ou posição o prontuário está arquivado. Em se tratando de óbito verificar o número da caixa, mês/ano em que o prontuário está armazenado.

Toda solicitação deverá ser atendida mediante pesquisa no computador, cujo arquivo deverá estar na área de trabalho do computador. A pesquisa no programa de arquivo do computador deverá ser sempre pelo nome do paciente, mas em caso de nomes homônimos deverá ser pesquisado o nome da mãe e depois o número de prontuário.

Arquivo de documentos administrativos:

Todos os documentos administrativos deverão ser arquivados em caixa de arquivo morto por ordem cronológica a cada ano encerrado e encaminhado para o setor de arquivo.

Figura 49- Fluxo dos documentos



5.1.3. FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS

A CME é uma unidade destinada a receber material considerado sujo e contaminado, descontaminá-los, prepará-los e esterilizá-los, bem como, preparar e esterilizar as roupas limpas oriundas da lavanderia e armazenar esses artigos para futura distribuição.

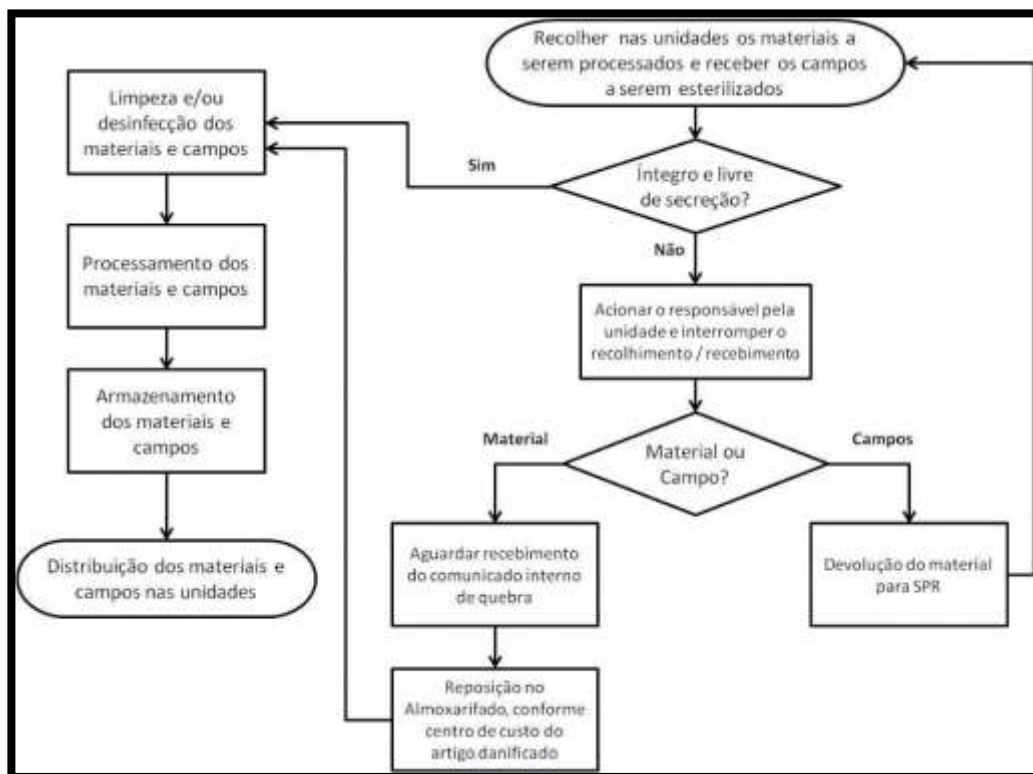
Finalidades

- Preparar, esterilizar e distribuir todo o material do Hospital que requeira esse procedimento;
- Aplicar os testes de esterilização em cada lote;

- Interagir com o Centro Cirúrgico para a preparação do instrumental necessário à realização das cirurgias do dia e das emergências;
- Controlar diariamente o arsenal para que não se perca nenhum instrumental;
- Não permitir que entrem no centro cirúrgico, instrumentais que não sejam esterilizados no CME do Hospital;

Padronizar a recepção, no expurgo do CME, de materiais contaminados e execução dos processos de limpeza, descontaminação, lavagem e secagem dos materiais conforme a natureza da constituição de cada material, devidamente padronizado.

Figura 50- Fluxo da CME



5.1.4. FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS

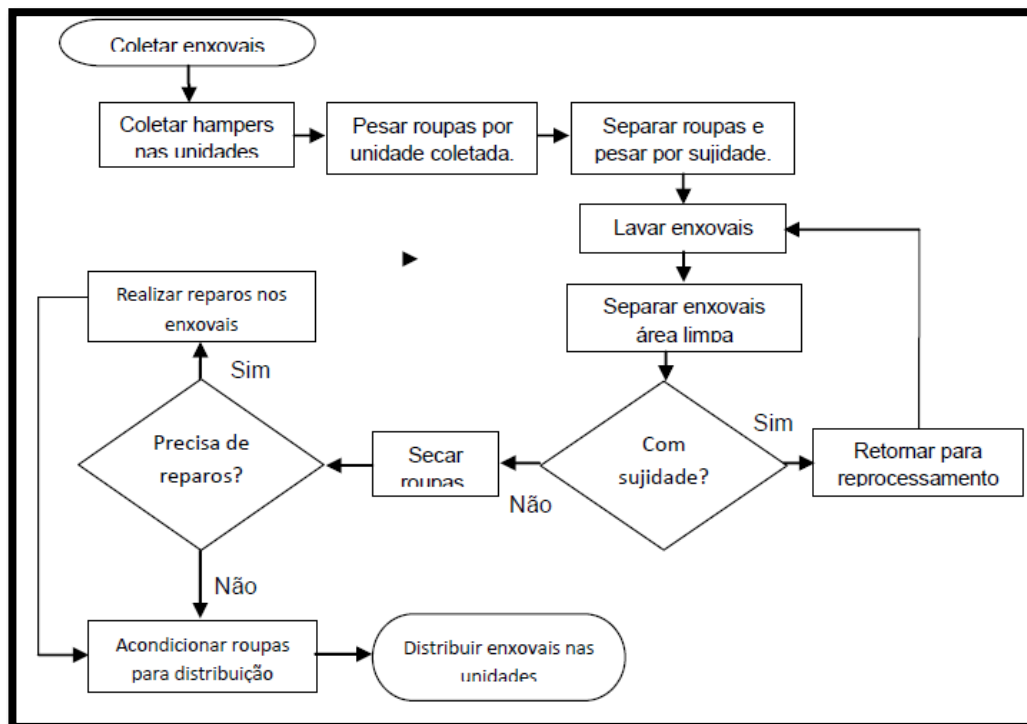
É considerado um setor de apoio, que exerce uma atividade especializada, devendo garantir o atendimento a demanda e a continuidade da assistência.

Finalidade:

- Recolher toda a roupa usada no Hospital;
- Pesar, separar, processar, distribuir e controlar toda a roupa do Hospital;
- Utilizar técnicas e produtos adequados;
- Zelar para que a roupa processada não se transforme em veículo de disseminação de contaminação;
- Distribuir a roupa de acordo com a necessidade de cada unidade e nos horários previamente estabelecidos;

O processamento da roupa consiste em todos os passos requeridos para a coleta, transporte e separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição.

Figura 51- Fluxo para roupas



5.1.5. FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE

São considerados resíduos hospitalares os resíduos resultantes de atividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos .

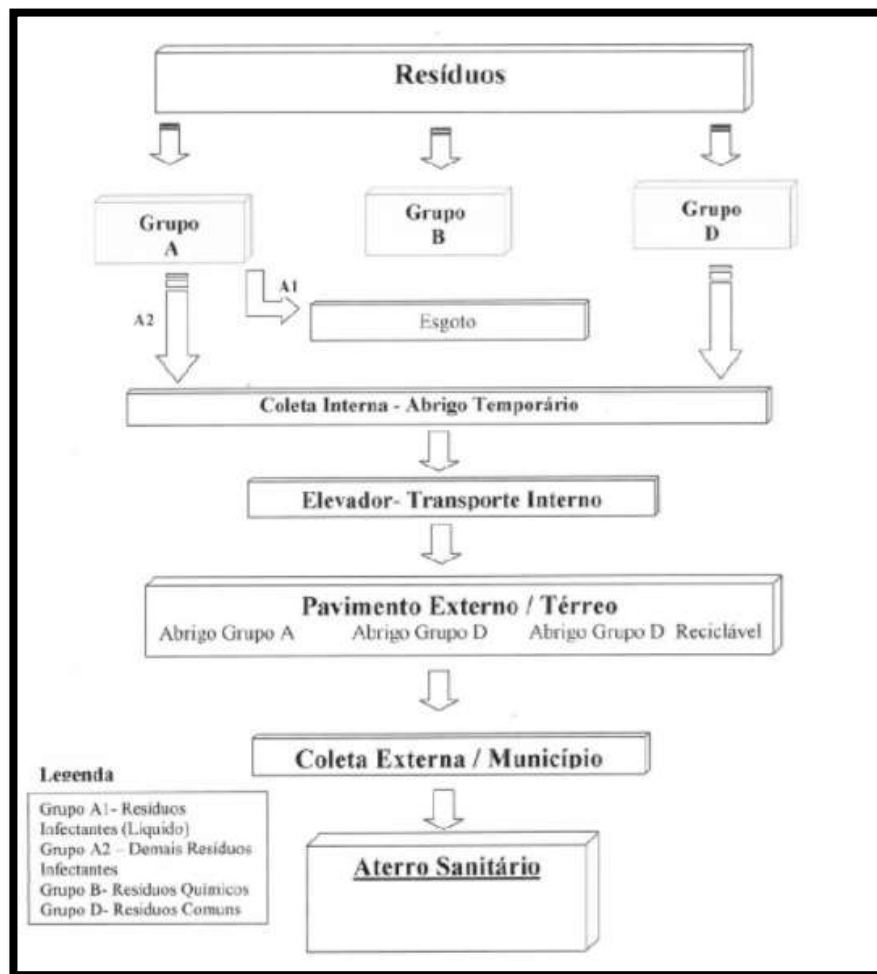
O serviço de higiene e limpeza tem por objetivo prepara o ambiente do hospital para suas atividades, manter a ordem do ambiente, além de conservar equipamentos e instalações limpos em condições de higiene ideais para o manuseio.

No Anexo I desta proposta encontra-se um modelo de manual de PGRSS que poderá ser adaptado para o Hospital materno Infantil.

Finalidades:

- Promover a higienização e limpeza de todo o Hospital, levando em consideração a característica de cada área;
- Fixar um horário para o serviço, em consonância com as atividades desenvolvidas em cada unidade;
- Coletar todo o lixo do Hospital fixando um fluxo específico de saída, dando-lhes tratamento e destino corretos;
- Combater permanentemente insetos e roedores; (sinatrópicos)
- Estudar com profundidade os produtos a serem utilizados para que, além de higienizarem e limparem corretamente, não danifiquem os materiais nos quais foram aplicados;
- Levantar estatística mensal do movimento;
- Fixar sistema de segurança para a limpeza de superfícies perigosas;
- Manter recipientes específicos para a coleta de materiais perfuro cortantes;
- Promover constantemente treinamento em serviço;
- Observar e comunicar aos responsáveis, sobre defeitos encontrados em instalações e móveis;
- Elaborar e colocar em prática o Regimento e Manual de Organização específico do Serviço.

Figura 52- Fluxo de resíduos



5.2. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

5.2.1. IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

A. CADASTRAMENTO DE FORNECEDORES

O cadastramento de um novo fornecedor e/ou prestador de serviço ocorrerá tão somente após a verificação de todos os documentos legais e diplomas técnicos relacionados abaixo:

- Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) – obrigatório;
- Inscrição Estadual;
- Contrato social com as alterações ou Estatuto (se houver);

- Alvará de funcionamento – obrigatória;
- Licença Sanitária emitida pela Vigilância Sanitária (renovação anual) – obrigatória;
- Licença de Funcionamento emitida pela Polícia Federal (renovação anual) – obrigatória.

B. FORNECEDORES DE MEDICAMENTOS, INSUMOS FARMACÊUTICOS E CORRELATOS

Para o fornecimento deste grupo de insumos se faz necessário os seguintes documentos:

- Cópia autenticada do registro da empresa no Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União – obrigatória para fabricante;
- Certificado de Responsabilidade Técnica do responsável técnico da empresa emitido pelo Conselho Regional de Classe – obrigatório para fabricante;
- Certificado de Boas Práticas de Fabricação por Área de Produção e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – obrigatório para fabricante;
- Certificado de Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – desejável para fabricante;
- Cópia autenticada da autorização especial para comercialização de medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS – obrigatória para fabricante e distribuidor.

C. FORNECEDORES DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES

Documentos complementares que se fazem necessários para o fornecimento de equipamentos:

- Cópia da certificação do equipamento a ser fornecido, pelas normas: NBR IEC ou IEC 60.601-1, IEC 60.601-1-2, IEC 60.601-2-45. Os certificados devem ser emitidos por laboratório de certificação (INMETRO, UL, TUV, SEV, VDE, entre outros) – obrigatória para fabricante e distribuidor;

- Certificado de Boas Práticas de Fabricação expedido pela ANVISA (renovação anual), para equipamentos nacionais de Classe de Risco III e IV – obrigatório para fabricante.

Disposições Gerais

Todos os documentos deverão ser encaminhados via correio, e-mail ou entregues diretamente ao Setor de Compras, atualizados e dentro do prazo de validade, juntamente com a Ficha de Cadastro que deve ser solicitada junto ao setor de compras. Tal procedimento visa qualificar os fornecedores com relacionamento comercial direto com o serviço, isto é, para aqueles que não possuem cadastro homologado na Central de Compras Pró-Saúde. Os demais deverão se cadastrar na Central de Compras, cujo regulamento está disponível no site da Pró-Saúde pelo endereço eletrônico www.prosaude.org.br.

Além das observações acima citadas, segue abaixo outras orientações para o cadastramento:

No caso de fornecimento de produtos isentos de registro no Ministério da Saúde, é necessária uma cópia do documento de isenção;

Em casos de registros provisórios, é preciso documento que comprove a renovação de registro quando expirar a data, ou a apresentação do registro definitivo;

Todos os documentos ficarão arquivados no Setor de compras, pelo período máximo de 01 ano.

O serviço dará preferência àqueles fornecedores que possuírem o Certificado de Boas Práticas de Fabricação.

D. HOMOLOGAÇÃO DO FORNECEDOR E/OU PRESTADOR DE SERVIÇO

O fornecedor e/ou prestador de serviço, estará devidamente cadastrado e qualificado tão somente após apresentar todos os documentos ora já citados no capítulo anterior, bem como preencher e entregar a “Ficha de Cadastramento”. Este formulário será fornecido pelo Setor de Compras do serviço quando o relacionamento comercial for de trato direto com o setor citado. Caso contrário, ou seja, o relacionamento comercial ocorrer através da Central de Compras da Pró-Saúde, tal cadastro deverá ser realizado diretamente com a mesma, no site www.prosaude.org.br/centraldecompras.

Para fins de informação da qualificação e credenciamento de qualquer fornecedor, o Setor de Compras do serviço irá solicitar a confirmação da Central de Compras via e-mail.

A Pró-Saúde possui um Manual de Compras que se encontra no Anexo I desta proposta.

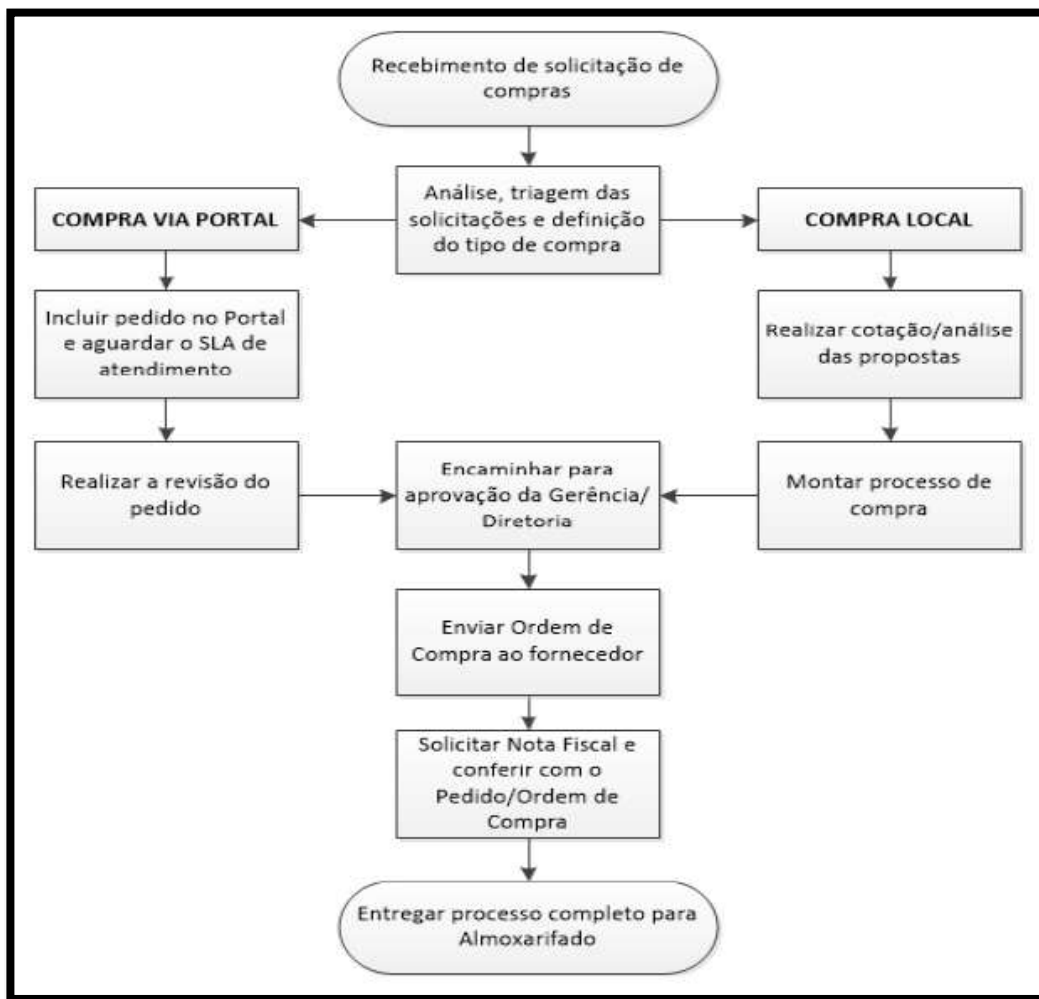
Para ser considerado homologado o fornecedor deverá:

- Estar com toda documentação completa e atualizada, de acordo com o objeto a ser fornecido;
- Receber parecer favorável junto a visita técnica (aplicável conforme o caso). Para as visitas técnicas será gerado um relatório em formulário específico, chamado Relatório de Visita Técnica onde será formalizado o parecer e assinado pelos responsáveis na execução da atividade, sendo que tal documento será arquivado na pasta do fornecedor.
- No caso de prestadores de serviço (que atuam dentro do serviço ou em unidades externas), estes deverão atingir o mínimo de 70% de conformidade, na auditoria realizada com base no RAG (Requisitos de Apoio a Gestão) da Pró-Saúde. Tal roteiro será disponibilizado ao prestador no momento da auditoria.
- Os fornecedores não aprovados poderão passar por um novo processo de qualificação, desde que demonstrem as alterações e correções necessárias nos documentos não aceitos na avaliação anterior.

E. CUMPRIMENTO DAS NORMAS E PORTARIAS DA ANVISA

Os fornecedores deverão respeitar as diretrizes estabelecidas pela ANVISA na produção, armazenamento e transporte de medicamentos, soluções parenterais, insumos farmacêuticos, equipamentos médico-hospitalares, materiais de uso hospitalar e alimentos.

Figura 53. Fluxo de compras



F. RECEBIMENTO DE MERCADORIA

Os produtos somente serão recebidos se acompanhados da nota fiscal, a qual deve ser entregue em no mínimo duas vias, corretamente preenchida e sem rasuras. Caso haja alguma não conformidade, o fornecedor deverá providenciar uma carta de correção da nota fiscal em até 24 horas após a notificação da não conformidade.

A nota fiscal numerada deve conter obrigatoriamente: Razão social em nome da Pró Saúde, Endereço, CNPJ, Inscrição Estadual, número do pedido, data da emissão e data da entrega, descrição dos produtos, lote, data de validade, valor unitário e total dos produtos, valor total da nota e valor dos Impostos (ICMS, IPI), data vencimento da nota, boleto bancário ou dados bancários para depósito em conta.

A quantidade, valor unitário e total devem estar em conformidade com a quantidade, valor unitário e total indicada na nota fiscal e no pedido de compra e/ou contrato.

Os produtos devem ser entregues de acordo com os prazos estabelecidos no pedido de compra ou acordo de fornecimento.

O não cumprimento dessas normas irá gerar uma notificação de não conformidade ao fornecedor e será avaliado dentro dos critérios de pontuação das entregas.

G. ARMAZENAMENTO DE PRODUTOS NAS FARMÁCIAS

Produtos que não necessitam de armazenamento especial:

- Verificar os itens a serem repostos;
- Colocar nas gavetas ou bins os itens de reposição;
- Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
- Colocar em sacolas separadas os lotes diferentes;
- Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

Multidoses:

- Verificar os itens a serem repostos;
- Afixar etiqueta de validade no frasco/tubo do produto;
- Devolver cada frasco/tubo para sua caixa de origem;
- Colocar nas gavetas ou bins os itens de reposição;
- Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
- Colocar em sacolas separadas os lotes diferentes;
- Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

Medicamentos termolábeis:

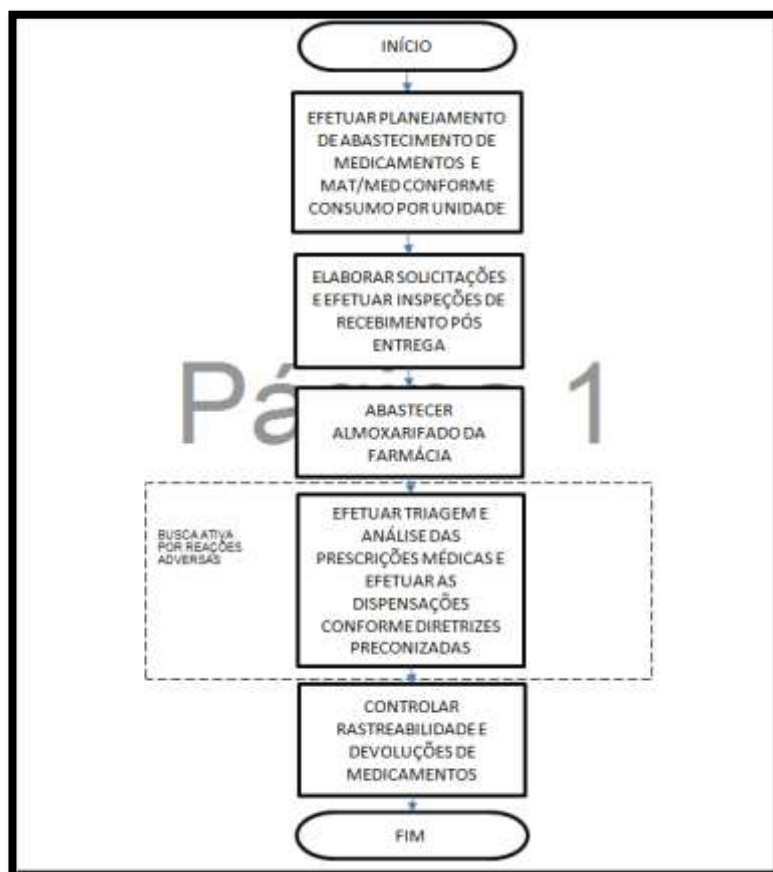
- Verificar os itens a serem repostos;
- Etiquetar medicamentos com etiqueta padronizada azul de MED. GELADEIRA;
- Colocar na prateleira central da geladeira de armazenamento exclusivo de medicamentos;
- Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);

- Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

Medicamentos sujeitos a controles especiais):

- Verificar os itens a serem repostos;
- Etiquetar medicamentos com etiqueta preta padronizada de MED. PORTARIA 344.
- Colocar nos bins do armário com chaves os itens de reposição;
- Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
- Colocar em sacolas separadas os lotes diferentes;
- Fechar o armário;
- Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

Figura 54- Fluxo Farmácia



5.2.2. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS A SER IMPLEMENTADA

A seguir apresentamos o Manual de Recursos Humanos utilizado pela Pró- Saúde nos projetos por ela administrados.

A- GESTÃO DE PESSOAS

Escopo:

O processo de Gestão de Pessoas ou Gestão de Recursos Humanos está estruturado de forma a garantir a qualificação e as competências adequadas aos colaboradores que desenvolverão suas atividades e competências de forma segura, eficiente e eficaz.

A política de Gestão de Pessoas da Pró-Saúde é pautada e desenvolvida através de estratégias que garantam o alinhamento, com a missão, visão, valores da instituição, com o contratante, com a legislação e principalmente com o respeito aos seres humanos.

A área de Gestão de Pessoas é composta por:

- a) Administração de Pessoal;
- b) Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT);
- c) Desenvolvimento organizacional;
- d) Núcleo de Educação Permanente.

Missão

A Pró-Saúde é uma instituição completa, que contribui de forma decisiva para a melhoria dos serviços públicos no Brasil.

Sua missão é promover soluções na área da Saúde, Educação e Assistência Social.

Visão

Ser uma entidade reconhecida nacionalmente pela qualidade na implementação de soluções para as instituições e profissionais da saúde. Os projetos implementados pela Pró-Saúde permeiam a vida da comunidade onde são implantados, gerando qualidade comprovada no atendimento, geração de emprego e renda, gestão participativa para a melhoria dos serviços prestados, além da promoção de serviços de educação e assistência social.

Valores

Profissionalismo

Competência técnica, responsabilidade pessoal e atendimento humanizado para atingir os objetivos definidos. A Pró-Saúde coloca o seu público em primeiro lugar, por isso, tem como valores primordiais a filantropia, a responsabilidade social.

Qualidade

Criação e aperfeiçoamento constante de produtos e serviços, sempre considerando e visando a satisfação dos clientes internos e externos.

Responsabilidade Social

Valorização e respeito ao ser humano e ao meio ambiente. Desde 2003, a Pró-Saúde vem adotando em seu modelo de gestão valores que visam fortalecer o relacionamento entre o público e a comunidade, por meio de um serviço de qualidade e apoio para o desenvolvimento social e sustentável.

Ética

Transparência e respeito em todas as relações, marcados pelo sigilo profissional.

B- RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

Objetivo:

Normatizar o processo de Recrutamento e Seleção de candidatos para as vagas disponíveis de acordo com os cargos/funções e competências que serão desenvolvidas nas atividades das unidades e serviços de saúde.

Processo Seletivo:

O Processo Seletivo destina-se à:

- Complementar o quadro de profissionais devido a vagas abertas;
- Formação de Cadastro Reserva para as vagas que eventualmente surgirem em decorrência de necessidades técnicas e operacionais.

Para iniciar o Processo Seletivo, a vaga aberta será anunciada em sites especializados em busca de emprego, grupos de emprego relacionados ao perfil da vaga e também no site e nas redes sociais da Pró-Saúde, conforme definição da equipe de RH.

Quando necessário, a metodologia adotada será gerenciamento das vagas por edital. As etapas serão estabelecidas de acordo com cada categoria profissional, podendo conter: Inscrição, Triagem, Prova objetiva, Entrevista individual/coletiva e Avaliação Comportamental.

Das Inscrições

Os candidatos podem se inscrever através do site ou encaminhando seu currículo através de e-mail conforme indicado no edital ou na divulgação, respeitando dias e horários estabelecidos.

A inscrição do candidato implicará no conhecimento e na tácita aceitação das normas e condições estabelecidas pela Pró-Saúde.

Independentemente da existência de processo seletivo, o profissional pode cadastrar seu currículo no Banco de Currículo da Pró-Saúde através do site www.prosaude.org.br/trabalheconosco.

Das Inscrições para Pessoas com Deficiência ou Necessidades Especiais

A garantia de acesso ao trabalho para a pessoa com deficiência é prevista em lei desde que o cargo pretendido seja compatível com a deficiência de que é portadora, conforme Legislação Municipal e Federal vigentes.

Para concorrer a uma vaga, o candidato deverá:

- No ato da inscrição, declarar-se Pessoa com Deficiência;
- No caso de deficiência permanente encaminhar Laudo Médico (cópia autenticada ou original) e cópia do CPF (cópia simples). O laudo médico só será considerado válido se emitido nos últimos doze meses e deverá constar:

- A natureza da deficiência;
- O grau da deficiência;
- O código correspondente, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID;
- A data de expedição do laudo;
- Assinatura e carimbo contendo o número do CRM do Médico que está emitindo o laudo.

O candidato que se declarar Pessoa com Deficiência pode requerer Atendimento Especial, no ato da inscrição, para o dia de realização das provas, indicando as condições que necessita para a realização destas.

Do Processo de Avaliação e Seleção de Pessoal

O Processo de avaliação e seleção de pessoal será dividido nas seguintes etapas:

Etapa I – Análise do currículo frente aos requisitos mínimos exigidos pela vaga e convocação destes para participação no processo de avaliação.

Etapa II – Aplicação de prova de conhecimento específico e/ou conhecimentos gerais: a nota mínima para que o candidato se habilite para a próxima fase será de 6,0.

Etapa III – Avaliação Comportamental e Entrevista final.

Etapa IV - Aprovação

O cronograma das etapas da seleção será acordado entre a equipe de Recursos Humanos e o gestor da vaga. A contratação pelo gestor da vaga, será baseada na lista de classificação dos candidatos, com apoio da equipe de Recursos Humanos, considerando o desempenho do candidato nas fases citadas acima, cuja a nota de corte será de 6(seis) e observando-se ainda os critérios definidos pelo modelo de gestão por competências aplicado na Pró-Saúde (no Anexo I desta proposta encontram-se as descrições de cargos). Em caso de empate, será dado preferência para o candidato interno e prevalecendo o empate será contratado o candidato com melhor desempenho na prova de conhecimento específico.

O arquivamento dos processos seletivos é realizado conforme política interna do RH. As provas são arquivadas por 90 dias; gabaritos, redações e testes de avaliação comportamental são arquivados por 01 (um) ano. O processo do candidato aprovado, é arquivado em seu prontuário funcional.

Da Convocação e Contratação

A divulgação do resultado do processo seletivo poderá ser através do site da Pró-Saúde e/ou os candidatos selecionados receberão notificação por e-mail e/ou telefone enviado pela equipe de Recursos Humanos.

O candidato deve respeitar o prazo informado para apresentação da documentação.

No ato da contratação, os candidatos deverão apresentar:

- a) Carteira de Trabalho (CTPS) - original;
- b) 02 (duas) fotos 3x4 coloridas, recentes e iguais;
- c) Certidão de Antecedentes Criminais e Processuais (para cargos específicos).

No ato da contratação, os candidatos deverão apresentar ORIGINAIS e CÓPIAS SIMPLES dos seguintes documentos (frente e verso legível):

- a) RG, CPF, Título de Eleitor e comprovante de última votação, PIS/PASEP (caso o candidato não possua o cartão do PIS, deverá retirar o extrato de FGTS na Caixa Econômica Federal);
- b) Certificado de Reservista para candidatos, do sexo masculino, maior de 18 anos;
- c) Certidão de Nascimento / Casamento ou Averbação de Desquite/Divorcio/União Estável;
- d) Certidão de Nascimento (filhos menores de 21 anos);
- e) 01 (uma) cópia da Carteira de Vacinação Pessoal, constando vacina Antitetânica, Tríplice Viral e Contra a Hepatite B (atualizada conforme calendário vacinal);

- f) Carteira de Vacinação de filhos até 5 anos de idade (atualizada conforme calendário oficial do Ministério da Saúde);
- g) Comprovante de Matrícula Escolar de filhos com idade até 14 anos;
- h) Diploma ou Certificado do Nível de Escolaridade requisitado pelo cargo (categorias técnicas devem apresentar também Diploma ou Certificado de Conclusão do curso);
- i) Cédula do Registro no Conselho de Classe (se for o caso);
- j) Comprovante de Pagamento da Anuidade do Conselho de Classe do ano vigente ou Declaração de Quitação (se for o caso);
- k) Comprovante de Pagamento da Contribuição Sindical (cópia da Guia de Recolhimento do Ano vigente, ou cópia da CTPS atualizada);
- l) 01 (uma) cópia de Comprovante de Residência Nominal, com CEP (preferencialmente conta de telefone, energia ou gás), atualizada.
- m) 01 (uma) Cópia da CTPS (folha de Identificação Civil: folha com a foto e o verso;
- n) Para Carteira sem baixa, apresentar uma cópia da rescisão ou Declaração emitida pelo Empregador ou Carta de pedido de Demissão informando a data da dispensa e se haverá o cumprimento do Aviso Prévio devidamente recebido e carimbado pelo empregador. Nos casos de contrato vigente apresentar a escala de trabalho a fim de comprovar a disponibilidade para exercer a função.
- o) Se relacionamento estável, apresentar cópia dos documentos do (a) companheiro (a) e documento que o (a) caracterize como dependente.

Não será contratado o candidato que deixar de comprovar qualquer um dos requisitos para contratação no cargo.

Avaliação de Experiência aos 45 e 90 dias

Para acompanhar o desenvolvimento do colaborador, com objetivo de avaliá-lo e potencializá-lo será realizada, aos 45 e 90 dias a partir da data de sua admissão, a Avaliação de Experiência com Foco em Competências. A avaliação

será direta, realizada pela chefia imediata e acompanhada de feedback ao colaborador.

Se houver rescisão de contrato ao final dos 90 dias (período de experiência), o gestor deverá elaborar justificativa e encaminhar ao Departamento de Recursos Humanos.

Disposições gerais sobre Processo de Avaliação e Seleção:

Não serão fornecidos atestados, cópia de documentos, certificados ou certidões relativas a notas das avaliações realizadas pelos candidatos.

O prazo de validade dos Processos Seletivos será de 01(um) ano, contado a partir da data de aprovação do candidato.

C- INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL

A Integração Institucional é a porta de entrada e objetiva recepcionar novos colaboradores, facilitando sua adaptação e entendimento quanto ao funcionamento e filosofia da instituição.

Manual de Integração do Colaborador

A integração possui todas as informações necessárias para que o novo colaborador conheça a instituição e a unidade, tais como: missão, visão, valores, história, benefícios, regras de conduta, direitos e deveres e, noções de segurança no trabalho.

Crachá de Identificação

Documento de Identificação Funcional, com uso obrigatório durante a jornada de trabalho. O crachá permite acesso às dependências da unidade, reconhecimento do profissional no contato com outros profissionais e a identificação por parte da população atendida.

Uniformes

A instituição fornecerá aos empregados uniforme para cada categoria profissional, para realização de suas atividades sem nenhum custo. Este uniforme será fornecido após a aprovação do candidato no período de experiência.

Após o período de experiência, o empregado deve estar devidamente uniformizado para iniciar suas atividades, sendo que, a falta de qualquer item do uniforme implicará em medida disciplinar.

Registro de ponto

Conforme exposto no artigo da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT):

Art. 74 – O horário do trabalho constará de quadro, organizado conforme modelo expedido pelo Ministro do Trabalho e afixado em lugar bem visível. Esse quadro será discriminativo no caso de não ser o horário único para todos os empregados de uma mesma seção ou turma.

§ 1º - O horário de trabalho será anotado em registro de empregados com a indicação de acordos ou contratos coletivos porventura celebrados.

§ 2º – Para os estabelecimentos de mais de dez empregados será obrigatória a anotação da hora de entrada e de saída, em registro manual, mecânico ou eletrônico, conforme instruções a serem expedidas pelo Ministério do Trabalho, devendo haver pré-assinalação do período de repouso.

Todos os funcionários devem registrar seu ponto, com exceção dos Diretores, Gerentes, Coordenadores e Consultores, mediante comunicado do Diretor Geral do serviço formalizado junto ao Departamento Pessoal.

O registro da presença do funcionário se realiza por meio de ponto eletrônico biométrico. Atende ao preconizado pela Portaria TEM 1.510 de 2009, que regulamenta o Sistema de Registro de Ponto.

A assiduidade e pontualidade são consideradas pela instituição condições fundamentais para não prejudicar as rotinas e não comprometer as atividades desenvolvidas.

Em situações de Férias, Auxílio-Doença, Acidente de Trabalho, Licença Maternidade, Adoção ou Paternidade, o registro de ponto permanecerá em branco e as devidas anotações serão realizadas no Tratamento de Ponto, para impressão do Espelho do Ponto.

Alterações de horários de trabalho somente podem ser realizadas com previa autorização do Gestor.

O Espelho de Ponto deverá ser assinado exclusivamente pelo funcionário.

Faltas

São consideradas faltas, conforme a situação:

- **Faltas abonadas:** Licença Médica, Licença Nojo (Falecimento pai, mãe, filhos e irmãos.), Licença Gala, Licença Paternidade, Participação em Processos na Justiça, Serviço Militar, dentre outros conforme disposto no art. 473 da CLT.
- **Faltas Justificadas:** São aquelas que não estão contempladas na CLT ou em Instrumento Coletivo de Trabalho, mas que necessitam de comprovante ou declaração de comparecimento e o empregado é descontado em Folha de Pagamento sem perda do período de gozo de férias e 13º. Salário.
- **Faltas Injustificadas:** São aquelas faltas sem nenhum tipo de comprovante, portanto, geram desconto em Folha de Pagamento, quando superior a 05 (cinco) faltas dentro do Período Aquisitivo, com perda no 13º. Salário e período de gozo de férias.

Afastamentos - INSS

- **Auxílio Doença e Acidente de Trabalho:** Em caso de afastamento superior a 15 (quinze) dias, o empregado é encaminhado ao INSS para dar entrada no Auxílio Doença.
- **Licença Maternidade:** O artigo 392 da CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, prevê que a partir do 8º (oitavo) mês de gestação, mediante apresentação de atestado médico de 120 (cento e vinte) dias, a empregada poderá gozar do benefício, que é pago pela Instituição em Folha de Pagamento e deduzido na Guia de Recolhimento da Previdência Social. A licença maternidade também é garantida para gestantes que perderem o feto acima da 23ª semana de gestação.
- **Licença Adoção:** De acordo com a Lei 12.873 – Art. 71-A: Ao segurado ou segurada da Previdência Social que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança é devido salário-maternidade pelo período de 120 (cento e vinte) dias.

D- POLÍTICA DOS PROCESSOS DE MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL

Critérios para Movimentação de Pessoal:

- Só poderão ser realizadas após o período de pelo menos 12 meses na mesma unidade de serviço e mesma função, ou por necessidade da instituição;
- A possibilidade deverá ser avaliada pelos gestores envolvidos juntamente com a área de Gestão de Pessoas;
- O interesse de recolocação na vaga deverá ser comunicado ao departamento de gestão de pessoas;
- A efetivação dependerá da existência da vaga;
- A efetivação somente poderá ser realizada após aceitação e formalização por todos os envolvidos;
- As transferências somente poderão ocorrer após verificação da programação de férias.

E- POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

A Política de Desenvolvimento de Pessoas da Pró-Saúde integra as ações de desenvolvimento e capacitação de todos os profissionais pertencentes a Unidade de Saúde, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento e crescimento de seus profissionais e manutenção de um bom clima organizacional, favorecendo a interação e integração nos processos de trabalho. As ações de desenvolvimento e capacitação dos profissionais serão realizadas de acordo com a estrutura e número de colaboradores da unidade.

Avaliação de Desempenho

A avaliação de desempenho deve ser encaminhada e realizada pelo gestor. Esta metodologia oportuniza tempo necessário para avaliar o colaborador em seu desempenho em cada indicador de competência definida para a sua função, baseada em sua descrição de cargos/atividades.

A avaliação adotada é formal (formulário pré-estabelecido), direta (realizado pela chefia imediata) e acompanhada de feedback (retorno da avaliação ao funcionário). Serão levadas em consideração as competências comportamentais e técnicas do funcionário. Será realizada a cada 02 anos.

Esta avaliação será de 180 graus. Este tipo de avaliação é uma ferramenta que tem como foco a gestão estratégica de pessoas, onde o avaliado é analisado somente pelos seus superiores, ou seja, permite que o gestor realize uma avaliação de cada membro da sua equipe, tendo por base as metas que lhe foram determinadas durante o período.

Capacitação do Profissional

Capacitar é tornar o profissional habilitado para desempenhar sua função e favorecer, tanto o empregador, quanto o colaborador, uma vez que este se sente mais motivado e apto para o exercício de suas funções.

A capacitação dos profissionais deverá ocorrer após a avaliação de desempenho ou quando houver inclusão de novo equipamento e/ou sistema na unidade, ou ainda por solicitação do gestor da área. Será elaborado um Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) para o colaborador com avaliação de desempenho menor que 70 pontos. Esta atividade será acompanhada pelo RH e pelo gestor da área. O funcionário é responsável por executar as tarefas definidas no seu PDI.

Os profissionais em cargos de liderança deverão atingir pontuação acima de 80.

Ressaltamos que além das ações do PDI, cada unidade de saúde possuirá um Plano Global de Capacitação Técnica promovido pelo Núcleo de Educação Permanente.

Conforme citado anteriormente, a avaliação de desempenho ocorrerá a cada 2 anos, sendo que a segunda avaliação terá como base a execução do PDI. O baixo desempenho na segunda avaliação poderá gerar o desligamento do colaborador.

Incentivos De Carreira

O incentivo de carreira e sucessão, quando ocorrer, deve ter por base a análise da Avaliação de Desempenho do ano corrente, o progresso e o histórico funcional. Para casos de carreira e sucessão, será inclusa também a análise de compatibilidade dos pré-requisitos do colaborador e da vaga. Para todos os casos, o mínimo de tempo exigido pela empresa é que o colaborador tenha pelo menos 12 meses de permanência no cargo atual na condição de contrato por tempo indeterminado.

Poderá haver exceções que deverão ser justificadas e autorizadas pelo Diretor Geral da Unidade.

Princípios básicos para o incentivo de carreira: o colaborador deve apresentar os requisitos estabelecidos para o cargo e é desejável que faça parte do quadro funcional da unidade há, no mínimo, 12 meses.

Será considerada também para análise prévia as informações do histórico funcional (pontualidade, assiduidade, medidas disciplinares, dentre outros) e sua avaliação de desempenho citado acima.

O tempo de empresa será um pré-requisito básico para análise prévia do colaborador em caso de incentivo de carreira e mudança de função simples. Contudo, este requisito somente será flexível em casos esporádicos devidamente justificados e aprovados pela diretoria registrado em avaliações de experiência ou desempenho anual.

Pesquisa de Clima Organizacional

A Pesquisa de Clima Organizacional é uma ferramenta para coleta de dados, sobre a percepção dos colaboradores em relação aos diversos fatores que afetam os níveis de motivação e desempenho dos mesmos. Além da identificação destes problemas, a pesquisa, enquanto meio de comunicação, possibilita ainda a utilização do conhecimento tácito dos colaboradores para a resolução dos problemas com os quais os mesmos lidam diariamente. A pesquisa, portanto, possibilita que a organização avalie seu momento atual e planeje ações, em um processo de melhoria contínua.

A Unidade de Saúde realizará a pesquisa anualmente e divulgará um resumo com os resultados obtidos e plano de melhorias, para os colaboradores.

A pesquisa de clima é um meio para a Unidade de Saúde identificar oportunidades de melhorias contínuas no seu ambiente e nas condições de trabalho. Portanto, uma vez identificadas, deve ser elaborado plano de ação.

F- POLÍTICA DE SALÁRIOS

As bases salariais serão revisadas através de pesquisa interna considerando os serviços da mesma região com o mesmo perfil. Também poderá ser utilizado como referência os valores de salários praticados pelo ente público local.

A política de salários é estabelecida conforme os padrões utilizados no mercado para cargos competentes com responsabilidades semelhantes, na mesma área geográfica, levando em consideração a capacidade financeira da Instituição, preservando o equilíbrio orçamentário da Organização.

Alterações Salariais: Os tipos de alteração salarial previstos são os seguintes:

- Promoção: promoção para um cargo maior, também conhecida como Promoção Vertical. Através de processo seletivo interno.

- Transferência para outro cargo: através de processo seletivo interno.

- Ajustes de mercado: através de pesquisa de mercado com pelo menos 3 serviços do mesmo perfil, por piso sindical ou plano de cargos do ente público.

- Reclassificação do cargo: através de pesquisa de mercado com pelo menos 3 serviços do mesmo perfil, por piso sindical ou plano de cargos do ente público.

- Benefícios

Em seus projetos a Pró-Saúde concede os benefícios previstos em Legislação e em convenções coletivas.

G- MEDIDAS DISCIPLINARES

Ferramenta legal à disposição do empregador para reajustamento de conduta do empregado que deixa de cumprir com as obrigações do Contrato de Trabalho.

Dependendo da gravidade da falta cometida pelo colaborador, a Entidade adota as seguintes medidas:

ADVERTÊNCIA VERBAL- Comunicação verbal ao colaborador, indicando-lhe a falta cometida.

ADVERTÊNCIA POR ESCRITO- Comunicação e registro por escrito da falta cometida.

SUSPENSÃO- Em caso de falta grave, poderá ocorrer a suspensão do colaborador por um período que pode variar de 1 a 29 dias, ficando igualmente suspensa a remuneração do (s) dia (s) correspondente (s) e refletirá nas férias.

DEMISSÃO POR JUSTA CAUSA- Aplicado em casos de faltas ou outras situações consideradas muito graves, conforme artigo 482 da C.L.T.

DESLIGAMENTO FUNCIONAL - Em casos solicitação de desligamento funcional, será obrigatório o preenchimento e devida justificativa no formulário de solicitação de desligamento, isso pela chefia imediata e assinada pela diretoria da área.

H- PREMISSAS BÁSICAS

Por acreditar na capacidade de promover o desenvolvimento de pessoas, a Pró-Saúde define e estabelece a política de Gestão de Pessoas considerando algumas premissas básicas:

- Cumprir todas as exigências, normas, leis e convenções legais pertinentes às relações e ambiente de trabalho e aplicáveis às nossas atividades;
- Assumir o compromisso público de defesa e proteção aos Direitos Humanos, Direitos da Criança e Direitos Fundamentais do Trabalho, em alinhamento a Princípios, Padrões e Tratados conclamados nacional e internacionalmente;
- Não empregamos menores de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e nem menores de 16 (dezesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, conforme previsto no artigo 7º da Constituição Federal.
- Respeitar a diversidade e dignidade do ser humano, preservando a individualidade e privacidade, não admitindo a prática de atos discriminatórios de qualquer natureza: no ambiente de trabalho com público interno e externo;
- Assegurar o bom relacionamento entre todos os profissionais da Unidade de Saúde, mantendo um ambiente de trabalho seguro e saudável e propiciar condições para níveis ótimos de desempenho e produtividade;
- Assegurar a segurança e saúde ocupacional e contribuir para melhoria da qualidade de vida dos colaboradores;
- Promover o constante desenvolvimento e aperfeiçoamento das potencialidades técnicas e comportamentais de nossos colaboradores e disponibilizar

mecanismos favoráveis que lhes permitam administrar seu plano de crescimento, pessoal e profissional, a fim de garantir a melhoria contínua dos processos de gestão;

- Garantir prioridade de oportunidades para o crescimento profissional das pessoas, pelo investimento e desenvolvimento das competências, pela valorização e respeito ao conhecimento e formação profissional, estes adquiridos ao longo da carreira.

5.2.3. PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL

A seguir apresentamos um modelo do Manual de Gestão (Regimento Interno), nomenclatura utilizada pela Pró-Saúde. Este modelo deverá ser adaptado para as características do Hospital.

INTRODUÇÃO

Este Manual define e caracteriza o sistema de gestão aplicado no “Hospital XXX”, com o propósito de organizar os recursos necessários à prestação de serviços qualificados que atendam aos requisitos dos clientes, bem como aos requisitos legais e regulamentares aplicáveis.

O conteúdo deste Manual é de responsabilidade da Diretoria Geral do hospital; a natureza da revisão deve ser indicada no controle de revisões, última página deste Manual.

O Manual foi estruturado em itens direcionadores: Apresentação; Organização; Qualidade integrada à gestão hospitalar; Responsabilidade da direção; e, Controle de revisões.

APRESENTAÇÃO

DO HOSPITAL

(Breve relato da origem do hospital)

O XXX foi construído no ano de XXX, por iniciativa de XXX, com recursos de XXX. Conta com XXX m2 de área construída e uma área total de XXX m2.

A área de atuação é XXX; o perfil de atendimento é predominantemente XXX; a clientela é formada por pacientes do Sistema Único de Saúde e dos convênios XXX.

Este serviço é um patrimônio público e encontra-se sob gestão de uma OSS – Organização Social de Saúde denominada Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, regularmente contratada para esta finalidade.

A Identidade do serviço, que compõem a parte filosófica da instituição, constituída pelo:

Negócio: XXXX

Missão: XXXX

Visão: XXXX

Princípios institucionais/organizacionais: XXXX

DO CONTRATO DE GESTÃO

O contrato de gestão Nº XXX datado de XXX, seus anexos técnicos e aditivos são instrumentos que outorgam à Pró-Saúde poder de gestão do serviço e estabelecem todas as condições operacionais acerca da produção de serviços e custeio da atividade. Dada a relevância do contrato de gestão ele é parte integrante deste Manual.

DA PRÓ-SAÚDE

Entidade civil, de direito privado, sem fins lucrativos, filantrópica, com sede e foro jurídico na cidade de São Paulo, Capital. A Pró-saúde tem duração por tempo indeterminado, com as seguintes finalidades:

- a) Prestar e promover assistência à educação, à saúde e a serviços médico-hospitalares a quantos procurarem seus serviços, sem distinção de nacionalidade, raça, credo religioso, opinião política ou qualquer outra condição, tanto em regime de internação, quanto ambulatorial;
- b) Prestar assistência social, por meio de asilos, creches e outras atividades que ajudem a comunidade a se realizar;
- c) Desenvolver, direta ou indiretamente, a pesquisa, tanto pura quanto aplicada, sobretudo em seus estabelecimentos, para favorecer o aperfeiçoamento das

- atividades da saúde, inclusive promovendo ou participando de campanhas específicas para assuntos de seu interesse e da coletividade a que atende;
- d) Levar a efeito atividades de saúde comunitária, com vistas à prevenção da doença, orientação sanitária e imunização.

ORGANIZAÇÃO

O hospital está organizado em unidades administrativas, técnicas e assistenciais que se inter-relacionam, compondo a estrutura organizacional. O organograma é o documento que demonstra e formaliza essa estrutura, bem como a relação hierárquica de subordinação existente entre as diversas unidades. Cabe ao Diretor de Operações e Diretor Geral do serviço sua aprovação.

Instruções para elaboração do Organograma:

- a) As comissões não precisam constar todas em ícones separados, aquelas ligadas à Diretoria Geral podem estar apresentadas em um único item denominado “Comissões” e no rodapé do documento citar na legenda todas as comissões que estão inseridas neste item;
- b) A identificação deverá ocorrer por setores/unidades. Não cite cargos no organograma;
- c) Serviços terceirizados deverão ser indicados em tens tracejados e ligados à Diretoria a qual estão associados;
- d) Funções de Staff, que respondem a um superior e não têm autoridade total sobre os níveis abaixo, são colocados em níveis intermediários e ligados a linha principal do superior correspondente;
- e) Siglas no organograma devem ser evitadas;
- f) As linhas de comunicação e hierarquia devem aparecer na legenda em acordo com o tipo utilizado;
- g) As instruções constantes deste item devem ser retiradas do Manual de Gestão após sua elaboração.

O Organograma apresenta-se em linhas de comando, a saber:

DIRETORIA PRÓ-SAÚDE SEDE

O serviço, enquanto organização é uma Dependência (filial) da Pró-Saúde, com sede em São Paulo, Capital. Neste sentido seu Diretor Geral e demais diretores de área são designados pela Pró-Saúde Sede.

DIRETORIA GERAL DO HOSPITAL

É a autoridade funcional do serviço, responsável pelo cumprimento das obrigações e metas previamente definidos em contrato, bem como pela implantação das diretrizes e políticas de gestão. Compete à Diretoria Geral cumprir e fazer cumprir este Manual.

DIRETORIAS/COORDENADORIAS DAS ÁREAS

É o órgão executor das políticas, diretrizes, objetivos e metas emanadas da alta direção, a serem implementados nas unidades sob comando direto, bem como representar os interesses e necessidades destas unidades no contexto do serviço. Compete cumprir e fazer cumprir este manual e representar a Diretoria Geral quando necessário.

NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

O núcleo deverá traduzir o modelo de gestão da Pró-Saúde atuando em consonância com as disciplinas que o compõe: gestão estratégica, gestão de processos, segurança assistencial, auditorias e certificações e serviço de atendimento ao cliente. O objetivo final é assegurar a qualidade e a segurança ao paciente/usuário que recebe prestação dos serviços.

COMISSÕES HOSPITALARES

A Diretoria irá organizar e manter em funcionamento todas as Comissões legalmente exigidas pelos Órgãos Públicos fiscalizadores da atividade hospitalar, bem como poderá criar outras para melhorar o desempenho institucional.

COMISSÕES OBRIGATÓRIAS

– Comissão de Ética Médica

Lei 3.268/57 de 30/09/1957 (DOU 04/10/1957). Resolução CFM 1215/85. É o órgão supervisor da ética profissional na instituição, representando os Conselhos Regional e Federal de Medicina. Estes Conselhos têm por atribuição julgar e disciplinar a classe médica nos aspectos referentes ao exercício profissional e ético da Medicina. Esta Comissão deverá ser presidida pelo Diretor Técnico e será composta pelos membros do Corpo Clínico do mesmo.

As competências estarão definidas na Ata de Abertura/Regimento da Comissão.

– **Comissão de Controle da Infecção Hospitalar (CCIH)**

A Comissão de Controle da Infecção Hospitalar é o órgão de assessoria à Direção Geral e de execução das ações de controle de infecção hospitalar – Resolução Nº 2616/1998 e de assessoramento dos serviços médicos e hospitalares. As competências estarão definidas na Ata de Abertura/Regimento da Comissão; composta pelos profissionais do Hospital que têm maior afinidade com a problemática, devendo participar necessariamente a coordenação dos serviços de apoio, enfermagem, farmácia, laboratório e médico infectologista responsável pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

– **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)**

Esta Comissão é regida pela Lei nº 6.514 de 22/12/77 e regulamentada pela NR-5 do Ministério do Trabalho, constituindo um órgão de assessoria e atuação, composta por cinquenta por cento de seus membros indicados pela Diretoria e cinquenta por cento de seus membros eleitos pelos colaboradores do serviço.

Esta comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

– **Comissão de Revisão de Prontuários**

Resolução 1638 de 10/07/2002. Esta Comissão deve ser designada pelo Diretor Geral, sendo membros dessa comissão representante indicado pelo Diretor Técnico, Diretor Clínico, Diretor de Enfermagem, Psicólogo, Assistente Social, Faturamento, bem como outros profissionais que se fizerem necessários. Está comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

– **Comissão de Óbitos**

(Legislação estadual) Esta Comissão deve ser designada pelo Diretor Geral e devem ser considerados membros dessa comissão representante indicado pelo Diretor Técnico, Diretor Clínico, Diretor de Enfermagem, médico patologista, bem como, outros profissionais que se fizerem necessários. Está comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

– **Comissão de Avaliação Nutricional**

Ministério da Saúde (Portaria 337, 14/04/99). Esta Comissão deve ser designada pela Diretoria Clínica e devem ser considerados membros dessa comissão representantes indicados pelo Diretor Técnico, Diretor de Apoio, Diretor de Enfermagem, Diretor Administrativo, Representante SCIH, NEP, bem como, outros profissionais que se

fizerem necessários. Esta comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

– **Comissão de Ética de Enfermagem**

Resolução COFEN 172/94. Esta Comissão deve ser designada pela Diretoria de Enfermagem e devem ser considerados membros desta, profissionais indicados pela mesma, os quais deverão ter entre outras atribuições, a colaboração com os CORENS regionais no combate ao exercício ilegal da profissão. Esta comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

Comissões Recomendadas

(Conforme requisitos contratuais, perfil assistencial e necessidades de cada hospital).

- a) Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos;
- b) Comissão de Gerenciamento de Resíduos Serviços de Saúde;
- c) Comissão do Plano de Contingência Institucional;
- d) Comissão de Hemoderivados;
- e) Comissão Intra hospitalar de Transplantes;
- f) Comissão de Curativos;
- g) Comissão de Farmacovigilância e Tecnovigilância;
- h) Comissão de Humanização.

EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP

O NEP deve interagir com todas as unidades, visando implementação de práticas de educação permanente do profissional em seu local de trabalho.

COMUNICAÇÃO

Compete fortalecer a comunicação e a imagem do serviço junto à comunidade em geral, às instituições de classe, aos clientes internos e externos.

RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

Prover profissionais qualificados para suprir, em tempo, as vagas de trabalho abertas pelo hospital. Avaliar perfil e emitir laudo dos candidatos.

ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

Responsável pela admissão, compensação e desligamento de pessoal, ou seja, todo processo de acompanhamento da relação contratual do colaborador com o serviço.

Representar o serviço junto aos órgãos oficiais (DRT, Sindicato, Justiça do Trabalho, etc.).

SEGURANÇA E MEDICINA DE TRABALHO (SESMT)

Deve promover o mais alto grau de bem-estar físico, mental e social aos trabalhadores, prevenir os desvios de saúde e proteger os trabalhadores dos riscos resultantes dos agentes agressores no ambiente de trabalho.

FINANCEIRO

Responsável pela administração de recursos financeiros, planejando e executando as políticas que vão assegurar fluxo adequado de pagamento a fornecedores e prestadores de serviço, maximizando as receitas disponíveis.

FATURAMENTO

Responsável pelo processamento, cobrança e recebimento das contas hospitalares dos pacientes, internos e externos, do sistema único de saúde, particulares e diversos convênios contratados.

CONTABILIDADE

Responsável por registrar e monitorar toda ação econômica que resulte em compromisso financeiro perante terceiros seja para pagamento ou recebimento de recursos, subsidiando os gestores com informações pertinentes.

CUSTOS

Responsável por gerar informações sobre a utilização de recursos e contribuição de resultado gerado em cada serviço do hospital, precificação, apuração e análise de desempenho de serviços existentes e novos projetos.

PATRIMÔNIO

Responsável por catalogar e controlar todos os bens patrimoniais. Proceder a controles de inclusão, transferência e baixa dos bens próprios e de terceiros sob guarda.

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Prover sistema de informações adequado e seguro necessário aos serviços prestados. Responsável pela assistência técnica de software e hardware, atualização de sistemas

operacionais, procedimentos de segurança e preservação de informações e avaliação de novas tecnologias.

HOTELARIA

Responsável pelo gerenciamento da interface dos serviços de apoio com o objetivo de garantir qualidade do atendimento ao cliente através dos meios de hospedagem oferecidos.

NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Prover alimentação adequada aos usuários do serviço. Realiza a produção e a distribuição de todos os alimentos, avalia, acompanha e orienta nutricionalmente os pacientes internados nas diversas clínicas, bem como fornece alimentação aos profissionais e acompanhantes.

PROCESSAMENTO DE ROUPAS

Prover roupa necessária aos serviços prestados. Realiza a coleta, transporte e separação de roupa suja, bem como o processamento de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição.

SEGURANÇA

Manter a ordem e zela pelos bens patrimoniais da instituição. Responsável por controlar acessos e fluxos (pessoas e bens).

HIGIENE E LIMPEZA

Prover ambiente limpo e seguro necessário aos serviços prestados. Planeja e executa todas as atividades relacionadas à preservação, limpeza, desinfecção, tratamento e manutenção de piso, parede e mobiliário, faz coleta de resíduos.

COMPRAS

Prover o abastecimento de insumos adequados e seguros necessários aos serviços prestados. Responsável por assegurar a melhor relação preço e qualidade pertinentes ao orçamento do serviço.

ALMOXARIFADO

Responsável pelo recebimento, guarda, controle e distribuição dos insumos necessários ao funcionamento do serviço observando condições técnicas e de segurança pertinentes.

FARMÁCIA

Prover medicamentos adequados e seguros necessários aos serviços prestados pelo serviço. Responsável por programar, receber, estocar, preparar, controlar e distribuir medicamentos e correlatos e manipular fórmulas magistrais.

INFRAESTRUTURA

Prover instalações adequadas e seguras necessárias aos serviços prestados pelo serviço. Adequação e manutenção de ambientes hospitalares em conformidade com os requisitos da RDC50. Conservação, recuperação e vistoria (laudo técnico) dos equipamentos, sistemas ou instalações do serviço, com a finalidade de garantir sua completa operacionalidade.

ENGENHARIA CLÍNICA

Assegurar que todos os equipamentos de suporte à vida estejam em pleno funcionamento e acompanhar toda questão preventiva e corretiva dos mesmos. Manter controle dos laudos técnicos de funcionamento, localização e calibração.

ATENDIMENTO - RECEPÇÕES

Executar o atendimento a pacientes, acompanhantes e demais pessoas que buscarem contato com o serviço. Responsável por processar os registros e encaminhamentos adequados e seguros de todos os atendimentos.

INTERNAÇÃO

Receber pacientes e prover informações as pessoas que buscarem contato com o serviço. Responsável por executar a internação e o encaminhamento adequado e seguro dos pacientes e realizar gerenciamento de leitos.

TELEFONIA

Responsável pela comunicação via telefone e sistema de som, visando informar, realizar e direcionar ligações, localizar pessoas, fazer anúncios, entre outros.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO – SAU

Atuar como canal de comunicação entre cliente com o serviço. Receber e dar o encaminhamento adequado e seguro a toda manifestação registrada ou verbal que

seja feita envolvendo o serviço, seus serviços e profissionais. Responsável por pesquisar e medir o grau de satisfação dos clientes e prover informações as Diretorias e demais lideranças do serviço.

SERVIÇO SOCIAL

Prestar assistência social aos pacientes e profissionais do serviço, em uma abordagem educativa, respeitando os princípios éticos e técnicos da profissão como premissa do serviço.

ARQUIVO E ESTATÍSTICA

Zelar pela preservação do prontuário e qualidade dos registros. Assegurar o fluxo e guarda do prontuário do paciente, conforme legislações e normas estabelecidas, bem como compilação de dados estatísticos.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO (SADT)

Constituído pelas áreas que realizam exames e tratamentos, têm como atribuição o auxílio no diagnóstico precoce e tratamento das principais patologias, contando com a utilização de tecnologia adequada e técnicas preconizadas pelos manuais de boas práticas e protocolos assistenciais.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E TRAÇADOS:

Composto por Radiologia, Ultrassonografia, Tomografia, Endoscopia, Colonoscopia, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, e outros que por ventura venham ser implantados.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Serviço destinado a análise laboratorial dos componentes do organismo, por meio de exames de sangue, urina, etc.

LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

Esta unidade destina-se a realizar exames citológicos e estudos macro ou microscópios de peças anatômicas retiradas cirurgicamente de doentes para fins de diagnósticos

PSICOLOGIA

Prestar atendimento psicológico aos pacientes internados e seus familiares utilizando psicoterapia breve e focal bem como contribuir para a melhoria do nível de saúde mental, aderência ao tratamento e reabilitação sócio psicológica.

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

Unidade física com ambientes destinados a armazenar, realizar testes de compatibilidade e distribuir hemocomponentes para aplicação.

AMBULATÓRIO

Destinado ao atendimento de consultas de especialidades médicas diversas, conforme perfil do serviço. São recebidos nesta unidade, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.

DIRETORIA TÉCNICA

É o órgão executor das políticas, diretrizes, objetivos e metas emanadas da alta direção, a serem implementadas junto ao Corpo Clínico com o objetivo de programar o modelo assistencial através de práticas de qualidade e segurança, bem como representar organizar e supervisionar as atividades médicas, responsabilizando-se pelas atividades técnicas do serviço médico do serviço, assegurando o exercício correto da Medicina, conforme as normas vigentes.

CORPO CLÍNICO

O Corpo Clínico é constituído por médicos credenciados a desenvolverem atividades profissionais no âmbito do serviço:

- I. Os membros do Corpo Clínico por possuírem autonomia profissional são responsáveis pela assistência médica aos que procuram o serviço e responde civil, penal e eticamente por seus atos;
- II. Aos membros do Corpo Clínico, será franqueada a utilização da infraestrutura, instrumentais cirúrgicos e equipamentos, para atendimento dos clientes/pacientes e cuidados oferecidos pelo serviço, na forma deste Manual de Gestão, observada a habilitação de cada um, sem ônus para os mesmos, ressalvados os contratos em geral;
- III. O credenciamento de médicos ao Corpo Clínico se fará conforme prescreve o presente Manual de Gestão.

O Corpo Clínico, órgão de caráter administrativo e sem personalidade jurídica, é constituído de Direção Clínica, Comissão de Ética Médica e Setores Médicos necessários e possíveis para o atendimento da demanda de clientes do serviço, obedecidas às determinações do presente Manual de Gestão:

- I. O Corpo Clínico possuirá Regimento elaborado pela Direção Clínica, seguindo o RI SEDE.DM.001 ou RI.SEDE.DM.002 – Regimento do Corpo Clínico (1 – Baixa

Complexidade, 2 – Média e Alta Complexidade) disciplinando assuntos técnicos e éticos;

- II. O regimento do Corpo Clínico, para ter vigência plena, não poderá contrariar o disposto neste Manual de Gestão.

A Diretoria do serviço, em acordo com o Diretor Clínico e o Diretor Técnico, poderá eventualmente, autorizar médicos não pertencentes ao Corpo Clínico a atenderem clientes no serviço.

A existência de Corpo Clínico, constituído regularmente, não impede que a Diretoria convenie com pessoas jurídicas prestadoras de serviços e que seus profissionais médicos, atendam, no Hospital, os clientes a elas vinculados.

A terceirização dos Serviços Médicos poderá ser realizada por meio da celebração de contrato entre pessoas jurídicas, registrado em cartório, ficando garantido ao serviço o direito de fiscalização do serviço, a realização do faturamento, sua participação e a aplicação das normas deste Manual de Gestão.

Nota: Em observância ao organograma, anexar outras áreas existentes e excluir aquelas que não fazem parte do escopo.

SERVIÇOS DA PRÓ-SAÚDE SEDE

Sede/ Diretoria Executiva

Compete nomear diretores, acompanhar e orientar todo o processo de gestão, nos assuntos administrativos de complexidade e relevância. Controlar e assegurar o bom desempenho do serviço

Sede/Apoio Técnico

Profissionais especialistas das áreas médica, de enfermagem, contabilidade, finanças, administração geral, administração de pessoal, gestão da qualidade, abastecimento, gestão de suprimentos e outros, compõem a equipe de Apoio Técnico. Através de visitas periódicas, esses profissionais orientam e participam do processo de gestão do serviço.

Sede/Departamento Jurídico

Advogados da Sede orientam todas as demandas jurídicas. O serviço poderá contar com apoio de advogados locais, porém, sob supervisão do Jurídico da Sede, ao qual compete:

- Avaliar todos os contratos de prestação de serviços que a Unidade mantém com terceiros;
- Defender os interesses do serviço, judicial e extrajudicialmente;
- Atuar em todas as ações em que o Hospital for sujeito ativo ou passivo;
- Orientar o serviço sobre a conduta a ser adotada, objetivando eliminar ou diminuir os riscos trabalhistas, civis e penais, para não acumular obrigações futuras;
- Emitir pareceres sobre questões inerentes ao serviço, na aplicação dos diversos dispositivos legais que forem aprovados;
- Acompanhar e orientar a Unidade junto ao sindicato patronal nas negociações referentes às Convenções Coletivas de Trabalho.

Nota: Outros serviços poderão ser processados diretamente pela Sede, conforme a característica do serviço. Neste caso serão descritos neste item.

QUALIDADE INTEGRADA À GESTÃO HOSPITALAR

A gestão hospitalar está alinhada as ações de identificação e implementação de melhorias da qualidade nos processos operacionais e boas práticas aplicadas aos serviços hospitalares, bem como às diretrizes corporativas estabelecidas pela Sede da Pró-Saúde.

Requisitos Gerais

O serviço identifica a totalidade de seus processos de trabalho por meio do mapeamento setorial e das possíveis interações administrativas ou técnicas (fornecedores e clientes), objetivando com isto o estabelecimento de controles e critérios padronizados para desempenho da assistência como um todo. A busca pelo alcance das metas estabelecidas é a evidência do comprometimento do serviço com a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Objetivos da Qualidade Integrada à Gestão Hospitalar

Os objetivos da qualidade foram estabelecidos com base no planejamento estratégico do serviço, desdobrados em metas, indicadores e ações as quais deverão ser observadas e cumpridas integralmente, conforme requisitos contratuais acordados com as partes interessadas.

Cumprimento integral das obrigações contratuais

Para prover serviços de qualidade na assistência por meio de sua infraestrutura, profissionais capacitados, recursos tecnológicos, sustentabilidade e atendimento às legislações da saúde, a gestão deve assegurar o cumprimento integral das obrigações contratuais, garantindo assim, o pleno atendimento das necessidades e expectativas de seus clientes e partes interessadas. Dentre as obrigações contratuais podem ou devem ainda constar, as seguintes premissas:

a) Viabilidade Econômica

Com o intuito de propiciar uma estrutura hospitalar sólida e perene, é fundamental que haja por parte da gestão uma preocupação em assegurar o equilíbrio econômico-financeiro da instituição, por meio das devidas alocações específicas de recursos que garantam o atendimento aos requisitos da qualidade do serviço.

b) Auditorias (internas e externas) e certificações

O serviço mede seu grau de aderência a padrões de qualidade por meio de avaliação e aplicação dos requisitos em seus processos/atividades de atendimento ao paciente/cliente, objetivando a excelência dos serviços prestados, contando sempre que possível, com sua adesão a programas de qualidade objetivando a melhoria contínua.

c) Treinamento e Desenvolvimento

A qualidade dos serviços oferecidos somente será alcançada caso haja o desenvolvimento e aprimoramento de seu capital intelectual. Promovendo treinamento o serviço visa a disseminação do conhecimento por meio de cursos de capacitação, aperfeiçoamento técnico e reciclagem de conceitos junto a seus profissionais.

d) Satisfação do paciente/cliente

Colocamos as expectativas dos nossos clientes externos e internos no ponto central da nossa atuação. O nosso sucesso é medido através da satisfação dos clientes com os nossos serviços, e da sua fidelidade em relação à instituição.

e) Responsabilidade Socioambiental

Buscamos conquistar a confiabilidade junto à comunidade por meio do nosso compromisso na gestão das questões ambientais e sociais. A utilização responsável dos recursos durante todo o ciclo de vida dos nossos serviços aumenta a nossa credibilidade e sustentabilidade perante a sociedade e meio ambiente.

f) Humanização

Uma das premissas mais importantes para o serviço é a Humanização, conceito que busca acolher e envolver os pacientes/clientes de forma que sua estadia e recuperação ocorram dentro de um ambiente de respeito e sensibilidade.

Estrutura do NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

A qualidade em um conceito maior foi traduzida no modelo de gestão da Pró-Saúde no conjunto de várias ações que somadas originaram o NQSP, que tem em sua base as políticas de segurança do paciente instruídas pelo Ministério da Saúde. Tem em sua constituição, no mínimo, médico, enfermeiro, diretor geral e especialista em qualidade. O objetivo final é assegurar a qualidade e a segurança ao paciente/cliente que recebe prestação dos serviços no hospital.

Responsabilidade e Autoridade:

A responsabilidade e autoridade do pessoal que administra, desempenha e verifica atividades que influenciam os resultados de processos e desempenho no tocante à qualidade dos serviços prestados, sejam eles relativos à assistência, apoio e/ ou às rotinas administrativas, estão definidas nas descrições de cargo e representada no organograma.

Membros individuais da organização podem assumir mais de uma responsabilidade. Na ausência de qualquer titular de uma atividade específica, esta estará automaticamente delegada ao seu superior imediato ou pessoa designada.

Estrutura da Documentação:

É a intenção deste Manual de Gestão, normatizar a hierarquia de documentos existente nos hospitais:

- **Circular Normativa**

Documento que declara as deliberações estratégicas da Diretoria referente à assuntos de interesse comum a toda a Instituição.

- **Políticas**

Documento que declara e institui as intenções, diretrizes, regras, normas e responsabilidades da Diretoria, em relação às suas estratégias e objetivos, bem como, determina a estrutura e recursos para sua implementação.

- **Manual de Gestão**

Documento que descreve o sistema de gestão de uma organização de acordo com os padrões e normas de referência.

- **Regimentos Obrigatórios**

São os regimentos exigidos por força da lei, normalmente relativos às comissões obrigatórias e integram a ata de abertura das mesmas.

- **Protocolos Clínicos**

Recomendações desenvolvidas sistematicamente, para auxiliar no manejo de um problema de saúde, dentro de uma circunstância clínica específica, preferencialmente baseada na melhor informação científica (embasados em evidência).

- **Protocolos De Segurança Do Paciente**

Definição de conduta objetiva atribuída aos profissionais no âmbito da atenção à saúde. Representa o resultado de consenso técnico-científico formulado dentro de parâmetros de qualidade, precisão de identificação e metodologia.

- **Manuais Institucionais**

Documento que descreve de modo amplo orientações de todas as etapas de um processo sistêmico (abrangência institucional) que compõem o Sistema de Gestão.

- **Mapa de Processos**

Documento que descreve o conjunto de atividades inter-relacionadas, em sua sequência lógica, que transformam as entradas (fornecedores e insumos) em saídas (produtos e clientes) que deve agregar valor na percepção dos clientes, mencionando seus indicadores de desempenho para proporcionar sua gestão.

- **Procedimentos de Gestão**

Documento que descreve orientações sobre uma ou mais etapas de um processo sistêmico (abrangência institucional) que compõem o Sistema de Gestão.

- **Manuais Técnicos**

Documento que descreve de modo amplo todas as etapas de um processo de abrangência setorial, ou seja, documentos com aplicação específica.

- **Instruções de Trabalho**

Documentos que descrevem com adequado grau de detalhamento a forma específica de executar uma atividade de um processo, setor ou área especificamente.

– **Registros**

É um tipo de documento que apresenta os resultados obtidos ou fornece evidências de atividades realizadas, que pode ser escrito ou automatizado sendo: notas, relatórios, lista de presença, pedido de compras, guias, formulários preenchidos e outros.

– **Forma de apresentação e controle de documentos e registros**

Os documentos são elaborados, aprovados e controlados conforme **PG.SEDE.GI.001 - Controle de Documentos e Registros**, e suas atualizações. O procedimento adotado também contempla a clara identificação das alterações, garantindo a todos os envolvidos a disponibilização da última revisão nos locais de trabalho, onde são necessários para orientar o desenvolvimento das atividades e que os considerados obsoletos sejam prontamente retirados do uso.

Os registros são estabelecidos e mantidos quanto à sua Identificação, Armazenamento, Proteção, Recuperação, Tempo de Retenção e Disposição dos registros e documentos internos e externos utilizados pelos diversos processos identificados, também descritos no supracitado procedimento de gestão.

RESPONSABILIDADE DA DIREÇÃO

– **COMPROMETIMENTO DA ALTA DIREÇÃO**

As Diretorias estão comprometidas com o desenvolvimento, a implementação e a melhoria contínua dos processos, sendo demonstrado por meio do cumprimento dos objetivos que sustentam a identidade estratégica/organizacional do serviço e que dizem respeito ao atendimento aos requisitos e cláusulas contratuais de gestão, e a garantia da qualidade na prestação de serviços médico-hospitalares.

– **METAS DA ALTA DIREÇÃO**

A Diretoria do hospital definiu entradas para o monitoramento de metas que serão abordadas nas reuniões de análise crítica, com o intuito de verificar:

- a) Metas contratuais e orçamentárias;
- b) Resultado da assistência prestada aos pacientes e pesquisa de satisfação;
- c) Indicadores operacionais, indicadores estratégicos e indicadores corporativos da Pró-Saúde.

– **METAS DOS GESTORES DE PROCESSOS**

Há reuniões de nível gerencial, que são consideradas análises críticas de processos, com periodicidade pré-definida, visando adequação e eficácia dos processos. São considerados dados de entradas a serem analisados:

- a) Resultados relacionados a pacientes;
- b) Situações de Ações Corretivas e Preventivas e mitigação de riscos;
- c) Desempenho dos processos (através dos resultados dos indicadores setoriais);
- d) Acompanhamento do cumprimento de Planos de Ação

– **COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO**

O processo de comunicação tem como objetivo a disseminação dos objetivos do serviço e as ações voltadas para a qualidade dos serviços prestados, visando manter informados e conscientizados os colaboradores, fornecedores e pacientes.

Meios para comunicação/divulgação

A tabela abaixo demonstra a aplicabilidade:

Conteúdo para Comunicação	Público Alvo	Responsabilidade	Periodicidade	Forma de Comunicação
Missão, Visão e Valores	Colaboradores e pacientes	Direção Geral	Contínua	Informativos, quadros nas áreas, Intranet, papel de parede dos computadores, banners, folders, eventos relacionados.
Objetivos, Metas e Projetos	Colaboradores	Gestores dos Processos, Direção e NQSP.	Acompanhamentos mensais e/ou conforme definido em ata de reunião e ou quando necessário	Mural das áreas, Ata de Reunião de Análise Crítica e/ou Reunião com colaboradores e intranet

Resultados de Auditorias Internas e Externas, Plano de Ação e Melhorias	Colaboradores dos setores envolvidos	Gestores dos Processos, Direção e NQSP.	Reuniões para apresentação dos resultados e Reunião de Análise Crítica	Ata de Reunião de Análise Crítica e/ou Reunião com colaboradores e intranet
Dados de Produção e Produtividade	Setorial	Responsável pela atividade ou processo	Mensal e com validade determinada.	Indicadores setoriais
	Geral	Responsável pela atividade ou processo	Mensal e com validade determinada.	Indicadores Gerais

5.2.4. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

A seguir apresentamos um modelo de Manual de Gestão do Serviço de Enfermagem conforme solicitado em edital.

Ressaltamos que a Pró-Saúde utiliza um único instrumento denominado “ Manual de Gestão” que contempla todas as áreas do hospital, apresentado no item anterior.

INTRODUÇÃO:

O objetivo do serviço de enfermagem é desenvolver ações de atenção integral a saúde dos usuários, com excelência e eficácia, respeitando os princípios éticos, técnicos e científicos da categoria, mantendo-se em consonância com a missão da Instituição.

O Regimento do Serviço de Enfermagem contempla as finalidades, posição, recursos humanos e atribuições da Enfermagem, requisito para ingresso nos serviços, horário e disposições gerais.

É de caráter normativo e flexível e tem por finalidade orientar, instruir e fomentar uma assistência de enfermagem, baseada nos preceitos da lei, da ética e em referenciais teórico-práticos que viabilizam a construção do conhecimento e a promoção da assistência de enfermagem, com competência, qualidade e humanismo de acordo com as diretrizes do SUS.

CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

Art. 1º- O Serviço de Enfermagem tem por finalidade prestar uma assistência com qualidade, com ausência de riscos ao cliente/ paciente, atuando em consonância com a Missão, Visão e Valores institucionais, têm a filosofia baseada nos seguintes princípios:

- Promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Atendimento humanizado e integral;
- Respeito ao paciente, família e profissionais;
- Trabalho multiprofissional, respeitando o modelo de gestão e atenção;
- Incentivo ao desenvolvimento pessoal através de capacitações e estímulo ao trabalho em equipe;
- Promoção da interação de ensino/ pesquisa/ assistência propiciando espaços de prática para a Residência e Graduação em Enfermagem, assim como para o nível médio.

CAPÍTULO II – DA RESPONSABILIDADE

Art. 2º- Compete ao Serviço de Enfermagem:

- Fazer cumprir a Lei do Exercício Profissional conforme Decreto nº 94.406 de 08/06/1987;
- Fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem conforme Resolução COFEN nº 311/2007;
- Realizar o dimensionamento do pessoal de enfermagem conforme Resolução COFEN nº 293/2004;
- Estabelecer políticas da assistência de enfermagem através da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

CAPÍTULO III - DO PESSOAL, SEUS REQUISITOS E COMPETÊNCIAS

Art. 3º - A equipe de enfermagem possui as seguintes atribuições, divididas em funções específicas:

- Enfermeiro

- Gerente de Enfermagem
- Coordenador de Enfermagem
- Supervisor de Enfermagem (Unidade/Serviços/Clínicas)

- Enfermeiro Assistencial
- Enfermeiro Diarista
- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

-Técnico de Enfermagem

Art. 4º - São requisitos e competências para Gerente/Supervisor/Coordenador de Enfermagem (Unidade/Serviços/Clínicas)

Requisitos:

Gerente de Enfermagem

- a. Graduação em Enfermagem
- b. Registro junto ao COREN e quites com suas obrigações financeiras junto ao COREN
- c. Ensino Superior Completo em Enfermagem ou Especialização em Administração Hospitalar ou Gestão em Saúde ou MBA em Gestão Estratégica ou Gestão de Negócios e afins.
- d. No mínimo 05 anos na área de enfermagem e 01 ano de experiência na área de coordenador de enfermagem.
- e. Desejável experiência profissional de três anos como enfermeiro assistencial

Competências: Orientação para resultados, Foco no Cliente, Relacionamento Interpessoal e Comunicação. Gestão de Equipe, Liderança, Planejamento, Visão de Negócio e Visão Sistêmica. Prevenção e solução de problemas, negociação, resiliência, criatividade, iniciativa, segurança na tomada de decisão.

Coordenador de Enfermagem

- a. Graduação em Enfermagem
- b. Registro junto ao COREN e quites com suas obrigações financeiras junto ao COREN
- c. Ensino Superior Completo em Enfermagem. Pós-Graduação em Gestão Hospitalar, Gestão em Saúde, Gestão de Pessoas, Administração Hospitalar e áreas afins.
- d. Desejável: 01 ano em cargo de Supervisão de Enfermagem.

Competências: Orientação para Resultados, Foco no Cliente, Relacionamento Interpessoal e Comunicação. Gestão de Equipe, Liderança, Planejamento e Visão Sistêmica. Prevenção e Solução de Problemas, Negociação, Iniciativa, Organização,

Segurança na Tomada de Decisão e Resiliência. Liderança, negociação, visão sistêmica dos serviços do SUS e comprometimento com o projeto institucional.

Supervisor de Enfermagem

- a. Graduação em Enfermagem
- b. Registro junto ao COREN e quites com suas obrigações financeiras junto ao COREN
- c. Ensino Superior Completo em Enfermagem. Desejável Especialização em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar ou Gerenciamento de Enfermagem.
- d. Desejável: Mínimo de 02 anos de experiência como Enfermeiro.

Competências: Orientação para Resultados, Foco no Cliente, Relacionamento Interpessoal e Comunicação. Gestão de Equipe, Liderança, Planejamento e Visão Sistêmica. Equilíbrio Emocional, Flexibilidade, Prevenção e Solução de Problemas, Negociação, Autonomia do Processo de Trabalho e Segurança na Tomada de Decisão

Art. 5º - São requisitos e competências para o Enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

Requisitos:

- a. Graduação em Enfermagem
- b. Registro junto ao COREN e quites com suas obrigações financeiras junto ao COREN
- c. Experiência profissional de três anos como enfermeiro na instituição

Competências: Capacidade de atualização científica, sobre assuntos relacionados ao controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, capacidade de comunicação e bom relacionamento com as interfaces do hospital, tomada de decisão e assessoria a respeito dos agravos relevantes.

Art. 6º - São requisitos e competências para o Enfermeiro Diarista:

Requisitos:

- a. Graduação em Enfermagem
- b. Registro junto ao COREN

c. Experiência profissional mínimo de 02 anos de experiência em pronto socorro adulto e infantil, pronto atendimento; e experiência de 1 ano de supervisão em qualquer unidade hospitalar

Competências: Liderança, trabalho em equipe, flexibilidade e comprometimento com o projeto institucional.

Art. 7º - São requisitos e competências para o Enfermeiro Assistencial:

Requisitos:

- a. Graduação em Enfermagem
- b. Registro junto ao COREN
- c. Experiência profissional mínimo de 02 anos de experiência como Enfermeiro.

Competências: Liderança, trabalho em equipe, flexibilidade e comprometimento com o projeto institucional.

Art. 8º - São requisitos e competências para o Técnico de Enfermagem:

Requisitos:

- a. Curso de Técnico em Enfermagem
- b. Registro junto ao COREN
- c. Experiência profissional

Competências: Responsabilidade e atitude ética, comunicação, trabalho em equipe e comprometimento com o projeto institucional.

CAPÍTULO IV– DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9º- São atribuições do Gerente de Enfermagem:

- Elaborar e executar o Planejamento Estratégico anual de enfermagem alinhado ao planejamento da instituição;
- Realizar diagnóstico, planejar e avaliar resultados das ações pertinentes a enfermagem;
- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas no exercício profissional da Enfermagem;

- Realizar gestão estratégica de trabalho, apoiar iniciativas e projetos de interesse do Hospital;
- Cooperar com as demais Diretorias do Hospital e assessorá-las nos assuntos de sua competência;
- Convocar e participar nas reuniões com coordenador e supervisores de enfermagem;
- Participar nas ações de formação em serviço que são efetuadas na unidade;
- Efetuar a avaliação de desempenho do coordenador e supervisores de enfermagem, de acordo com a legislação e orientações da instituição;
- Estabelecer as diretrizes da assistência de enfermagem de acordo com a missão, visão e valores da instituição;
- Assumir a responsabilidade técnica do Serviço de Enfermagem junto aos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e demais entidades reguladoras de saúde;
- Assegurar a prestação da assistência de enfermagem em todas as áreas de atendimento do Hospital em quantidade e qualidade, garantindo sua efetividade;
- Gerenciar as atividades técnicas, administrativas, de ensino e pesquisa junto a Educação Permanente e Desenvolvimento, em consonância com a Diretoria Técnica do Hospital;
- Acompanhar os trabalhos da Comissão de Ética em Enfermagem, tomando providências quando necessário sobre atitudes e comportamentos dos profissionais de enfermagem;
- Dimensionar o quadro de profissionais de enfermagem e solicitar o provimento nas vagas das unidades de trabalho;
- Indicar os supervisores de enfermagem como cargos de confiança, respeitando o critério e requisitos específicos de cada cargo;
- Assegurar a disponibilidade de serviços de enfermagem para todas as unidades do hospital, bem como sua qualificação consoante aos objetivos e missão da Gerência de Enfermagem e em perfeita conformidade com o regulamento do exercício de enfermagem (COREN);
- Estruturar, organizar e dirigir a Gerência de Enfermagem, assegurando a qualidade da assistência, desenvolvendo, preservando e mantendo atualizados os processos de qualidade;
- Colaborar no planejamento dos objetivos, estratégias e políticas operacionais da Gerência Assistencial;

- Elaborar, propor e executar o plano de atividades da sua área de responsabilidade, inclusive normas quando necessárias;
- Aprovar os planos, dirigir e controlar as atividades das áreas subordinadas, às unidades de internação adulto, unidade de internação infantil, centro cirúrgico, CME, pronto atendimento adulto, pronto atendimento infantil, psiquiatria;
- Zelar pelo patrimônio e imagem do hospital;
- Tratar de assuntos específicos, de acordo com as qualificações e conhecimentos pessoais;
- Organizar, dirigir e supervisionar os cuidados de Enfermagem prestados pelo Hospital, assegurando assistência contínua e eficiente aos pacientes;
- Propor adaptações e reformar de planta física que se façam necessárias para atender às necessidades técnicas;
- Manter a Diretoria Técnica informada sobre todos os problemas operacionais, técnicos e administrativos relacionados com os cuidados prestados aos pacientes, bem como, dar sugestão das alterações em protocolos e manuais de Enfermagem;
- Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do paciente, de seus familiares e da equipe de enfermagem;
- Apresentar relatórios mensais sobre as atividades realizadas e movimentos estatísticos;
- Motivar a equipe a uma visão holística do paciente, mantendo cuidados de forma integral e individualizada;
- Visitar as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe;
- Convocar e presidir reuniões com a equipe de enfermagem;
- Manter uma integração com os demais serviços do Hospital para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente;
- Monitorar os serviços das empresas terceirizadas, visando manter a qualidade do serviço.

Art. 10º- São atribuições do Coordenador de Enfermagem (Unidade/ Serviços/ Clínicas):

- Realizar o monitoramento dos indicadores da Assistência de Enfermagem;
- Realizar o gerenciamento das Comissões de Enfermagem e das Comissões Multidisciplinares;

- Monitorar e intervir quando necessário, na escala de atividades do corpo de enfermagem;
- Emitir parecer sobre assuntos relativos à Assistência de Enfermagem;
- Gerar, analisar e divulgar indicadores de desempenho e qualidade;
- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas no exercício profissional da Enfermagem;
- Coordenar o processo de trabalho da Enfermagem com o objetivo de garantir indicadores básicos de qualidade nas Unidades Assistenciais;
- Realizar gestão estratégica de trabalho, apoiar iniciativas e projetos de interesse do Hospital;
- Cooperar com as demais Diretorias do Hospital e assessorá-las nos assuntos de sua competência;
- Estabelecer comunicação com a equipe Médica e Administrativa, para acerto de situações que se revelem necessárias;
- Participar nas ações de formação em serviço que são efetuadas na unidade;
- Efetuar a avaliação de desempenho dos enfermeiros e supervisores, de acordo com a legislação e orientações da Instituição;
- Acompanhar as atividades junto à Educação Permanente;
- Substituir o Gerente de Enfermagem na sua ausência;
- Validar escalas de folgas e férias, garantindo o dimensionamento correto da equipe;
- Efetuar auditorias periódicas aos registros de enfermagem;
- Fornecer relatórios e documentações sempre que solicitado pela Gerência de Enfermagem;
- Realizar as atividades de área/setor, seguindo as determinações do Gestor imediato e padronizações da Instituição;
- Acompanhar junto ao gestor imediato e Administração de Pessoal, a situação de cada profissional da equipe junto ao Conselho Regional de Enfermagem;
- Atuar na interface com os diversos serviços na resolução de não conformidades garantindo o desenvolvimento e avaliação de eficácia de todos os processos referentes à Assistência de Enfermagem.

Art.11º- São atribuições do Supervisor de Enfermagem (Unidade/Serviços/Clínicas):

- Supervisionar as atividades de sua área e participar das atividades integradas com as demais áreas;
- Atender as normativas do Conselho Regional de Enfermagem;

- Garantir o cumprimento das rotinas institucionais;
- Avaliar e acompanhar a produtividade de enfermagem de acordo com os parâmetros estabelecidos;
- Realizar o dimensionamento do quadro de pessoal da equipe de enfermagem para a qualidade na assistência prestada;
- Realizar reuniões periódicas com a equipe de enfermagem para discussão técnicas e administrativas;
- Realizar auditoria e emissão de parecer sobre insumos e materiais da assistência de enfermagem;
- Realizar ações corretivas e educativas motivadas por não conformidades identificadas nos registros de assistência de enfermagem;
- Manter controle sobre pontualidade, assiduidade e disciplina dos empregados de sua equipe;
- Avaliar periodicamente o nível de qualificação técnica dos empregados de sua responsabilidade;
- Participar da elaboração das rotinas dos serviços de enfermagem em conjunto com o Gestor bem como mantê-las atualizada;
- Promover e garantir o bom inter-relacionamento pessoal e profissional entre a equipe de enfermagem e demais equipes;
- Participar de treinamentos e programas de desenvolvimento oferecidos pela Instituição;
- Atuar na interface com os diversos serviços na resolução de não conformidades;
- Interagir com os diversos processos e serviços da unidade;
- Assegurar a correta utilização dos equipamentos e acessórios disponíveis para o processo assistencial;
- Manter interface com a Coordenação;
- Supervisionar o serviço prestado pelas empresas terceiras, garantindo a qualidade da assistência;
- Supervisionar os registros da assistência de Enfermagem de todo equipamento, em conformidade com a legislação em vigor;
- Supervisionar o processo de higienização, limpeza e organização das dependências da unidade;
- Supervisionar ou acompanhar a realização de procedimentos técnicos, enfocando segurança e diminuição de riscos de infecção;
- Receber e passar o plantão mantendo adequada comunicação entre as equipes;

- Elaborar escala de atividades, distribuir e acompanhar o cumprimento da mesma pela equipe de enfermagem;
- Elaborar escala de folgas, conferir presenças, faltas, atrasos e realocar os empregados para atendimento onde for necessário;
- Avaliar periodicamente os empregados de sua equipe;
- Redigir relatório no livro de plantão;
- Orientar e supervisionar o uso correto de materiais e equipamentos;
- Cumprir e fazer cumprir normas e recomendações de Biossegurança, mantendo o ambiente seguro para o paciente e equipe multiprofissional;
- Participar de reuniões pertinentes à área, quando solicitado pelo Gestor;
- Realizar as atividades de área/setor, seguindo as determinações do Gestor imediato e padronizações da Instituição;
- Supervisionar o cumprimento de normas estabelecidas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar colaborando para o controle de infecção.

Art. 12º- São atribuições do Enfermeiro Diarista

- Atender as normativas do Conselho Regional de Enfermagem;
- Garantir o cumprimento das rotinas institucionais.
- Garantir, juntamente ao Coordenador de Enfermagem, a comunicação com o corpo clínico, referente a mudanças no fluxo da Assistência de Enfermagem (quando interferir em processo médico);
- Realizar reunião mensal com a equipe de enfermagem, a fim de discutir ações que proporcionem uma assistência humanizada e com qualidade;
- Promover atualização contínua à equipe de enfermagem através da implantação de processos ou atividades solicitadas pela Instituição;
- Acompanhar, juntamente ao Coordenador de Enfermagem e Administração de Pessoal, a situação de cada profissional da equipe junto ao conselho de classe.
- Atuar na interface com os diversos serviços na resolução de não conformidades garantindo o desenvolvimento e avaliação de eficácia de todos os processos referentes à Assistência de Enfermagem;
- Supervisionar os registros da Assistência de Enfermagem de todo equipamento, em conformidade com a legislação em vigor;
- Realizar ações corretivas e educativas motivadas por não conformidades identificadas nos registros de Assistência de Enfermagem;
- Supervisionar os procedimentos técnicos e assistenciais executados pela equipe de Enfermagem;

- Supervisionar o processo de higienização, limpeza e organização das dependências da unidade;
- Acompanhar a escala de serviços da equipe de enfermagem, realizando análises críticas;
- Participar de treinamentos e programas de desenvolvimento oferecidos pela instituição;
- Participar de reuniões pertinentes á área, quando solicitado pelo gestor.
- Atuar na interface com os diversos serviços na resolução de não conformidades;
- Interagir com os diversos processos e serviços da unidade;
- Assegurar a correta utilização dos equipamentos e acessórios disponíveis para o processo assistencial;
- Prestar assistência a pacientes graves, desde sua admissão, e acompanhá-los em caso de remoção a outro serviço;
- Realizar Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de todos os pacientes na Internação, Observação e Emergência;
- Supervisionar o processo de higienização, limpeza e organização das dependências da unidade;
- Elaborar escala de folgas, conferir nela presença, faltas, atrasos realocar funcionários para atendimento onde for necessário;
- Avaliar periodicamente os empregados de sua equipe;
- Orientar e supervisionar o uso correto de materiais e equipamentos;
- Cumprir e fazer cumprir normas e recomendações de Biossegurança, mantendo o ambiente seguro para o paciente e equipe multiprofissional;
- Supervisionar cumprimento de normas estabelecidas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar colaborando para o controle de infecção.

Art. 13º- São atribuições do Enfermeiro Assistencial:

- Atender as normativas do Conselho Regional de Enfermagem;
- Garantir o cumprimento das rotinas institucionais;
- Acolher os pacientes de modo que sejam atendidos continuamente em suas necessidades;
- Prestar assistência a pacientes graves, desde sua admissão, e acompanhá-los em caso de remoção a outro serviço;

- Assegurar a correta utilização dos equipamentos e acessórios disponíveis para o processo assistencial;
- Receber e passar o plantão mantendo adequada comunicação entre as equipes;
- Redigir relatório no livro de plantão;
- Elaborar escala de atividades, distribuir e acompanhar o cumprimento da mesma pela equipe de enfermagem;
- Planejar e prover os recursos necessários para o desenvolvimento da Assistência de Enfermagem;
- Realizar os registros da Assistência de Enfermagem, conforme padrões da Instituição e a legislação em vigor;
- Supervisionar o preenchimento de registros da Assistência de Enfermagem realizados pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, conforme padrões da Instituição e a legislação em vigor;
- Realizar ações corretivas e educativas motivadas por não conformidades identificadas nos registros de assistência de enfermagem;
- Supervisionar os procedimentos técnicos e assistenciais executados pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
- Atuar na interface com os diversos serviços na resolução de não conformidades;
- Interagir com os diversos processos e serviços da unidade;
- Realizar, acompanhar e monitorar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de todos os pacientes da unidade;
- Preencher notificações de sua responsabilidade, segundo padronização da Coordenação de Vigilância Sanitária e Secretaria Estadual de Saúde;
- Supervisionar o processo de higienização, limpeza e organização das dependências da unidade;
- Acompanhar menor desacompanhado em consulta ou designar o Técnico ou Auxiliar de Enfermagem para fazê-lo;
- Supervisionar ou acompanhar a realização de procedimentos técnicos, enfocando segurança e diminuição de riscos de infecção;
- Participar de treinamentos e programas de desenvolvimento oferecidos pela Instituição;
- Receber e passar o plantão mantendo adequada comunicação entre as equipes;

- Elaborar escala de atividades, distribuir e acompanhar o cumprimento da mesma pela equipe de enfermagem;
- Elaborar escala de folgas, conferir presença, faltas, atrasos e realocar os empregados para atendimento onde for necessário;
- Avaliar periodicamente os empregados de sua equipe;
- Orientar e supervisionar o uso correto de materiais e equipamentos;
- Cumprir e fazer cumprir normas e recomendações de Biossegurança, mantendo o ambiente seguro para o paciente e equipe multiprofissional;
- Supervisionar cumprimento de normas estabelecidas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar colaborando para o controle de infecção;
- Participar de reuniões pertinentes à área, quando solicitado pelo Gestor;
- Realizar as atividades de área/setor, seguindo as determinações do Gestor imediato e padronizações da Instituição;
- Zelar pelo preenchimento e organização do prontuário do paciente;
- Facilitar e interagir com os processos do Supervisor de Enfermagem;
- Promover a comunicação efetiva com os clientes internos e externos, participar da tomada de decisão e resolução de problemas relacionados à assistência.

Art. 14º- São atribuições do Técnico de Enfermagem:

- Integrar a equipe de saúde, assegurando à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência;
- Realizar anotações de enfermagem pontuais, em ordem cronológica e com letra legível, devidamente datada, carimbadas e assinadas;
- Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos e auxiliar em procedimentos;
- Ministrando medicamentos por via oral, inalatória e parenteral;
- Realizar controle hídrico, registrando dados no prontuário do paciente;
- Realizar curativos conforme prescrição de enfermagem;
- Aplicar oxigenoterapia, nebulização e inalação;
- Pesar e medir o paciente;
- Alimentar e/ ou auxiliar o paciente;
- Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente: banho de aspersão ou leito, higiene oral, íntima e ocular e mudança de decúbito;
- Realizar aspiração de traqueotomia, tubo oro traqueal e vias áreas superiores;

- Realizar troca diária da fixação do tubo oro traqueal após o banho e sempre que necessário;
- Realizar punção venosa, identificando data da punção e atentar para sinais flogísticos;
- Colher material para exames laboratoriais e identificá-los corretamente;
- Realizar passagem de cateter nasogástrico e vesical, após avaliação do enfermeiro;
- Realizar controle de sinais vitais, glicemia capilar e pressão venosa central;
- Prestar cuidados de enfermagem no pré trans e pós-operatório;
- Circular sala de cirurgia, atentando para ações relacionadas à cirurgia segura;
- Prestar cuidados de enfermagem em situações de urgência/ emergência;
- Prestar cuidados de enfermagem ao paciente crítico sob supervisão do enfermeiro;
- Seguir normas relacionadas ao controle de infecção hospitalar (lavagem das mãos, precauções padrão, contato, gotículas e aerossóis);
- Zelar pela limpeza e ordem do material, dos equipamentos e das dependências da unidade;
- Garantir a manutenção e organização do carrinho de emergência;
- Participar da visita multiprofissional;
- Participar das reuniões de colegiado gestor setorial e das reuniões de equipe;
- Participar nos programas de treinamentos e aprimoramento profissional desenvolvidos na unidade e/ ou instituição;
- Participação das reuniões de Educação Permanente.

CAPÍTULO V – DAS NORMAS GERAIS

Art. 15º- Passagem de plantão

A passagem de plantão é um procedimento fundamental que garante a continuidade correta da assistência ao paciente, mas quando mal executada, infelizmente pode provocar danos. Para haver passagem adequada de plantão, deve ser realizada em local específico, com todos os profissionais presentes relatando as intercorrências sem nenhuma interrupção. Deve ser objetiva, rápida e priorizar as informações sobre intercorrências e as observações que fizerem parte da assistência prestada ao paciente.

O enfermeiro deve coordenar a passagem de plantão e estimular para que todos os membros da equipe estejam presentes.

Horários da passagem de plantão:

- Manhã: a partir das 06h 50min.
- Tarde: a partir das 12h 50 min.
- Noite: a partir das 18h50 min.

Art. 16º- O enfermeiro só poderá se ausentar da unidade a partir do momento que o próximo enfermeiro assumir o plantão, preservando a garantia da qualidade e continuidade da assistência.

Art. 17º- Norma Regulamentadora nº 32 ou NR- 32

É uma legislação do Ministério do Trabalho e Emprego que estabelece medidas para proteger a segurança e a saúde dos trabalhadores de saúde em qualquer serviço de saúde inclusive os que trabalham nas escolas, ensinando e pesquisando.

Normas/ recomendações a serem seguidas:

- As precauções padrão devem ser praticadas rotineiramente, usando sempre os equipamentos de proteção individual (EPI);
- O profissional da enfermagem deve atender a convocação para receber as vacinas e exames de saúde, eles são importantes para a prevenção de moléstias infecciosas que poderão estar presentes no ambiente de trabalho;
- Os trabalhadores com feridas ou lesões nos membros superiores só podem iniciar suas atividades após avaliação médica obrigatória com emissão de documento de liberação para o trabalho;
- O descarte de agulhas e outros materiais perfuro cortantes, sem reencapar, devem ser realizados dentro da caixa apropriada;
- Qualquer acidente de trabalho por menor que seja, mesmo não havendo afastamento do trabalho, deve ser notificado no Pronto Socorro Adulto- sala Azul e posteriormente a Unidade de Saúde do Trabalhador;
- O profissional da enfermagem deverá usar jaleco e será desejável o uso da roupa branca;
- Não deve usar adornos nos postos de trabalho, tais como: alianças e anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, broches, piercings

- expostos. Esta proibição estende-se a crachás pendurados com cordão e gravatas;
- Não deve usar calçado aberto. Entende-se por calçado aberto aquele que proporciona exposição da região do calcâneo (calcanhar), do dorso (peito) ou das laterais do pé;
 - Não guardar alimentos em locais não destinados para este fim;
 - Não manusear lentes de contato nos postos de trabalho.

Art. 18º- Situações de Impedimento Profissional

A enfermagem é uma profissão regida pelo Decreto nº 94. 406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. É necessário obedecer às leis que regem o exercício da enfermagem no país, mantendo inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, de acordo com a categoria profissional que está exercendo. A inscrição deve estar ativa e regularizada; o descumprimento do exposto anteriormente caracteriza exercício ilegal da profissão e conseqüentemente impedimento profissional. Uma vez constatado exercício ilegal da profissão, seja por inscrição provisória vencida ou falta de inscrição na categoria em que atua na instituição, o servidor será notificado por escrito pela Responsável Técnica de Enfermagem e terá 48 horas para regularizar a situação frente ao COREN, devendo apresentar declaração. Não regularizando a situação no prazo estipulado, o caso será encaminhado à Comissão de Ética de Enfermagem e ao Diretor do Hospital, que indica o impedimento profissional até a completa resolução da situação.

5.2.5. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

A seguir apresentamos um modelo de Regimento que poderá ser utilizado no hospital após as adaptações necessárias.

INTRODUÇÃO

O Hospital [**Hospital Nome**] é uma entidade de Direito Público (Privado), constituída juridicamente como (Sociedade Civil), prestadora de serviços devidamente registrada junto aos órgãos públicos, sediada na cidade de XXXXXXXX, Estado XX XXXX,

administrada pela Pró Saúde - Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar.

Este instrumento tem como objetivo definir o Regimento do Corpo Clínico, que normatiza e oferece diretrizes de organização e relacionamento do serviço médico no Hospital.

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 1º

Os médicos do Hospital **[Hospital Nome]** nortearão seus atos pelos princípios do humanismo, do Código de Ética Médica e vocação do Hospital.

Art. 2º

O trabalho médico no Hospital **[Hospital Nome]** será desenvolvido sob duas regras fundamentais:

- I. A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza;
- II. O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual ele deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 3º

Os médicos do Hospital **[Hospital Nome]** deverão buscar, de forma permanente:

- I. Proporcionar aos pacientes um atendimento médico de elevada qualidade técnica, ética e científica;
- II. Estabelecer e manter um clima de respeito, consideração e solidariedade entre os profissionais de saúde;
- III. Aprimorar seus conhecimentos médicos mediante programas de educação continuada;
- IV. Conseguir condições dignas de trabalho e remuneração, de forma hierarquizada e respeitosa.

Parágrafo Único: Os atendimentos e internações respeitarão as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria Técnica e Geral do Hospital, ressalvados os casos de urgência e emergência.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGÂNICA

Art. 4º

O Corpo Clínico encontra-se administrativamente apoiado pelo Diretor Geral e Diretor Técnico do Hospital.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 5º

O Corpo Clínico do Hospital [**Hospital Nome**], representado pelo Diretor Clínico e formado pelos médicos é um serviço autônomo orientado por este Regimento, pela legislação em vigor e pelos atos baixados pelo Conselho Federal e Regional de Medicina.

Art. 6º

Cada serviço médico possuirá um representante, pertencente ao Corpo Clínico, e indicado pela própria equipe. Ex.: o representante da Ortopedia, mediante assuntos administrativos, é eleito pelos médicos que formam a equipe de Ortopedia, com poderes para representá-los em quaisquer situações que se fizerem necessárias.

Art. 7º

O Corpo Clínico, com aval do Diretor Clínico, terá quantas comissões temporárias que julgar necessárias.

Art. 8º

O Corpo Clínico tem a seguinte estrutura:

- I. Assembleia Geral;
- II. Comissão de Ética Médica;
- III. Diretor Clínico
- IV. Diretor Técnico
- V. Demais Comissões Médicas e Institucionais
- VI. Coordenadores das Clínicas

Art. 9º

A Assembleia Geral, órgão decisório máximo do Corpo Clínico, será sempre presidida pelo Diretor Clínico ou seu Vice ou substitutos, e reunir-se-á ordinariamente a cada 06 (seis) meses, em março e outubro, para discutir os relatórios elaborados pelo Diretor Clínico e assuntos de interesse geral, com primeira convocação sempre com antecedência mínima de 10 (dez) dias, e quórum mínimo de 2/3 (dois terços) dos membros e das ausências não justificadas, decidindo por maioria simples de votos.

Caso o número de presentes não some os 2/3 (dois terços) dos membros, a Assembleia deverá ser cancelada e remarcada, ou poderá acontecer extraordinariamente, sem poder de voto ou decisão oficial legal.

Parágrafo Único: Poderá reunir-se extraordinariamente em qualquer época, para tratar de assuntos específicos, mediante a convocação por 2/3 (dois terços) dos seus membros ou a critério do Diretor Clínico, ou ainda, por solicitação da Diretoria Geral e/ou Técnica da Instituição. A antecedência mínima para este caso será de 24 (vinte e quatro) horas.

CAPÍTULO IV

DOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO

Art. 10

O Corpo Clínico será composto por membros distribuídos nas seguintes categorias:

- I. Membros Honorários;
- II. Membros Efetivos;
- III. Membros Eventuais;
- IV. Membros Residentes / Estagiários;
- V. Membros Temporários.

Art. 11

São membros **honorários** os profissionais que, por relevantes serviços prestados ao Hospital, gozem do merecido conceito ou por se tratarem de profissionais de notório conceito nos meios científicos no país ou no exterior.

- I. Para concessão do título de membro honorário, o Diretor Clínico submeterá a indicação, acompanhada de exposição de motivos e "Curriculum Vitae" do indicado, ao Corpo Clínico, que apreciará e a decisão se dará de acordo com a maioria dos votos de seus membros;
- II. Aprovada a indicação, será encaminhada à Administração do Hospital, para a concessão do título.

CAPÍTULO IV

DOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO

Art. 10

O Corpo Clínico será composto por membros distribuídos nas seguintes categorias:

- VI. Membros Honorários;
- VII. Membros Efetivos;
- VIII. Membros Eventuais;
- IX. Membros Residentes / Estagiários;
- X. Membros Temporários.

Art. 11

São membros **honorários** os profissionais que, por relevantes serviços prestados ao Hospital, gozem do merecido conceito ou por se tratarem de profissionais de notório conceito nos meios científicos no país ou no exterior.

III. Para concessão do título de membro honorário, o Diretor Clínico submeterá a indicação, acompanhada de exposição de motivos e "Curriculum Vitae" do indicado, ao Corpo Clínico, que apreciará e a decisão se dará de acordo com a maioria dos votos de seus membros;

IV. Aprovada a indicação, será encaminhada à Administração do Hospital, para a concessão do título.

Art. 12

São membros **efetivos** do Corpo Clínico os profissionais admitidos através de concurso de provas ou provas e títulos conforme normas legais e que participam contínua e efetivamente da vida hospitalar, bem como aqueles que forem admitidos pela Diretoria da Instituição e pelo Corpo Clínico, na forma deste Regimento, podendo, inclusive, votar e serem votados.

Art. 13

São membros **eventuais** os médicos que internam esporadicamente seus clientes no Hospital. Poderão participar das reuniões do Corpo Clínico, mas não poderão votar, nem serem votados.

Art. 14

São membros **residentes / estagiários** os médicos vinculados à programação de ensino e treinamento, não podendo votar nem serem votados.

Art. 15

São membros **temporários** os médicos que estão exercendo suas atividades no Hospital e que estão em processo de credenciamento para a efetividade no Corpo Clínico, contudo, estão ainda dentro dos 60 (sessenta) dias solicitados pela Comissão de Ética para oficialização da inclusão.

CAPÍTULO V

DA ADMISSÃO

Art. 16

O pretendente a ingressar no Corpo Clínico deverá dirigir-se ao Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico, mediante requerimento escrito, com experiência profissional comprovada, tendo anexados os seguintes documentos:

- I. *Curriculum Vitae*;
- II. Cópia autenticada do Diploma de Médico;
- III. Cópia autenticada do Título de Especialista;
- IV. Cópia autenticada de Certificados de Cursos;
- V. Cópia das folhas 2, 3 e 5 da Carteira do CRM (inclusive anuidade atualizada);
- VI. Cópia de comprovante de residência;
- VII. Documentação pessoal (RG, CIC, Certificado de Reservista, Título de Eleitor);
- VIII. Carta de referência de Professores/ Doutores de Universidades do Brasil ou do exterior, bem como de outras instituições em que já trabalhou (essa apresentação é facultativa).

Art. 17

Será constituída uma Comissão de Credenciamento formada pelo Diretor Clínico e Diretor Técnico, que deve aprovar, em primeira instância, a entrada de qualquer novo membro no Corpo Clínico do Hospital.

Parágrafo Primeiro: Uma vez preenchidos os requisitos dos artigos 16 e 17, o médico fará parte do Corpo Clínico como membro temporário, por 60 (sessenta) dias, sendo esse o prazo que a Comissão de Ética terá para analisar sua vida acadêmica e profissional. Não apresentando nenhuma irregularidade, o médico passará

automaticamente a membro efetivo, caso contrário, cabe a decisão à Assembleia do Corpo Clínico.

Parágrafo Segundo: Serão admitidos também, como Membros Efetivos do Corpo Clínico, os médicos contratados por órgãos que mantenham convênio com o Hospital para o atendimento exclusivo de colaboradores e dependentes, ficando este profissional subordinado a todas as normas do Hospital, enquanto perdurar a vigência do contrato em questão.

CAPÍTULO VI

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 18

Compete à Assembleia Geral:

- I. Fixar orientação geral superior para o exercício da Medicina na Instituição, observadas as disposições legais vigentes e determinações dos órgãos componentes;
- II. Alterar ou modificar o Regimento do Corpo Clínico, observando-se as resoluções pertinentes;
- III. Eleger o Diretor Clínico, seu vice, e os membros da Comissão de Ética por votação direta e secreta em Processo Eleitoral por maioria simples de votos e especialmente convocado com essa finalidade, por edital, com antecedência de pelo menos 30 (trinta) dias, pelo Diretor Clínico em exercício;
- IV. Dirimir eventuais dúvidas suscitadas pela orientação dada, seja pela Diretoria Clínica, seja pela Comissão de Ética Médica ou Coordenador de Clínica, ou ainda, conflitos de atribuições desses órgãos, uns em relação a outros;
- V. Definir que o Diretor Clínico seja o responsável por comunicar às autoridades da Instituição a orientação superior aprovada para as soluções dos problemas éticos e técnicos;
- VI. Propor ao Corpo Clínico exclusão de membros, em decisão a ser tomada por 2/3 (dois terços) dos componentes, excluindo na totalidade os que justificarem a ausência com antecedência de no mínimo 24 horas da realização da Assembleia;
- VII. Solicitar esclarecimentos ao Diretor Clínico e Técnico sobre seus atos, quando entender necessário.

Art. 19

O Diretor Clínico e seu Vice serão eleitos na forma prevista no artigo 18, e as especificidades da eleição para membros da Comissão de Ética Médica serão de acordo com o Capítulo IV da Resolução 1.657 do CFM.

Parágrafo Único: O Diretor Clínico e seu Vice tomarão posse imediatamente e exercerão seus cargos pelo prazo de 02 (dois) anos, podendo ser reeleitos por mais dois períodos iguais.

Art. 20

Compete ao Diretor Clínico:

- I. Dirigir e coordenar as atividades médicas do Hospital;
- II. Servir como elo entre o Corpo Clínico e a Administração do Hospital;
- III. Ressaltar no Corpo Clínico o sentido de responsabilidade profissional e zelar para que isto aconteça;
- IV. Ter conhecimento das solicitações do Corpo Clínico, tomando as providências cabíveis e possíveis;
- V. Proibir a utilização de históricos clínicos, salvo para assuntos técnico-científicos, sempre respeitando a privacidade do paciente e o sigilo profissional;
- VI. Nomear as Comissões Permanentes e Temporárias;
- VII. Relacionar-se administrativamente com o Diretor Geral e Diretor Técnico do Hospital;
- VIII. Propiciar aos membros do Corpo Clínico a participação em congressos, simpósios, cursos e palestras, desde que agendados previamente e sem prejuízo do serviço;
- IX. Conseguir material didático e de atualização, para estudos;
- X. Promover cursos, palestras e outras iniciativas que contribuam para evolução dos profissionais da Medicina;
- XI. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento do Hospital e o presente Regimento;
- XII. Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina ata da eleição da Comissão de Ética Médica para homologação;
- XIII. Assegurar autonomia de funcionamento à Comissão de Ética Médica;
- XIV. Pesquisar e emitir parecer sobre serviços a serem implantados no Hospital se envolverem atividades médicas.

Art. 21

Compete ao Vice-Diretor Clínico:

- I. Substituir o Diretor Clínico na ausência deste;

II. Realizar as tarefas que o Diretor Clínico lhe confiar.

Art. 22

O Diretor Técnico será indicado pela Direção Geral, devendo estar capacitado, ter perfil de liderança e livre acesso junto aos membros do Corpo Clínico, tendo como competências principais:

- I. Organizar e supervisionar as atividades médicas, responsabilizando-se pelas atividades técnicas do serviço médico no Hospital;
- II. Assegurar o exercício correto da Medicina no Hospital, conforme as normas vigentes;
- III. Propor organização de serviços médicos e do Corpo Clínico à Diretoria, bem como a criação de novos serviços;
- IV. Assegurar autonomia à Comissão de Ética Médica, para que funcione adequadamente;
- V. Propiciar a integração permanente entre o Corpo Clínico e a Diretoria do Hospital;
- VI. Pesquisar e emitir parecer sobre serviços a serem implantados no Hospital, quando envolverem os médicos;
- VII. Orientar os médicos e fixar rotinas para evitar que eles prescrevam por telefone;
- VIII. Reportar-se à Diretoria do Hospital para o perfeito desempenho das suas funções;
- IX. Participar das Comissões existentes no Hospital sempre que for necessária a presença do profissional médico;
- X. Comparecer à Justiça e a outras repartições públicas, sempre que solicitado, para prestar informações;
- XI. Solicitar as escalas de plantão médico das respectivas Clínicas, e divulgá-las nos serviços interessados;
- XII. Proibir a retirada de prontuários, equipamentos, medicamentos e materiais pertencentes ao Hospital, sem autorização da Diretoria do Hospital;
- XIII. Apresentar a Diretoria do Hospital o relatório anual das atividades médicas necessárias à elaboração da proposta orçamentária, dentro dos prazos estipulados;

- XIV. Produzir e assinar toda documentação necessária ao bom desempenho de suas atribuições;
- XV. Disciplinar a liberação de informações médicas ao público, em relação ao diagnóstico e tratamento dos pacientes, consultando se necessário, a Comissão de Ética. As informações de caráter legal só deverão ser liberadas com a aprovação da Administração do Hospital;
- XVI. Supervisionar as atividades dos estagiários da área médica;
- XVII. Manter prontuário completo de cada médico, contendo o credenciamento ao Corpo Clínico, cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo 16 e incisos do presente Regimento e comprovantes do pagamento das anuidades do Conselho Regional de Medicina;
- XVIII. Exercer responsabilidade técnica e legal perante o Conselho Regional de Medicina, entidades jurídicas e policiais;
- XIX. Fazer com que o prontuário médico seja completo, legível e mantido atualizado, segundo as normas do CRM.

Art. 23

Compete aos Coordenadores das Clínicas:

- I. Supervisionar a orientação médica do serviço;
- II. Organizar a Clínica, de tal maneira que os pacientes recebam assistência eficiente e contínua;
- III. Determinar a elaboração do prontuário de cada paciente, para que esteja conforme com as normas legais e as aprovadas pela Diretoria do Hospital;
- IV. Verificar a correta internação de pacientes nas respectivas Clínicas, bem como a programação do serviço;
- V. Promover reuniões periódicas com os médicos que atuam no Hospital, procurando resolver os casos clínicos, assim como estudar os prontuários e tudo que se relacione com melhor assistência e com aperfeiçoamento técnico, sempre que possível com o apoio e intervenção da Comissão de Prontuário e Comissão de Óbito;
- VI. Introduzir o novo profissional médico às dependências do Hospital, às normas e aos colegas de trabalho;

- VII. Manter contato constante com outras instituições, visando melhorias que podem ser introduzidas no Hospital;
- VIII. Estimular o espírito de equipe entre seus colegas;
- IX. Comunicar ao Diretor Clínico qualquer irregularidade encontrada, inclusive sugerindo as providências;
- X. Fazer obedecer ao presente Regimento.

Art. 24

Compete aos Membros do Corpo Clínico:

- I. Prestar assistência a todos os pacientes que procurarem o Hospital, respeitadas as suas finalidades;
- II. Manifestar-se por escrito à Comissão de Ética a respeito de admissão/demissão de membros do Corpo Clínico;
- III. Manifestar-se por escrito sobre a punição de médicos;
- IV. Colaborar em investigação e pesquisa científica;
- V. Participar na educação sanitária da comunidade;
- VI. Colaborar nos programas de treinamento do pessoal do Hospital;
- VII. Desenvolver o espírito de integridade entre os profissionais da saúde;
- VIII. Procurar manter boas relações de trabalho com a Diretoria do Hospital;
- IX. Manter atualizado o prontuário médico de seus pacientes, assinando os documentos com a aposição do carimbo com nº do CRM, o que possibilita a elucidação de questões administrativas, éticas ou jurídicas;
- X. Participar das reuniões convocadas pelo Diretor Clínico, Diretor Técnico, pela Diretoria Geral e/ou pelos Coordenadores das Clínicas, quando convocado ou convidado.

Art. 25

Compete à Comissão de Ética Médica:

A Comissão de Ética não terá qualquer vinculação ou subordinação à Direção do Hospital. Será composta por 03 (três) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos conforme o artigo 18, item III, e artigo 19, competindo a ela:

- I. Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;
- II. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes, apontados por denúncia escrita de qualquer membro do Corpo Clínico ou da Diretoria do Hospital;
- III. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão, detectado após investigação a partir do Curriculum Vitae dos médicos recém-contratados, que ocorrerá num prazo de 60 dias, ou a qualquer tempo após a admissão do médico como membro do Corpo Clínico;
- IV. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- V. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- VI. Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
- VII. Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
- VIII. Colaborar com o Conselho na tarefa de educar, discutir e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- IX. Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório das atividades feitas na instituição onde atua;
- X. Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- XI. Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;
- XII. Fornecer dados à Direção do Hospital, visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- XIII. Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

- XIV. Promover divulgação eficaz e contínua das normas emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- XV. Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
- XVI. Auxiliar os órgãos públicos e entidades profissionais de saúde em tarefas ligadas ao exercício profissional;
- XVII. Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 26

Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

- I. Estabelecer planos preventivos de combate à ocorrência de infecção no âmbito do estabelecimento;
- II. Estabelecer normas de comunicação compulsória dos casos de infecção hospitalar;
- III. Prestar assistência ao órgão técnico encarregado da pesquisa da fonte da infecção que vier a ser constatada;
- IV. Elaborar dados estatísticos das ocorrências de infecções;
- V. Comunicar os casos de infecção às Diretorias Clínica e Geral;
- VI. Promover cursos e palestras para os médicos, pessoal de enfermagem e funcionários em geral, sobre métodos preventivos da infecção;
- VII. Emitir pareceres a respeito de ocorrências de infecção para análise e providências pela Diretoria do Hospital
- VIII. Elaborar seu regimento interno.

Parágrafo Único - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será composta por pelo menos 2 (dois) membros integrantes do Corpo Médico e por 2 (dois) membros do Departamento de Enfermagem, cujo critério de indicação consta em Regimento próprio.

Art. 27

Compete a Comissão de Revisão de Prontuários:

- I. A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário do paciente;

- II. Identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- III. Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu ao paciente, bem como a assinatura e carimbo ou nome legível e respectiva inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás;
- IV. Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica, consignando-se data e hora;
- V. Tipo de alta;
- VI. Assessorar as Diretorias Geral e Clínica do Hospital, em assuntos de sua competência;
- VII. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica do Hospital, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;
- VIII. Elaborar seu regimento interno.

Parágrafo Primeiro. A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos é composta de 03 (três) membros do Corpo Clínico, cujo critério de indicação consta em Regimento próprio, com mandato de dois anos, permitida nova investidura, sem limitações.

Parágrafo Segundo. Depois de decorrido o prazo de dez anos, a partir da data do último registro de atendimento prestado ao paciente, o prontuário poderá ser substituído por métodos de registro e arquivamento capazes de assegurar, a qualquer momento, a restauração plena das informações nele contidas.

Art. 28

Compete a Comissão de Revisão de Óbitos:

- I. Avaliar as causas dos óbitos, em colaboração com os profissionais responsáveis pelo paciente, para se chegar se possível, a um diagnóstico final;
- II. Promover reuniões científicas para integrar os vários setores de diagnósticos, como radiologia, anatomia patológica e laboratório;
- III. Elaborar seu regimento interno.

Parágrafo Único: A Comissão de Revisão de Óbitos será constituída por 3 (três) membros médicos, cujo critério de indicação consta em Regimento próprio.

Art. 29

Compete a Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOT)

I. Normatizar, planejar, viabilizar, promover e controlar a melhoria contínua da realização de transplantes.

Parágrafo Primeiro: Os membros da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, assim como o seu coordenador, serão designados pelo Diretor Clínico, para um período de mandato que deverá, obrigatoriamente, coincidir com o deste.

Parágrafo Segundo: Ao Médico Coordenador da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes incumbirá à coordenação dos serviços da comissão, presidindo a reunião da comissão, em que serão realizados os trabalhos de análise e avaliação do mérito e condições de viabilização de novos procedimentos no campo de transplantes.

Parágrafo Terceiro: A Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes definirá, em conjunto com a Diretoria Clínica, as datas e a periodicidade das reuniões da comissão, fixando as premissas que deverão ser observadas para o perfeito e adequado trabalho de avaliação, organização e incentivo aos programas de captação de órgãos no âmbito da instituição.

Parágrafo Quarto: A Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes se constitui e tem suas atribuições definidas ao amparo do que dispõe a Portaria 905 de 16 de agosto de 2000 do Ministério da Saúde e suas eventuais alterações, a qual fica, para todos os efeitos legais, fazendo parte integrante deste Regimento.

Art. 30

Compete a Comissão de Normas e da Qualidade em Hemoterapia (CNQH),

- I. Definir protocolos de utilização de hemocomponentes e prática transfusional.
- II. Monitoramento da prática hemoterápica na Instituição.
- III. Auditar procedimentos hemoterápicos e indicações de transfusões, com base no manual vigente.

Parágrafo Único: O serviço de saúde que tenha serviço de hemoterapia deve constituir um comitê transfusional, multidisciplinar, do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia que o assiste, constitui e tem suas atribuições definidas ao amparo do que dispõe a Resolução RDC nº 153, de 14 de junho de 2004 da ANVISA/Ministério da Saúde e suas eventuais alterações, a qual fica, para todos os efeitos legais, fazendo parte integrante deste Regimento.

Art. 31

Compete a Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional – EMTN

- I. Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição.
- II. Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, ambulatorial e domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de Terapia Nutricional (TN), a serem encaminhados aos cuidados da EMTN.
- III. Atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que seja atingido os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos.
- IV. Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da Terapia Nutricional Enteral e Parenteral (TNEP), visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos.
- V. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados.
- VI. Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TNEP.
- VII. Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TNEP visando a garantia de sua qualidade.
- VIII. Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membros da EMTN, para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da TNEP.
- IX. Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNEP.
- X. Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos pacientes e aos aspectos operacionais da TNEP.

Parágrafo Primeiro – É condição formal e obrigatória a constituição de uma equipe multiprofissional, constitui e tem suas atribuições definidas ao amparo do que dispõe a Resolução RDC nº 63, de 06 de julho de 2000 da ANVISA/Ministério da Saúde e suas eventuais alterações, a qual fica, para todos os efeitos legais, fazendo parte integrante deste Regimento.

Parágrafo Segundo - No caso do uso eventual de TNEP a não existência da EMTN deve ser justificada mediante a apresentação, pela Unidade Hospitalar, de alternativa de atuação para prévia avaliação da autoridade sanitária.

Parágrafo Terceiro - A EMTN deve ter um coordenador técnico-administrativo e um coordenador clínico, ambos membros integrantes da equipe e escolhidos pelos seus componentes.

Parágrafo Quarto - O coordenador técnico-administrativo deve, preferencialmente, possuir título de especialista reconhecido em área relacionada com a TN.

Parágrafo Quinto - O coordenador clínico deve ser médico, atuar em TN e, preferencialmente, preencher um dos critérios:

- I. Ser especialista, em curso de pelo menos 360 horas, em área relacionada com a TN, com título reconhecido.
- II. Possuir título de mestrado, doutorado ou livre docência em área relacionada com a TN.

Parágrafo Sexto - O coordenador clínico pode ocupar, concomitantemente, a coordenação técnico-administrativa, desde que consensuado pela equipe.

Parágrafo Sétimo - É recomendável que os membros da EMTN possuam título de especialista em área relacionada com a TN.

Parágrafo Oitavo - Por se tratar de procedimento realizado em paciente sob cuidados especiais e para garantir a vigilância constante do seu estado nutricional, a EMTN para Terapia Nutricional Enteral e Parenteral - TNEPP deve ser constituída de, pelo menos, 1 (um) profissional de cada categoria, com treinamento específico para esta atividade, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro, farmacêutico, podendo ainda incluir profissionais de outras categorias a critério das Unidades Hospitalares e ou EPBS.

CAPÍTULO VII

DOS DIREITOS E DEVERES

Art. 32

São deveres dos Membros do Corpo Clínico:

- I. Cumprir e fazer cumprir este Regimento, o Regulamento do Hospital, as normas técnicas e administrativas do Hospital e o Código de Ética Médica, denunciando os profissionais que não o fizerem;
- II. Assistir a todos os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração, zelo e ética profissional;
- III. Apresentar por escrito, ao Diretor Clínico, sugestões para manutenção e aprimoramento da qualidade dos serviços médicos e hospitalares;
- IV. Zelar pelo bom nome do Hospital e do Corpo Clínico;
- V. Zelar pelo aperfeiçoamento profissional, técnico e ético de seus membros em condições de equipe e justiça;
- VI. Participar das reuniões convocadas pelo Diretor Clínico e pela Diretoria da Instituição;
- VII. Participar das reuniões do Corpo Clínico;
- VIII. Participar das reuniões sobre discussão e revisão de casos médicos tratados no Hospital;
- IX. Participar nos programas de ensino e treinamento tanto de seus membros quanto nos demais profissionais que atuam junto aos pacientes;
- X. Zelar para que não se executem tratamentos discutíveis do ponto de vista ético ou científico, levando-os ao conhecimento do Diretor Clínico;
- XI. Colaborar com as Comissões específicas do Hospital;
- XII. Elaborar o prontuário dos seus pacientes, com registros à elucidação de casos em qualquer momento;
- XIII. O médico deverá restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência ou quando solicitado a atuar ou auxiliar em outras.

Art. 33

São direitos dos Membros do Corpo Clínico:

- I. A autonomia profissional;
- II. O direito à ampla defesa e a devida obediência às normas legais e vigentes no caso de admissão e exclusão de membros, que será decidida pelo Corpo Clínico;
- III. O acesso ao Hospital e seus serviços;

- IV. Votar e ser votado conforme o caso e categoria;
- V. Receber remuneração pelos serviços prestados de forma mais direta e imediata possível;
- VI. Comunicar falhas observadas na assistência prestada pelo Hospital e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes;
- VII. Assistir seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis;
- VIII. Eleger o Diretor Clínico e o Vice-Diretor, bem como a Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO VIII

DAS PUNIÇÕES

Art. 34

Será passível de punição o Membro do Corpo Clínico que:

- I. Não observar o Regulamento, este Regimento, normas técnicas e administrativas do Hospital;
- II. Praticar atos médicos contrários à legislação vigente;
- III. Praticar atos que causem danos financeiros ao Hospital ou a terceiros.

Parágrafo Único: Constatada a prática de uma atitude que se enquadre nas disposições acima, será o fato levado ao conhecimento do médico mediante qualquer meio, podendo ser convocado juntamente com outros envolvidos para esclarecimentos, sendo-lhe garantido amplo direito de defesa, que deverá ser feita por escrito e entregue ao Diretor Clínico no prazo improrrogável de 07 (sete) dias úteis a contar de sua citação.

Art. 35

Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a Comissão de Ética instaurará sindicância, obedecendo aos preceitos contidos na Resolução 1.657 e eventuais alterações, e formulará relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o, caso necessário, ao CRM, sem emitir juízo. Todos os atos da Comissão de Ética Médica relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso. As sindicâncias serão instauradas mediante:

- a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

- b) Denúncia, por escrito, do Diretor Clínico ou Diretor Técnico;
- c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
- d) Solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;
- e) Determinação do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Primeiro: Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, serão apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Segundo: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Parágrafo Terceiro: O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Parágrafo Quarto: Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do (s) fato(s).

Parágrafo Quinto: Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas “*ad referendum*” do Plenário do Conselho Regional de Medicina e:

- a) Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica;
- b) Caso não haja conciliação a sindicância seguirá seu trâmite normal, a partir do envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 36

Uma vez que, utilizado o direito de defesa, for definido que o infrator deverá ser punido, com exceção dos casos encaminhados ao CRM, através de sindicância da Comissão de Ética Médica, devido ter sido evidenciado a existência de indícios de infração ética, a qual a punição se dará somente mediante determinação do referido Conselho após a competente tramitação, serão aplicadas pelo Diretor Clínico as seguintes punições, de acordo com a gravidade do ato praticado:

- a) Advertência por escrito;
- b) Suspensão de suas atividades no Hospital por 30 (trinta) dias;

- c) Exclusão do Corpo Clínico, sendo que esta penalidade será homologada em Assembleia Geral do Corpo Clínico.

CAPÍTULO IX DA CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 37

De acordo com a Resolução 1.657 do CFM, as Comissões de Ética serão compostas por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário e demais Membros Efetivos e Suplentes, eleitos pelos médicos que compõem o Corpo Clínico.

A Comissão de Ética Médica definirá calendário de reuniões ordinárias e fará reuniões extraordinárias sempre que necessário e será instalada obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

- I. Se na instituição houver até 15 (quinze) médicos não haverá a obrigatoriedade da Comissão de Ética;
- II. Se na instituição houver de 16 (dezesesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica será ser composta por 03 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;
- III. Se na instituição houver de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica será ser composta por 04 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;
- IV. Se na instituição houver de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão será ser composta por 06 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes;
- V. Se na instituição houver um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética será ser composta por 08 (oito) membros efetivos e 08 (oito) suplentes.

Parágrafo Único: Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de Direção Técnica, Clínica ou Geral/Administrativa da Instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina. Quando nas funções acima, após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 38

O mandato das Comissões de Ética será de até 30 (trinta) meses.

Parágrafo Primeiro: Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficializar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

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.

Nos casos de vacância do cargo de Presidente ou de Secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

Caso ocorra alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo afastar-se-á da Comissão enquanto durar a sindicância que será instaurada para elucidar os fatos.

Parágrafo Segundo: Todas as deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples de votos, sendo prerrogativa do Presidente o “voto de Minerva” em caso de empate.

Parágrafo Terceiro: As competências específicas dos membros da Comissão de Ética Médica serão de acordo com os artigos 11, 12 e 13 da Resolução 1.657 do CFM e detalhadas em seu Regimento Interno e sua Ata de Abertura.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 39

O Regimento deverá ser observado integralmente por todos os membros do Corpo Clínico, será disponibilizado a cada médico, mediante protocolo de entrega e responsabilidade sobre o mesmo.

Art. 40

É função do Diretor Clínico manter este Regimento atualizado e aprovado, revisando-o a cada troca de mandato.

CAPÍTULO XI

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 41

O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e assinatura do Diretor Clínico e Diretor Técnico, homologado pelo Corpo Clínico e aprovado pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 42

Os casos omissos neste Regimento serão tratados pela Diretoria do Hospital ou Conselho Regional de Medicina.

APROVAÇÃO

_____ Data: ____/____/____
Diretor Clínico

_____ Data: ____/____/____
Diretor Técnico

HOMOLOGAÇÃO

Homologado pelo Corpo Clínico em: XXXXXXX (Cidade e Estado do CRM), XX de XXXXXX de 2012, conforme lista de assinaturas anexa na Ata da 1ª. Assembleia Geral do Corpo Clínico.

Aprovado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de XXXX – CRM-XX.

(CIDADE), ____/____/____.

Dr(a).

5.3. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

5.3.1. MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Este Manual abrange todas as atividades inerentes ao serviço de enfermagem para todas as áreas/setores de um hospital. O manual assistencial se encontra no Anexo I desta proposta e deverá ser adaptado ao Hospital Materno Infantil de Barcarena.

5.3.2. MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS

O Manual utilizado nas instituições administradas pela Pró-Saúde se encontra no Anexo I desta proposta e deverá ser adaptado ao Hospital Materno Infantil de Barcarena.

5.3.3. MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

O Manual de Rotinas para a Administração Financeira tem o objetivo de mostrar seus principais processos, atividades e tarefas de forma clara e objetiva. O Manual completo se encontra no Anexo I desta proposta e deverá ser adaptado ao Hospital Materno Infantil de Barcarena.

5.3.4. MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA A GERENCIA DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

A Pró-Saúde possui manuais distintos para as duas áreas, que serão apresentados a seguir e poderão servir de modelo para Hospital Materno Infantil de Barcarena. Estes encontram-se no Anexo I desta proposta

5.3.5. PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE / CAPACITAÇÃO

A educação permanente dos profissionais da unidade de saúde constitui importante estratégia para desenvolver a reflexão crítica sobre as práticas dessa equipe. No entanto, para que haja um processo dialético entre os saberes dos profissionais e os saberes da comunidade, é preciso que o projeto de educação permanente esteja

orientado para a transformação do processo de trabalho, englobando as necessidades de aprendizagem das equipes com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores da comunidade.

A qualificação crescente dos profissionais das equipes irá se refletir na maior qualidade da atenção oferecida à população, possibilitando-lhe melhores condições de saúde e de qualidade de vida.

O processo de desenvolvimento do programa de Educação Permanente – EP implica na reflexão sobre a conjuntura e as contingências institucionais, sob o ponto de vista ético e político. Assim, deve ser concebido dentro das premissas básicas de ser um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo. Em suma, saberes, habilidades e valores deverão ser apropriados pela equipe no contexto do trabalho, para que ela possa desempenhar suas atividades, de forma satisfatória para todos – profissionais e comunidade.

O planejamento de um processo de educação permanente precisa estar adequado às necessidades loco-regionais, utilizando todos os recursos potenciais, especialmente o aparelho formador de recursos humanos.

Objetivos:

1. melhorar a qualidade dos serviços, mediante um processo educativo permanente e comprometido com a prática do trabalho;
2. aumentar a resolubilidade das ações frente aos problemas prevalentes;
3. fortalecer o processo de trabalho da equipe da unidade;
4. fortalecer o compromisso com a saúde da população por parte dos membros da equipe

Etapas do Projeto de Educação Permanente:

1. levantamento das necessidades da comunidade, dos profissionais e da equipe de gestores;
2. elaboração dos objetivos de aprendizagem;
3. seleção de conteúdo ou temas;
4. definição dos métodos e técnicas de ensino-aprendizagem;
5. organização sequencial do currículo/grade programática;

6. definição das atividades;

7. execução do programa com contínua avaliação do processo e dos resultados

Anualmente é realizado levantamento junto as equipes e gestores sobre as necessidades das rotinas de trabalho, bem como, sugestões de temas a serem desenvolvidos nas ações de Educação Permanente. Também poderá ser utilizado como base para as escolhas de temas, os resultados das avaliações de desempenho da equipe, agrupando os itens de maior prevalência. Após o levantamento, os temas sugeridos pelos colaboradores são analisados pela equipe técnica, sendo elaborado um cronograma anual de atividades para cada categoria profissional. Os temas poderão ser revistos semestralmente.

Avaliação:

Na abordagem de treinamento, a avaliação é a forma mais utilizada para medir a eficácia e eficiência dos esforços aplicados.

Níveis de avaliação:

- Reação ou Satisfação: reflete os sentimentos e opiniões dos treinandos sobre o treinamento. Essa avaliação é realizada logo após o treinamento e visa identificar as necessidades de melhoria dos materiais e métodos de instrução adotados.
- Aprendizado: este nível avalia a retenção de conhecimento transmitido no treinamento pelos treinandos.
- Comportamento ou Aplicação: é observada a extensão da mudança de conduta e de procedimentos que ocorre após a participação em um programa
- Resultados: enfatiza a contribuição do treinamento para a realização da missão e objetivos organizacionais.

Serão realizadas avaliações de reação junto aos funcionários. A avaliação será realizada logo após o treinamento com formulário próprio. Também será solicitado aos gestores um feedback dos resultados alcançados pelo treinamento.

De posse dos resultados a equipe definirá os temas que serão continuamente aplicados, os temas que deverão deixar a grade de palestras e os temas que deverão ser incluídos. Deverão fazer parte permanente dos treinamentos os seguintes temas: humanização/acolhimento, gestão de risco e segurança do paciente e temas frequentemente identificados na avaliação de desempenho dos funcionários.

5.4. INCREMENTO DE ATIVIDADES

5.4.1. ESTIMATIVA DE ATIVIDADES

A estimativa de produção está descrita no Anexo III deste projeto

5.4.2. PROPOSIÇÃO DE OUTRAS ESPECIALIDADES

Além das especialidades constantes no perfil da unidade, o Hospital Materno Infantil contará com profissional médico nefrologista para atendimento nas unidades de terapia intensiva e interconsultas nas unidades de internação se necessário.

A partir do quarto mês de atividade, será acrescentado dos seguintes profissionais: cardiologista e endocrinologista. Estes profissionais farão consultas ambulatoriais uma vez na semana para os egressos ou por demanda da secretaria após pactuação entre as partes.

5.4.3. PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS

A Pró-Saúde administra diretamente ou em parceria com órgãos públicos, creches e centros de educação infantil localizados em áreas carentes das cidades. As crianças passam por processos de aprendizado com atividades pedagógicas, além de receberem alimentação e serem auxiliadas em seu desenvolvimento físico, motor e pedagógico.

A Pró-Saúde mantém programas sociais em diversas regiões do país, predominantemente nas cidades onde possui hospitais administrados. Os gestores das unidades são orientados a realizarem ações sociais e de saúde em parcerias com prefeituras, governos estaduais, entidades religiosas e organizações civis. Nas cidades em que administra hospitais são promovidas, entre outras, as seguintes atividades:

- Campanha “Direção Viva”: Campanha educativa de sensibilização dos condutores para redução dos riscos de acidentes de trânsito;
- Projeto Hospital na Escola: Visitas às escolas para abordagem de vários temas relevantes, como acidentes de trânsito, álcool e outras drogas entre outros

assuntos, que serão indicados pela direção da escola de acordo com o perfil da localidade, além de temas definidos pelo Hospital.

6. ITEM QUALIDADE

6.1. QUALIDADE OBJETIVA

6.1.1. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

A Lei Federal 9.431 de 06/01/97 instituiu a obrigatoriedade da existência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), definido como um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, tendo como objetivo a redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções nosocomiais. Em 13/05/98, o Ministério da Saúde editou a Portaria 2.616/98, com diretrizes e normas para a execução destas ações, adequando-as à nova legislação.

Atribuições

- Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para o controle de infecção hospitalar;
- Avaliar sistematicamente o Programa de Controle de Infecção Hospitalar - PCIH, e o Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas do hospital;
- Estimular o quadro técnico do Hospital ao desenvolvimento de pesquisas que venham a contribuir, direta ou indiretamente, para o controle da infecção Hospitalar.
- Elaborar, implementar, manter, avaliar e adequar aspectos de prevenção e controle propriamente dito;
- Planejar e implementar cursos de atualização em controle de infecção Hospitalar, objetivando estabelecer sistematicamente um programa de Educação Médica Continuada para equipe multiprofissional que lida, direta ou

indiretamente, com a comunidade Hospitalar;

- Planejar, padronizar, treinar e supervisionar técnicas, procedimentos, normatizações e medidas de prevenções universais relativas à prevenção e ao controle das infecções hospitalares no Hospital, em todos seus setores.

Tabela 23. Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	QTD
Médico	Profissional com formação em medicina, residência médica e que atua no Hospital	01
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua no Hospital	01
Farmacêutico	Profissional com formação em Farmácia, com título de especialista e que atua no Serviço de Farmácia e dispensação do hospital	01
Bioquímico ou Biomédico	Profissional com formação em Biologia, Farmácia e Bioquímica ou Biomedicina, com título de especialista e que atua no Laboratório de Análises Clínicas e Microbiologia	01
Administrador	Profissional com formação em Administração, com título de especialista e que represente a Direção do Hospital.	01

Tabela 24. Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento:	Implantar a Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição da Comissão e relatório do registro das investigações realizadas e providências adotadas. Rotina de notificação de reação adversa, queixa técnica e erros de medição implantada.
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma reunião no trimestre. Manual de Rotinas e Procedimentos implantadas (Instruções de Trabalho – its)
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e análise crítica dos casos notificados.

Modelo de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA APRESENTAÇÃO

Art. 1º

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (C.C.I.H.), visa coordenar as atividades de investigação, prevenção e controle, objetivando reduzir a incidência e a gravidade das infecções hospitalares às menores taxas possíveis, sendo que, deve-se entender por infecção hospitalar qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em Hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização. Deve-se ressaltar que deverá sempre obedecer ao preconizado pelo instrumento máximo desta Instituição, o Regulamento do Hospital.

CAPÍTULO II

DA IMPORTÂNCIA

Art. 2º

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar desempenha um papel de extrema relevância junto à Instituição Hospitalar, uma vez que, as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde do paciente

CAPÍTULO III

DAS FINALIDADES

Art. 3º

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) tem por finalidades:

- Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da Instituição, contemplando no mínimo, ações relativas a:
 - a) Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;
 - b) Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção de controle das infecções hospitalares;
 - c) Capacitação dos profissionais da Instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
 - d) Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico- hospitalares.
- Avaliar periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da Instituição e às Chefias de todos os setores do Hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
- Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções hospitalares em curso no Hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;
- Definir, em cooperação com o Setor de Farmácia, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a Instituição;
- Cooperar com a ação do órgão de gestão do Sistema Único de Saúde, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do sistema público de saúde, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURA ORGÂNICA

Art. 4º

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar constitui-se como Setor de Assessoria, o qual se encontra diretamente subordinado à Diretoria Administrativa.

CAPÍTULO V

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 5º

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é composta pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, órgão executor e por representantes de nível superior das seguintes Áreas de Serviço:

- Serviço Médico;
- Serviço de Enfermagem;
- Serviço de Farmácia;
- Laboratório de Microbiologia;
- Administração;

Parágrafo Único

Os Hospitais com número de leitos igual ou inferior a 70 (setenta), poderão contar somente com os representantes de nível superior do Serviço Médico e o Serviço de Enfermagem.

CAPÍTULO VI

DOS RECURSOS HUMANOS E SEUS REQUISITOS

Art. 6º

Os profissionais da Comissão de Controle Hospitalar estão classificados nas seguintes funções:

- Presidente;
- Vice-presidente;
- Microbiologista;

- Enfermeiro;
- Farmacêutico;
- Médico Infectologista;
- Representante da Administração;
- Secretário.

Art. 7º

Requisitos exigidos para a função de Presidente:

- Diploma ou Certificado de conclusão de curso superior na área de saúde, de preferência com formação em Epidemiologia;
- Inscrição e obrigações legais regularizadas junto aos Conselhos Regionais de Exercício Profissional;
- Experiência profissional comprovada;
- Instrução e conhecimentos básicos em informática.

Art. 8º

Requisitos exigidos para a função de Vice-Presidente:

- Diploma ou Certificado de conclusão de curso superior na área de saúde, de preferência com formação em Epidemiologia, em instituição reconhecida pelo MEC;
- Inscrição e obrigações legais regularizadas junto aos Conselhos Regionais de Exercício Profissional;
- Experiência profissional comprovada;
- Instrução e conhecimentos básicos em informática.

Art. 9º

Requisitos exigidos para a função de Microbiologista:

- Diploma ou Certificado de conclusão de curso superior na área de saúde, em instituição reconhecida pelo MEC;
- Inscrição e obrigações legais regularizadas junto aos Conselhos Regionais de Exercício Profissional;
- Experiência profissional comprovada no mínimo por 02 (dois) anos;

- Instrução e conhecimentos básicos em informática.

Art. 10

Requisitos exigidos para a função de Enfermeiro:

- Diploma ou Certificado de conclusão de curso superior de Enfermagem, em instituição reconhecida pelo MEC;
- Inscrição e obrigações legais regularizadas junto aos Conselhos Regionais de Exercício Profissional;
- Experiência profissional comprovada;
- Disponibilidade para dedicação exclusiva de pelo menos 6 (seis) horas diárias;
- Instrução e conhecimentos básicos em informática

Art. 11

Requisitos exigidos para a função de Farmacêutico:

- Diploma ou Certificado de conclusão de curso superior de Farmácia, em instituição reconhecida pelo MEC;
- Inscrição e obrigações legais regularizadas junto aos Conselhos Regionais de Exercício Profissional;
- Experiência profissional comprovada;
- Disponibilidade para dedicação exclusiva de pelo menos 6 (seis) horas diárias;
- Instrução e conhecimentos básicos em informática.

Art. 12

Requisitos exigidos para a função de Médico Infectologista:

- Diploma ou Certificado de conclusão de curso superior de Medicina, em instituição reconhecida pelo MEC;
- Comprovação de residência médica em Infectologia;
- Inscrição e obrigações legais regularizadas junto aos Conselhos Regionais de Exercício Profissional;
- Experiência profissional comprovada;
- Disponibilidade para dedicação exclusiva de pelo menos 04 (quatro) horas diárias;

- Instrução e conhecimentos básicos em informática.

Art. 13

Requisitos exigidos para a função de Representante da Administração:

- Diploma ou Certificado de conclusão de curso superior de Administração Hospitalar, em instituição reconhecida pelo MEC;
- Inscrição e obrigações legais regularizadas junto aos Conselhos Regionais de Exercício Profissional;
- Experiência profissional comprovada;
- Disponibilidade para dedicação exclusiva de pelo menos 04 (quatro) horas semanais;
- Instrução e conhecimentos básicos em informática.

Art. 14

Requisitos exigidos para a função de Secretário:

- Diploma ou Certificado de conclusão de 2º grau, em instituição reconhecida pelo MEC;
- Capacitação para recepcionar, secretariar e organizar o serviço;
- Instrução e conhecimentos básicos em informática.

CAPÍTULO VII

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 15

Ao Presidente da CCIH compete:

- Representar a CCIH dentro do hospital, inclusive na Diretoria;
- Elo de ligação entre a CCIH e a administração;
- Escolher os membros para composição da CCIH, com o mínimo de 1 (um) médico infectologista, ou com conhecimentos em Epidemiologia e 1 (um)

enfermeiro: dentro dos padrões estipulados pela Portaria Nº 2616 de 12/05/98, do Ministério da Saúde;

- Manter um programa de Infecção Hospitalar de acordo com os padrões determinados pela Lei Nº 9431, de 06/01/97;
- Estabelecer, junto com o SCIH, sistema operacional prático para as notificações e avaliações das infecções hospitalares;
- Convocar reuniões mensais ordinárias e/ou extraordinárias quando necessário;
- Incentivar pesquisas na área de controle de infecções hospitalares;
- Solicitar à Administração, quando necessário, recursos para implementação dos programas propostos pelo SI;
- Enviar à Administração, relatórios mensais de atividades da CCIH;
- Cumprir e fazer cumprir o Regimento da CCIH;
- Desempenhar tarefas afins.

Art. 16

Ao Vice-Presidente da CCIH compete:

- Substituir o Presidente, quando do impedimento deste ou quando delegado;
- Cooperar com o Presidente nas atividades que visem o controle de infecções hospitalares;
- Participar das reuniões da CCIH;
- Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento;
- Desempenhar tarefas afins.

Art. 17

Ao Microbiologista compete:

- Informar ao SCIH sobre a presença de microorganismos incomuns ou perigosos ao hospital;
- Realizar exames sorológicos, bacteriológicos e parasitológicos do Hospital;
- Realizar culturas em locais mais propícios à infecções;
- Pesquisar sobre e atualizar os modelos de sensibilidade a antibióticos;
- Realizar o controle de qualidade dos exames;
- Identificar todos os materiais tido como contaminados;
- Dar apoio e participar da investigação epidemiológica e treinamento de pessoal;

- Elo de ligação entre Laboratório e Corpo Clínico do hospital;
- Estabelecer normas para coleta, transporte e manuseio de amostras para cultura;
- Padronizar critérios de aceitação e/ou rejeição de pedidos médicos para realização de cultura;
- Padronizar, juntamente com o SCIH, os antibiogramas realizados, adequando-os às circunstâncias clínicas;
- Implementar novos avanços no diagnóstico microbiológico, através da participação nos programas de controle de qualidade da Sociedade Brasileira de Microbiologia, de acordo com o Manual de Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Hospitalar, 1ª edição, 1991, do Ministério da Saúde;
- Cooperar na elaboração da padronização de antibióticos, soluções e desinfetantes;
- Participar das reuniões da CCIH;
- Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento;
- Desempenhar tarefas afins.

Art. 18

Ao Enfermeiro compete:

Realizar a vigilância epidemiológica sistemática, busca ativa através de:

- Visitas regulares às unidades de internação;
- Revisão diária dos prontuários;
- Verificação das anotações de enfermagem, pesquisando indícios de heperemia, uso de antibióticos, drenagens de secreções, sondagens, e/ou outros indicativos de infecção, principalmente em pacientes com probabilidade de adquirir infecção hospitalar;
- Verificação de exames laboratoriais;
- Laudos de RX;
- Verificação do tempo de uso de antibioticoterapia;
- Monitorizações diárias de procedimentos invasivos.
- Realizar campanhas educativas, principalmente quanto à lavagem das mãos;
- Realizar supervisão técnica em todos os setores ligados à infecção hospitalar: CME, SND, Lavanderia e Limpeza;

- Realizar reciclagens de técnicas e procedimentos;
- Orientação técnica para isolamentos e/ou precauções universais;
- Participar de reuniões da CCIH;
- Atuar na orientação, treinamento, e supervisão dos atos de enfermagem de acordo com a CCIH;
- Codificação dos dados obtidos na busca ativa;
- Realizar visitas diárias ao berçário e UTI, orientando quanto aos procedimentos de risco;
- Estabelecer metodologia própria, visando o controle de pacientes que retornem, ao Ambulatório e consultórios médicos;
- Participar de padronização de antibióticos;
- Orientar e emitir laudos técnicos, quando da aquisição de materiais e equipamentos de uso de enfermagem;
- Ser elo de ligação entre o serviço de enfermagem e o CCIH;
- Orientar na execução de testes biológicos, semanais, nas auto-claves;
- Elaborar relatório mensal de atividades;
- Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento;
- Interagir com a farmácia hospitalar, quanto a treinamentos, controle de qualidade dos medicamentos e materiais e/ou outros;
- Desempenhar tarefas afins.

Art. 19

Ao Farmacêutico compete:

- Elaborar o levantamento do consumo mensal de antibióticos, de acordo com a Portaria 2.616 de 12 de Maio de 1998, do Ministério da Saúde;
- Responsabilizar-se pela diluição de desinfetantes e soluções usadas na Instituição;
- Cooperar e participar nas normas de padronização do uso de antimicrobianos aprovados no estudo de sensibilidade bacteriana;
- Preparar, controlar e armazenar as soluções para nutrição parenteral e enteral, inclusive com encaminhamento de amostras para cultura e controle de qualidade, de acordo com a Resolução CFF Nº 247 de 08/03/93;
- Notificar periodicamente, o custo das drogas de maior consumo no hospital, bem como de suas alternativas similares;

- Padronizar a metodologia para o preparo de soluções para nutrição parenteral e diluições;
- Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa sobre estabilidade das soluções, toxicidade dos produtos químicos, espectro de ação antimicrobiana, interação entre medicamentos, produtos químicos e correlatos, entre outras;
- Manter registro de informações para subsidiar programas de farmacovigilância;
- Avaliar as interações medicamentosas, droga nutrientes e outros;
- Elaborar e supervisionar rotinas específicas para manipulação de drogas e soluções, no laboratório da farmácia, assim como quanto a embalagem e estocagem destes produtos;
- Coordenar, orientar e supervisionar estagiários;
- Informar ao SCIH o uso inadequado de qualquer produto que vise o controle profilático ou terapêutico da infecção hospitalar;
- Participar da educação continuada;
- Colaborar e participar das avaliações microbiológicas dos produtos usados pelo hospital;
- Emitir parecer técnico/científico sobre todos os produtos químicos, esterilizantes, desinfetantes, degermantes, antissépticos e ceras usadas na limpeza comum, hospitalar e na desinfecção e assepsias;
- Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento;
- Desempenhar tarefas afins.

Art. 20

Ao Médico Infectologista compete:

- Ser responsável pela coordenação do SCIH;
- Interagir com o Corpo Clínico, no sentido de fazer cumprir as determinações do SCIH;
- Promover treinamento para residentes e/ou acadêmicos, na área de sua competência;
- Avaliar e sugerir, as prescrições médicas no que se refere ao uso de antibióticos, considerando seu tempo de ação e coeficiente sensibilidade/resistência;
- Avaliar pacientes pré e pós-cirúrgicos, quanto ao risco de infecção hospitalar;
- Avaliar e determinar a necessidade de isolamento e/ou precauções universais;
- Orientar quanto a realização e necessidade de culturas microbiológicas;

- Participar das atividades de treinamento, de maneira generalizada;
- Representar a CCIH, quando for determinado;
- Elaborar relatórios mensais de atividades do SCIH, incluindo os índices de infecção detectados, por clínica, topografia, geral e outros;
- Verificar e orientar normas de admissão de pacientes e de assepsia;
- Participar das reuniões da CCIH;
- Desenvolver programas de imunização dos funcionários e/ou profissionais;
- Estabelecer normas e rotinas de funcionamento do SCIH;
- Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento;
- Desempenhar tarefas afins.

Art. 21

Ao Representante da Administração compete:

- Prever e prover local apropriado para o funcionamento do CCIH e do SCIH;
- Intermediar junto a administração superior das necessidades financeiras dos Programas de Controle de Infecções Hospitalares;
- Estabelecer normas para os visitantes;
- Participar ativamente das campanhas educativas promovidas pelo SCIH;
- Assegurar a participação dos vários serviços do hospital na CCIH;
- Participar das reuniões da CCIH;
- Assegurar ligação contínua com as autoridades de saúde e com outros órgãos relacionados ao controle de infecções hospitalares;
- Avaliar e agilizar as solicitações cabíveis que auxiliam no bom desempenho da CCIH e do SCIH;
- Propiciar recursos humanos e materiais para a implantação dos programas de controle de infecções hospitalares;
- Apoiar e divulgar os boletins epidemiológicos elaborados pelo SCIH;
- Publicar, divulgar e implementar o Regimento da CCIH e do SCIH, visando a orientação e conhecimento de toda a comunidade hospitalar;
- Divulgar amplamente em todo o hospital a Campanha da Lavagem das Mãos;
- Avaliar, constantemente, a atuação da CCIH e do SCIH;
- Promover debates, no âmbito hospitalar sobre o Controle de Infecções;
- Facilitar pesquisas e a participação dos membros da CCIH em congressos, cursos orientados para profilaxia, controle e combate às infecções Hospitalares;

- Prever serviços e instalações adequadas para as atividades relacionadas à microbiologia;
- Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento;
- Desempenhar tarefas afins.

Art. 22

Ao Secretário da CCIH compete:

- Manter os arquivos e fichários em ordem e atualizados;
- Redigir as atas das reuniões da CCIH, em livros próprios;
- Expedir as correspondências do CCIH e do SCIH;
- Executar os serviços de digitação;
- Atender as determinações do Presidente da CCIH;
- Protocolar correspondências recebidas e enviadas;
- Por determinação do Presidente da CCIH, convocar reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Catalogar fontes bibliográficas;
- Manter o quadro de avisos em ordem;
- Manter os boletins mensais da CCIH;
- Manter atualizados os registros de dados para fins estatísticos;
- Desempenhar tarefas afins.

CAPÍTULO IX

DAS NORMAS

Art. 23

Os membros da CCIH terão mandato de 02 anos, sendo permitida a sua recondução;

Art. 24

O Presidente e Vice-Presidente da CCIH serão indicados pela Diretoria;

Art. 25

Aos membros do SCIH é assegurado o livre acesso em todas as dependências do hospital, desde que esta atitude implique em sua atividade fim: prevenção e controle das infecções hospitalares;

Art. 26

O SCIH deverá implantar rotinas para o controle bacteriológico da água e das vias de escoamento de materiais contaminados sendo que o controle deverá ser feito semestralmente;

Art. 27

As reuniões da CCIH serão marcadas com o mínimo de 7 dias de antecedência e realizadas mensalmente;

Art. 28

As reuniões extraordinárias, ou de caráter de urgência poderão ser convocadas a qualquer tempo, e por qualquer meio de convocação;

Art. 29

Qualquer membro da Comissão ou SCIH poderá convocar reunião extraordinária, o que deverá ser feito através do Secretário;

Art. 30

A CCIH poderá, a seu critério, convidar membros do Corpo Clínico, da Enfermagem e/ou outros para participar das reuniões, sempre que o assunto assim o exigir;

Art. 31

As reuniões serão registradas em livros de ata, através do resumo fiel dos assuntos discutidos e deliberados, redigidos pelo Secretário, e assinado por todos os participantes;

Art. 32

O quórum mínimo para a realização das reuniões é da metade dos membros, ou a critério do Presidente;

Art. 33

Todos os assuntos estudados que derem origem a providências posteriores, deverão ser solucionados com o prazo máximo de 30 dias;

Art. 34

O membro que faltar a 3 (três) reuniões consecutivas, será automaticamente desligado da Comissão. O Presidente deverá comunicar, por escrito, o desligamento à Direção do Hospital, e encaminhar lista tríplice para nomeação do novo membro;

Art. 35

As decisões da CCIH serão tomadas mediante aprovação de um número igual a metade mais 1 (um) de seus integrantes;

Art. 36

Este regimento poderá ser modificado em todo ou em parte, por proposta da Direção do Hospital, ou dos membros da Comissão, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 37

A CCIH encaminhará mensalmente à Administração relatórios, que será pautado nos seguintes itens:

- A CCIH deverá elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse relatório deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção, promovendo-se debate na comunidade hospitalar;
- O relatório deverá conter informações sobre o nível endêmico das infecções hospitalares sob vigilância e as alterações de comportamento epidemiológico detectadas, bem como as medidas de controle adotadas e os resultados obtidos;
- relatório da vigilância Epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas deverão ser enviados às coordenações Estaduais/ Distrital/ Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas coordenações.
- Resumo das reuniões;
- Atividades: principais atividades desenvolvidas pelo SCIH, no período;
- Ocorrências: síntese das principais ocorrências internas relacionadas com as diretorias ou gerências do hospital;
- Estatística: coleta e apresentação dos dados estatísticos;
- Críticas e sugestões: conjunto de críticas e sugestões visando a melhoria dos serviços prestados.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 38

A CCIH e o SCIH têm absoluta autonomia de ação, devendo suas determinações serem seguidas por todas as pessoas que executam suas atividades profissionais, sem qualquer exceção dentro do hospital;

Art. 39

O hospital patrocinará assinatura de periódicos específicos para consultas da Comissão.

CAPÍTULO XI

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 40

Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão, em reunião convocada especialmente para este fim, juntamente com a Diretoria do Hospital;

Art. 41

O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e será assinado pelo Diretor Administrativo, Presidente do SCIH e Vice Presidente do SCIH, obedecendo integralmente o que reza o Regulamento do Hospital.

Figura 55. Cronograma de atividade

PRO SAÚDE		CRONOGRAMA DE ATIVIDADES											
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR		COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)											
ações	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Nomeação dos Membros da Comissão	Direção Geral	■											
Reunião Mensal da Comissão	Equipe	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implantação dos Indicadores Hospitalares	Equipe		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Levantamento das necessidades de treinamentos	Equipe		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Capacitação em Biosegurança	Equipe			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Capacitação em Higiênização das Mãos	Equipe		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitoramento de indicadores	Equipe		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Promoção da melhoria contínua dos processos visando à qualidade	Equipe						■	■	■	■	■	■	■

* NOTA: Implantação após 03 meses de implantação

6.1.2. COMISSÃO DE ÓBITO

O conhecimento das causas e dos processos envolvidos na ocorrência do óbito são aspectos de grande relevância e contribuem para o aprimoramento da atenção e do cuidado no hospital. Possibilitam ainda, o aperfeiçoamento dos registros hospitalares e especial do prontuário do cliente. A Comissão de Revisão de Óbitos é um órgão subordinado diretamente à Diretoria do Hospital e tem por finalidade analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

Atribuições

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;
- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas;
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

Tabela 25. Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	Qtd
Médico	Profissional com formação em medicina, e que atua na emergência e/ou Unidades de Internação do Hospital.	01
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua no Hospital	01
Administrador	Profissional com formação em Administração, com título de especialista e que represente a Direção do Hospital.	01

Tabela 26. Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento:	Implantar Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição da Comissão e Relatório de Registro das investigações realizadas e providências adotadas.
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses e 50% dos óbitos ocorridos no trimestre investigados.
Meta Permanente	Reunião Mensal, com registro em ata e 100% dos óbitos investigados.

Modelo de Regimento Interno

I. NOME:

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (CRO)

II. FINALIDADE:

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

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

III. COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a característica de cada Instituição.

Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil do hospital:

1. Anestesiologista
2. Unidade de Terapia Intensiva
3. Patologia

4. Pronto-socorro / Pronto-Atendimento
5. Serviço de Clínica Médica / Pediatria
6. Serviço de Cirurgia
7. Especialidade definida a critério da Diretoria
8. Serviço de Enfermagem

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

IV. MANDATO:

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado 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.

V. SEDE:

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

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

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

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

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

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

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

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

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

Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Clínica.

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

VII. ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Óbitos:

a) Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;

- b) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- e) Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- f) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- g) Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
- h) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos)
- i) Zelar pelo sigilo ético das informações;
- j) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- k) Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- l) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- m) Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

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

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Indicar seu vice-presidente;
- c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e) Fazer cumprir o regimento.
- f) Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).
- g) Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

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

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

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

VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRO, em conjunto com o diretor técnico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação dos membros em Diário Oficial.

APROVAÇÃO

Diretoria Administrativa

Diretoria Clínica

Figura 56. Cronograma de atividade

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO DE ÓBITO (CRO)													
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Nomeação dos Membros da Comissão	Direção Geral	█											
Reunião Mensal da Comissão	Presidente Comissão	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Realização de Oficina de capacitação dos membros da Comissão	Equipe			█	█	█	█						
Realização de orientações sobre preenchimento do Atestado de Óbito	Equipe			█	█	█	█						
Implantação e monitoramento de indicadores	Equipe							█	█			█	█
Realização de reunião com Comissão de Ética Médica	Equipe				█	█			█	█			
Realização de reunião com Comissão de Prontuários	Equipe					█	█			█	█		

*NOTA: Implantação após 03 mês da implantação

6.1.3. COMISSÃO DE PRONTUÁRIO

A obrigatoriedade da implantação comissão de análise e revisão do prontuário está definida pelos Conselhos Regionais de Medicina. Com progressiva complexidade dos serviços e o avanço técnico e científico da área de saúde exigiriam uma constante avaliação dos prontuários. A Comissão de análise e Revisão de Prontuário do Hospital será um grupo técnico de assessoria, estudo e análise, normativo e fiscalizador, subordinado diretamente à Diretoria do Hospital, que tem como principais objetivos:

- Recomendar normas sobre o conteúdo dos prontuários e zelar pelo seu cumprimento;
- Assegurar a qualidade das documentações multiprofissionais na assistência, pesquisa e estatística do hospital;
- Revisar e avaliar por amostragem os Prontuários visando assegurar o cumprimento da normatização estabelecida
- Planejar e executar as ações necessárias à manutenção de um padrão de qualidade eficaz da documentação médica;
- Apoiar as demais Comissões visando alcançar os objetivos comuns às suas atribuições.

Tabela 27. Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	QTD
Médico clínico	Profissional com formação em medicina que atua na emergência e/ou Unidades de Internação do Hospital	01
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua no Hospital	01
Administrador	Profissional com formação em Administração, que represente a Direção do Hospital.	01

Tabela 28. Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento:	Implantar comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição e Registro das Atas
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma revisão
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata de no mínimo 2% de prontuários analisados, identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas

Modelo de Regimento Interno

I. NOME:

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS (CRPM)

II. FINALIDADE:

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

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

III. COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão deverá ser de 4 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.

IV. MANDATO:

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado 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.

V. SEDE:

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

VI. 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.

VII. ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

I - A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

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

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

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

d) Tipo de Alta.

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

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

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

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

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

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

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

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:

- a) Organizar a ordem do dia.
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes.
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão.

- f) Preparar a correspondência.
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.
- h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRPM, em conjunto com o diretor técnico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação dos membros em Diário Oficial.

APROVAÇÃO

Diretoria Administrativa

Diretoria Técnica

Figura 57. Cronograma de atividade

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES		COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE (CRP)											
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Nomeação dos Membros da Comissão	Direção Geral	█											
Reunião Mensal da Comissão	Presidente Comissão	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Implantação dos Indicadores da Comissão	Equipe												
Realização de orientações sobre preenchimento do Prontuário	Equipe				█	█							
Realização de reunião com Comissão de Ética Médica	Equipe								█				█
Realização de reunião com Comissão de Ética de Enfermagem	Equipe					█				█			

* NOTA: Implantação após 03 mês da implantação.

6.1.4. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

A Comissão de Ética Médica é o órgão supervisor da ética profissional na instituição, representando o Conselho Regional e Federal de Medicina. Este tem por atribuição julgar e disciplinar a classe médica nos aspectos referentes ao exercício profissional, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito

desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

Atribuições

- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;
- Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na Instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias;
- Denunciar às instâncias superiores as eventuais más condições de trabalho na Instituição;
- Assessorar as diretorias clínicas, administrativas e técnica da Instituição, dentro de sua área de competência.

Tabela 29. Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	Qtd
Presidente	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital	01
Secretário	Profissional com formação em medicina e que atua na emergência e/ou Unidades de Internação do Hospital.	01
Membros Efetivos	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital	04
Membros Suplentes	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital	04

Tabela 30. Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento	Implantar Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Atas das Reuniões, Pareceres técnicos
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 45 dias com realização de pelo menos uma reunião no bimestre.
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e dos casos solicitados

Modelo de Regimento Interno

Capítulo I

Das Definições.

Artigo 1º -

A Comissão de Ética Médica é o órgão representativo do Conselho Regional de Medicina do Estado. Apresenta as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.

Artigo 2º -

A Comissão de Ética Médica será composta por membros efetivos e membros suplentes, eleitos dentre o corpo clínico, sendo um Presidente e um Secretário, ambos membros titulares.

- a) Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos;
- b) Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética Médica.

Capítulo II

Das Competências

Artigo 3º -

A todos os Membros da Comissão de Ética Médica compete:

- a) Eleger o Presidente e Secretário;
- b) Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
- c) Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica previstas neste regimento;
- d) Garantir o exercício do amplo direito de defesa para aqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Artigo 4º -

A Comissão de Ética Médica reunir-se-à uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente.

a) A Comissão de Ética Médica poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros;

b) As deliberações da Comissão de Ética Médica serão tomadas por maioria simples de votos;

Capítulo III

Das Atribuições da Comissão de Ética Médica.

Artigo 5º -

a) Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;

b) Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;

c) Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Medicina, as eventuais más condições de trabalho na instituição;

d) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;

e) Assessorar a diretoria clínica, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência;

f) Proceder Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do Conselho Regional de Medicina e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

Capítulo IV

Do Processo de Sindicância.

Artigo 6º -

As Sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética Médica obedecerão aos seguintes preceitos contidos neste regimento:

- a) Reclamação por escrito e devidamente identificada;
- b) Comunicação escrita do Diretor Clínico;
- c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
- d) Solicitação da Delegacia Regional do Conselho Regional de Medicina;
- e) Solicitação do Conselho Regional de Medicina do Estado.

Parágrafo 1º - As peças deverão ser capeadas e organizadas em ordem cronológica.

Parágrafo 2º - Se houver alguma denúncia envolvendo um Membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá se afastar exclusivamente da Sindicância.

Artigo 7º -

Aberta a Sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos concedendo-lhes um prazo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento do aviso, para apresentação de relatório escrito acerca da questão, oportunidade em que será facultado a exibição do rol de testemunhas, garantindo-se a produção de todas as provas.

Parágrafo único: As Sindicâncias deverão ser concluídas no prazo máximo de 60 dias, prorrogáveis por igual período a critério do Presidente, mediante solicitação justificada por escrito ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 8º -

Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: prontuários, fichas clínicas, ordens de serviços e outros, que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser complicados à Sindicância.

- a) O acesso a estes documentos é facultado somente às partes e a Comissão de Ética Médica;
- b) Toda e qualquer peça compilada a Sindicância deverão ser capeadas, organizadas e numeradas em ordem cronológica e numérica.

Artigo 9º -

O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará pelo menos um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Artigo 10º -

Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas audiências dos envolvidos sobre a existência ou não de indícios de conduta antiética e/ ou infração administrativa.

Parágrafo único: Caso necessário a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas audiências dos envolvidos ou testemunhas, bem como, produzir novas provas.

Artigo 11º -

Estando evidenciada a existência de indícios de infração administrativa, o resultado deverá ser encaminhado aos Diretores Clínicos, conforma previsão do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição, para que determine as providências a serem adotadas.

Artigo 12º -

Havendo indícios de infração ético-profissional, cópia da Sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado, pôr se tratar do único órgão com competência para julgar infrações éticas neste Estado.

Artigo 13º -

Os casos omissos serão avaliados e decididos em Sessão Plenária do Conselho Regional de Medicina do Estado.

Capítulo V

Das Eleições:

Artigo 14º -

Os Membros da Comissão de Ética Médica serão eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico, obedecidas as normas regimentais, através de voto secreto e direto de seus pares. Os médicos que ocupam os cargos de Diretores Clínicos, Administrativos e Técnicos não podem candidatar-se a Comissão de Ética Médica.

Parágrafo único - Os Membros da Comissão de Ética Médica que posteriormente tornarem-se Diretores Clínicos, Administrativos ou Técnicos, deverão pedir afastamento enquanto durar seu mandato.

Artigo 15º -

A Comissão que estiver cumprido o mandato fará a escolha de um Comissão Eleitoral que se responsabilizará pela organização, apuração e proclamação dos resultados do pleito.

Artigo 16º-

As eleições para as Comissões de Ética Médica serão realizadas no Dia do Médico, isto é, no dia 18 de outubro, nos anos pares.

a) A convocação das eleições será feita através de Edital que deverá conceder um prazo mínimo de 15 (quinze dias) para as inscrições das chapas, o qual será encerrado em 48 (quarenta e oito) horas antes das eleições;

b) O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto;

c) A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, por escrutinadores nomeados pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados e acompanhados por fiscais das chapas concorrentes;

d) Será considerada eleita a chapa que obtiver o maior número de votos. A respectiva Ata Eleitoral deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado para os devidos assentamentos.

Artigo 17º-

Os Protestos e recursos contra e qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo em 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral, em Segunda instância a Comissão de Ética Médica e por último às instâncias superiores (Conselho Regional de Medicina e Conselho Federal de Medicina).

Artigo 18º -

Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral.

Artigo 19º -

As Comissões de Ética Médica eleitas no período de 6(seis) meses anteriores às eleições oficiais, serão automaticamente reconduzidas não necessitando nova eleição.

Artigo 20º -

Os membros da Comissão de Ética Médica que deixarem de prestar serviços na instituição, serão automaticamente afastados de suas funções na Comissão.

Capítulo VI

Das Disposições Gerais:

Artigo 21º-

- a) Os integrantes eleitos desta Comissão de Ética Médica desempenharão funções em caráter honorífico e prestarão serviços de grande relevância ao Conselho Regional de Medicina do Estado;
- b) A Comissão de Ética Médica manterá sob caráter confidencial as informações recebidas;
- c) O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão de Ética Médica, através da maioria absoluta de seus membros;
- d) O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de aprovação pela Sessão Plenária da Comissão de Ética Médica.
- e) Aprovada a Resolução nº 1.657/02 do Conselho Federal de Medicina, que altera alguns artigos da Resolução nº 83/98 do Conselho Regional de Medicina, que foi utilizada na redação deste presente Regimento.

APROVAÇÃO

Diretor Administrativo

Diretor Clínico

Data:

Figura 58. Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)													
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Nomeação dos Membros da Comissão	Direção Geral	■											
Reunião Mensal da Comissão	Presidente Comissão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implantação dos Indicadores da Comissão	Equipe	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Levantamento das necessidades do Corpo Clínico	Equipe			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Oficina de Capacitação sobre Ética Médica	Equipe								■	■	■	■	■
Realização de reunião com Comissão de Revisão de Prontuário	Equipe					■	■	■	■	■	■	■	■
Realização de reunião com Comissão de Revisão de Óbito	Equipe							■	■	■	■	■	■

* NOTA: Implantação após 04 meses de implantação

6.1.5. COMISSÃO DE FARMÁCIA

A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT é uma junta deliberativa com a responsabilidade e supervisão de todas as políticas de seleção e utilização de medicamentos no Hospital com o intuito de assegurar resultados clínicos ótimos e com risco potencial mínimo. O principal objetivo desta comissão é formular e implementar uma política institucional para o uso racional de medicamentos, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde. A CFT do Hospital é um órgão de natureza técnico-científico/permanente vinculado à diretoria do hospital.

Atribuições

- Participar na elaboração da política de medicamentos da instituição, incluindo seleção e dispensação;
- Estipular critérios para obtenção de medicamentos que não constem na padronização;
- Participar na elaboração de protocolos de tratamento elaborados por diferentes serviços clínicos;
- Investigar a utilização de medicamentos na instituição;
- Avaliar Interações de Medicamentos quando aplicados via sondas enterais (fármacos x nutrientes);
- Elaborar um Guia de Aplicação de Medicamentos Via Sonda de Nutrição Enteral;

- Participar ativamente da educação permanente dirigida à equipe de saúde e assessorar todas as atividades relacionadas à promoção do uso racional.

Tabela 31. Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	QTD
Médico	Profissional com formação em medicina, designado pelo diretor técnico	01
Representante da CCIH	Médico da CCIH do Hospital	01
Farmacêutico	Profissional com formação em farmácia, de preferência o farmacêutico RT do Hospital	01
Enfermeiro	Profissional com formação em enfermagem, designado pela Gerência de Enfermagem do Hospital	01
Administrador	Profissional com formação em administração, designado pela Direção Geral do Hospital	01

Tabela 32. Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento:	Implantar Comissão de Farmácia e Terapêutica
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição da Comissão, atas de reuniões, padronizações de materiais e medicamento implantados.
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma reunião no trimestre. Instruções de Trabalho – its implantadas
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e rotina implantada (Instruções de Trabalho – its)

Modelo de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

ART 1º -

A Comissão de Farmácia e terapêutica, tem por finalidade elaborar uma listagem de medicações disponíveis na instituição, identificados por sua nomenclaturas genérica (nome farmacológico), conforme Denominação Comum Brasileira(DCB), acrescida das formas de apresentações e concentrações, e suas respectivas indicações. Bem como definir estratégias que possibilitem a inclusão e exclusão de medicações nesta listagem.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO E DEFINIÇÕES

ART 2º -

A Comissão de Farmácia e Terapêutica será composta por membros executores, sendo estes profissionais da área da saúde, de nível superior, nomeados pela Direção da instituição, e por membros consultores, sendo estes profissionais da saúde, de nível superior que façam parte do quadro funcional da instituição.

Parágrafo 1º - Os membros executores, indicados pela Direção do Hospital, serão encarregados da execução das ações programadas pela Comissão. São membros executores:

- a) Diretor técnico
- b) Diretor Clínico
- c) Médico da CCIH
- d) um membro Administração
- e) dois Farmacêuticos
- c) uma enfermeira da CCIH

Parágrafo 2º - Os membros consultores são médicos chefes de serviço ou na sua ausência será o especialista na área a ser consultada e que estão em contato direto com o paciente para restabelecer a sua saúde.

Parágrafo 3º - O mandato dos membros executores será de dois anos, podendo serem reindicados.

Parágrafo 4º - O presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica será um dos membros da mesma e indicado pela Direção do hospital.

Parágrafo 5º - A secretária da Comissão de Farmácia e Terapêutica será um dos membros da mesma e indicada pela Direção do hospital.

ART 3º -

A Comissão funciona como um órgão assessor da administração, tendo assegurada a sua autonomia funcional.

Parágrafo 1º- A autonomia funcional se caracteriza pela independência em estabelecer normas de gerência sobre todas as atividades relacionadas a padronização de medicações

Parágrafo 2º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica utilizará deste regimento, das normas dos Conselhos Regionais dos membros da equipe e da legislação vigente para o exercício de suas atividades disciplinares.

CAPÍTULO III

DA INFRAESTRUTURA

ART 4º -

As atividades dos membros executores serão desenvolvidas em sala própria dispondo de material necessário para a realização das tarefas.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS EXECUTORES

ART5º -

São atribuições específicas dos membros executores:

- Redigir o formulário de padronização e mantê-lo atualizado;
- Selecionar os medicamentos para uso do hospital;
- Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e ou eficácia duvidosa;
- Avaliar a exclusão de medicações da padronização;
- Divulgar informações sobre o uso de medicamentos;
- Sugerir aos órgãos competentes a compra de literatura especializada sobre medicamentos;
- Estabelecer normas para a utilização de medicamentos R (uso restrito) e não padronizados.

-Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados, tendo um prazo de até 48 horas para emitir seu parecer. Em caso de anti-infecciosos o parecer será dado pela CCIH.

Caberá ao presidente:

- Convocar e presidir reuniões;
- Coordenar a equipe;
- Assinar documentos em nome da Comissão; Caberá a secretária:
- Registrar em ata as resoluções da Comissão;
- Encaminhar documentos redigidos pela Comissão;

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS CONSULTORES

ART 6º -

São atribuições dos membros Consultores

- Auxiliar os membros executores na inclusão e exclusão de um medicamento;

CAPÍTULO VI

DAS REUNIÕES

ART 7º

Os assuntos submetidos a apreciação da Comissão de Farmácia e Terapêutica serão relatados por um dos membros executores nas reuniões, de acordo com a ordem do dia para discussão e votação.

Parágrafo 1º - Das reuniões serão feitas atas, relatando os temas, proposições, planejamentos e conclusões.

ART 8º -

As reuniões da - A Comissão de Farmácia e Terapêutica serão semestrais, sendo os membros convocados com um mínimo de 48 horas de antecedência. Em caso de caráter de urgência, os membros serão convocados a qualquer tempo.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ART 9º -

A Comissão de Farmácia e Terapêutica tem autonomia de ação, devendo suas determinações serem observadas por todos os profissionais que exerçam atividades no hospital.

ART 10º -

As infrações decorrentes do não cumprimento do artigo anterior serão encaminhadas à Comissão de Ética e dado ciência ao Conselho Técnico, solicitando-se uma manifestação dessas entidades em um prazo de dez dias.

ART 11º -

Cabe a direção do hospital aprovar e fazer respeitar o regimento interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

ART 12º -

O presente regimento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação, revogando-se as disposições em contrário.

ART 13º -

Este regimento foi elaborado com base nas leis vigentes.

ART 14º

Renovação do manual de padronização a cada 2 anos.

APROVAÇÃO

Diretoria Administrativa

Diretoria Clínica

Data:

Figura 59. Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS													
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Nominação dos Membros da Comissão.	Direção Geral												
Reunião Mensal da Comissão.	Presidente Comissão												
Realização de Oficina de capacitação da Equipe e Legislação.	Equipe												
Reunião com as Comissões de Ética Médica e de Enfermagem.	Equipe												
Promoção da melhoria contínua dos processos visando à qualidade.	Equipe												

* NOTA: Implantação após 60 dias da Implantação.

6.1.6. COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Comissão de Ética de Enfermagem (C.E.E.) é o órgão que representa o Conselho Regional de Enfermagem em caráter permanente junto às Instituições de Saúde, tendo funções educativas, fiscalizadoras e consultivas dos exercícios profissional e ético dos profissionais de Enfermagem nas referidas instituições. É reconhecida pela Diretoria ou Gerência de Enfermagem estabelecendo uma relação de autonomia e independência com ela, assessorando a mesma sobre assuntos pertinentes ao Serviço de Enfermagem.

Finalidades

A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

- Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da instituição através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da instituição;
- Colaborar com o COREN no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem.

Tabela 33. Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	Qtd
Presidente	Profissional com graduado em Enfermagem eleito por votação interna pelos membros que se elegeram para a Comissão de Ética de Enfermagem.	01
Vice-Presidente	Profissional com graduado em Enfermagem eleito por votação interna pelos membros que se elegeram para a Comissão de Ética de Enfermagem.	01
Secretário	Profissional da área de Enfermagem eleito por votação interna pelos membros que se elegeram para a Comissão de Ética de Enfermagem.	01
Membros Efetivos	Profissional da área de Enfermagem eleito por votação direta pelo corpo de enfermagem do hospital	05
Membros Suplentes	Profissional da área de Enfermagem eleito por votação direta pelo corpo de enfermagem do hospital	05

- 5 (cinco) membros efetivos, sendo 3 (três) enfermeiros, 2 (dois) técnicos e/ou auxiliares de enfermagem
- 5 (cinco) membros suplentes, sendo 3 (três) enfermeiros e 2 (dois) técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

Tabela 34. Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento	Implantar Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Atas das Reuniões, Pareceres técnicos
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 45 dias com realização de pelo menos uma reunião no bimestre.
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e dos casos solicitados

Modelo de Regimento Interno

A Comissão de Ética de Enfermagem (C.E.E.) é o órgão que representa o Conselho Regional de Enfermagem em caráter permanente junto às Instituições de Saúde, tendo funções educativas, fiscalizadoras e consultivas dos exercícios profissional e ético dos profissionais de Enfermagem nas referidas instituições. É reconhecida pela Diretoria

ou Gerência de Enfermagem estabelecendo uma relação de autonomia e independência com ela, assessorando a mesma sobre assuntos pertinentes ao Serviço de Enfermagem.

FINALIDADES

A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

Garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem da instituição através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;

Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem da Instituição;

Colaborar com o COREN no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de Enfermagem.

ORGANIZAÇÃO

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem com vínculo empregatício com a Instituição de Saúde, excetuando-se aqueles profissionais que sejam membros da diretoria nos órgãos de classe ou que sejam diretor/chefia/gerente de Enfermagem na referida Instituição.

O Hospital poderá fazer com que a instituição de ensino, que solicita campos de estágio, se comprometa em participar de processos de sindicância quando necessário.

Para a constituição de uma Comissão de Ética de Enfermagem, o Hospital deverá contar no seu quadro de pessoal de Enfermagem, no mínimo, 10 (dez) Enfermeiros.

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser assim composta:

5 (cinco) membros efetivos, sendo 3 (três) Enfermeiros, 2 (dois) Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem

5 (cinco) membros suplentes, sendo 3 (três) Enfermeiros e 2 (dois) Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem.

Parágrafo 1º - Os membros efetivos serão designados para as funções de presidente, vice-presidente e secretário através de votação interna pelos membros que se elegeram para a Comissão de Ética de Enfermagem.

Parágrafo 2º - As funções de presidente e vice-presidente deverão ser exercidas exclusivamente por Enfermeiros.

Parágrafo 3º - A Comissão de Ética de Enfermagem somente poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros.

Parágrafo 4º - Os membros efetivos poderão solicitar a participação dos suplentes nos trabalhos da C.E.E.

COMPETÊNCIA

Compete à Comissão de Ética de Enfermagem:

Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento do Código de Ética, da Lei e do Decreto sobre o Exercício dos Profissionais de Enfermagem, bem como das Resoluções e Decisões do COFEN e dos COFENS dentro da Instituição;

Opinar, normatizar, orientar e fiscalizar sempre em relação ao desempenho ético da profissão;

Manter atualizado o cadastro de todos os profissionais de Enfermagem que trabalham no Hospital;

Realizar sindicância sobre o fato notificado, quando julgar necessário, convocando os profissionais envolvidos e suas testemunhas, tomando à termo seus depoimentos, verificando o exercício ético da profissão, as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, a qualidade do atendimento prestado aos pacientes e sugerindo as modificações que venham a julgar necessárias;

Encaminhar o relatório de sindicância juntamente com o parecer da C.E.E. ao COREN, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, sujeito à prorrogação, ao se constatar indícios de possível infração ética, juntamente com todos os documentos que comprovem a mesma, com cópia para a respectiva diretoria ou gerência de Enfermagem da Instituição;

Nos casos de não se constatar indícios de infração ética, a C.E.E. deverá encerrar a sindicância, arrolando todos os documentos, elaborando o relatório final e arquivando o processo na Instituição;

Cientificar a Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da Instituição sobre todos os relatórios conclusivos das sindicâncias ali instauradas pela C.E.E.;

Elaborar, quando necessário, conjuntamente com o COREN, padrões éticos suscitados por modernos métodos de diagnóstico e terapêutica de completa tecnologia, para que

sejam adotados pela equipe de Enfermagem e por grupos multiprofissionais qualificados;

Solicitar aos responsáveis pela Diretoria/Chefia/Gerência ou divisão de Enfermagem, assim como aos responsáveis pelos outros serviços do Hospital, informações e comprobatórios quando julgados indispensáveis para a elucidação dos fatos que estão sendo apurados;

APROVAÇÃO

Diretor Administrativo

Gerente dos Serviços de Enfermagem

Data:

Figura 60. Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
COMISSÃO DE ÉTICA ENFERMAGEM (CEE)													
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Nomeação dos Membros da Comissão	Direção Geral	█											
Reunião Mensal da Comissão	Presidente Comissão	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Implantação dos Indicadores Comissão	Equipe	█	█										
Levantamento das necessidades de Enfermagem	Equipe			█	█	█							
Oficina de Capacitação sobre Ética Enfermagem	Equipe				█				█				█
Realização de reunião com Comissão de Revisão de Prontuário	Equipe					█				█			

* NOTA: Implantação após 04 meses da implantação

6.1.7. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA é uma comissão constituída por representantes indicados pelo empregador e membros eleitos pelos trabalhadores, de forma paritária que tem por objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

A CIPA está Regulamentada pela Norma Regulamentadora – NR 5, Lei No. 6.514, de 22/12/1977 e Portaria 3.214 de 8/06/1978.

Atribuições

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS;
- Garantir a aquisição e a utilização de equipamento de proteção individual e coletivo, de acordo com os requisitos técnicos para a segurança e saúde do trabalhador.

Composição

- A CIPA será composta por representantes dos empregados e do empregador.
- O número de membros que compõem a CIPA será determinado pela proporção ao número de empregados do Hospital, conforme norma regulamentadora em vigor.

- Os representantes do empregador serão indicados pela direção do Hospital.
- Os representantes dos empregados serão eleitos em escrutínio secreto, em votação por lista nominal, sendo vedada a formação de chapas.

Tabela 35. Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento:	Implantar a Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição e registro de atas, mapas de risco implantados
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma reunião no trimestre. Manual de Rotinas e procedimentos implantados (Instruções de Trabalho – its)
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

Modelo de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA APRESENTAÇÃO

Art. 1º

A CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - é uma comissão composta pelos próprios colaboradores do Hospital e visa à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde.

Art. 2º

Os membros da CIPA deverão manter um elevado nível de participação e colaboração, respeitando plenamente as disposições legais referentes ao assunto e ao presente regimento, inclusive, respondendo por seus atos à Administração do Hospital.

Parágrafo Único

Devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração

direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições classificadas como grau de risco 3, (NR5 da Portaria 9.214/78) e que possuam 20 ou mais colaboradores.

CAPÍTULO II

DA IMPORTÂNCIA

Art. 3º

Único caminho para evitar acidentes é manter um programa de Controle contínuo e permanente que propicie atenção a todas as causas de acidentes. A vigilância total significa "**Segurança sempre presente, sob todas as formas**". Daí resulta a importância e necessidade de uma CIPA bem estruturada e organizada.

CAPÍTULO III

DAS FINALIDADES

Art. 4º

A CIPA possui as seguintes finalidades:

A elaboração de treinamento aos membros tanto por parte do empregador como dos empregados, segundo orientação do Ministério do Trabalho, para alcançar o objetivo de acidente zero;

Organização e classificação de informações e sugestões referentes à prevenção de acidentes, vindas de membros da CIPA, assim como do empregador, de convidados e colaboradores;

Promoção e divulgação de assuntos referentes à prevenção de acidentes;

Orientação aos colaboradores quanto à prevenção de acidentes;

Discussão sobre os acidentes ocorridos e solicitação de medidas que previnam outros semelhantes;

Participação na elaboração do Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA);

Solicitação de medidas para reduzir, e até eliminar, os riscos existentes ou neutralizá-los.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURA ORGÂNICA

Art. 5º

A CIPA deve ficar como um órgão de assessoria, no organograma do Hospital, ligado diretamente à Diretoria Administrativa.

CAPÍTULO V

DO PESSOAL

Art. 6º

A CIPA é composta pelos seguintes membros:

- Presidente;
- Vice-Presidente;
- Secretário;
- Suplentes.

CAPÍTULO VI

DA COMISSÃO

Art. 7º

A CIPA, para Instituições de Saúde, deverá ser composta por representantes do empregador e dos colaboradores, nas seguintes proporções, definidas pela NR-5, grupo C-34 da Portaria ministerial nº 3.214 de 08/06/78:

- Havendo de 20 a 50 empregados na empresa, haverá dois membros na CIPA, sendo 01 efetivo e 01 suplente;
- Havendo de 50 a 100 empregados na empresa, haverá 4 membros na CIPA, sendo 02 efetivos e 02 suplentes;
- Havendo de 101 a 300 empregados na empresa, haverá 7 membros na CIPA, sendo 04 efetivos e 03 suplentes;
- Havendo de 301 a 500 empregados na empresa, haverá 8 membros na CIPA, sendo 04 efetivos e 04 suplentes;
- Havendo de 501 a 1.000 empregados na empresa, haverá 11 membros na CIPA, sendo 06 efetivos e 05 suplentes;

- Havendo de 1.001 a 2.500 empregados na empresa, haverá 15 membros na CIPA, sendo 08 efetivos e 07 suplentes;
- Havendo de 2.501 a 5.000 empregados na empresa, haverá 18 membros na CIPA, sendo 10 efetivos e 08 suplentes;
- Havendo de 5.001 a 10.000 empregados na empresa, haverá 21 membros na CIPA, sendo 12 efetivos e 09 suplentes;
- Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 deverão ser acrescentados 04 membros da CIPA, sendo 02 efetivos e 02 suplentes;

O número de membros representantes dos empregados deverá ser igual ao número de membros representantes do empregador;

A CIPA deverá manter o mesmo número de suplentes tantos quantos forem os representantes do empregador e dos colaboradores;

Os representantes do empregador serão por estes designados, na medida do possível, das áreas de administração, técnica (operacional), médica e de serviço social;

Os representantes dos colaboradores serão eleitos por estes, durante o expediente normal da empresa.

CAPÍTULO VII

DA ELEIÇÃO

Art. 8º

O processo eleitoral observará as seguintes condições:

- Os representantes dos empregados, titulares e suplentes serão eleitos por meio de votação secreta;
- Os demais candidatos assumirão a condição de suplentes, obedecendo à ordem decrescente de votos recebidos;
- Os candidatos votados e não eleitos como titulares ou suplentes deverão ser relacionados no ato da eleição, em ordem decrescente de votos, possibilitando sua nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes;
- O presidente da CIPA será designado pelo empregador, anualmente, dentre seus representantes titulares;
- Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do

- término do mandato em curso. A empresa estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional;
- O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral – CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral. Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pela empresa;
 - A eleição para o novo mandato da CIPA deverá ser convocada pelo empregador, com prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato e realizada com antecedência mínima de 30 (trinta) dias ao término do mandato;
 - O Vice-Presidente da CIPA será escolhido pelos representantes dos colaboradores dentre os seus titulares;
 - O secretário será escolhido de comum acordo entre os representantes dos colaboradores e do empregador;
 - Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;
 - Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;
 - Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;
 - Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;
 - Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
 - Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados;
 - Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;
 - Faculdade de eleição por meios eletrônicos;
 - Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos;

- Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias;
- As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada do MTE, até trinta dias após a data da posse dos novos membros da CIPA;
- Compete à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder à anulação quando for o caso;
- Em caso de anulação, a empresa convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores;
- Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral;
- Assumirão a condição de membros titulares e suplentes os candidatos mais votados;
- Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento;
- Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

CAPÍTULO VIII

DO MANDATO

Art. 9º

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto na NR-5, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos:

- Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados;
- Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados;

- O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição;
- É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato;
- Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT;
- empregador deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA;
- O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente;
- Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior;
- Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador;
- Empossados os membros da CIPA, a empresa deverá protocolizar, em até dez dias, na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias;
- Protocolizada na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, a CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento;
- O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de 1 ano, permitida uma reeleição;
- O disposto no artigo anterior não se aplicará ao membro suplente que durante o seu mandato, tenha participado de menos da metade do número de reuniões da CIPA;
- Durante o mandato, os titulares da representação dos empregados na CIPA não poderão ser transferidos para outras localizações, salvo quando houver concordância expressa dos mesmos;

- Os membros titulares da CIPA, designados pelo empregador, não poderão ser reconduzidos para mais de dois mandatos consecutivos;
- Durante o mandato, os membros da CIPA não poderão sofrer despedida arbitrária, entendendo-se como tal a que não se fundar em motivo disciplinar, técnico, econômico ou financeiro;
- Ocorrendo a despedida, caberá ao empregador, em caso de reclamação à Justiça do Trabalho, comparar a existência de qualquer dos motivos mencionados, sob pena de ser condenado a reintegrar o colaborador;
- Fica vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do colaborador eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

CAPÍTULO IX

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10

São atribuições da CIPA:

- Identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

- Requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde se considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- Discutir os acidentes ocorridos;
- Sugerir medidas de prevenção de acidentes, julgadas necessárias, por iniciativa própria ou de outros empregados;
- Promover a divulgação e observância das normas de segurança e medicina no trabalho, ou de regulamentos e instrumentos de serviço, emitidos pelo empregador;
- Adotar um comportamento preventivo durante o trabalho, estimulando o interesse dos colaboradores pela prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais;
- Participar da Campanha permanente de prevenção de acidentes, promovida pela empresa;
- Registrar em livro próprio as datas das reuniões da CIPA e enviar, mensalmente, ao SESMT e ao empregador cópia delas;
- Participar ou investigar as causas, circunstâncias e consequências dos acidentes e das doenças ocupacionais, acompanhando a execução das medidas corretivas;
- Realizar, quando houver denúncia de risco, ou por iniciativa própria e mediante aviso prévio ao empregador e ao SESMT, inspeção nas dependências da empresa, dando conhecimento dos riscos encontrados ao responsável pelo setor, ao SESMT e ao empregador;

- Dar sugestões para realização de cursos, treinamentos e campanhas que julgar necessários para melhorar o desempenho dos empregados quanto à segurança e medicina do trabalho;
- Convocar pessoas, no âmbito da empresa, quando necessário, para a tomada de informações, depoimentos e dados ilustrativos e/ou esclarecedores, por ocasião da investigação dos acidentes de trabalho.

CAPÍTULO X

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 11

Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 12

Compete ao Presidente da CIPA:

- Convocar os membros para reunião da CIPA;
- Presidir as reuniões, encaminhando ao empregador e à SESMT, as recomendações aprovadas e acompanhar a execução delas;
- Designar membro da CIPA para investigar acidente de trabalho ou acompanhar investigação feita pelo SESMT, imediatamente após receber a comunicação do encarregado do setor onde ocorreu o acidente;
- Determinar tarefas aos membros da CIPA;
- Coordenar todas as atribuições da CIPA;
- Manter e promover o relacionamento da CIPA com o SESMT e demais seções do Hospital;
- Delegar atribuições ao Vice-Presidente;
- Coordenar e supervisionar as atividades da secretária.

Art. 13

Compete ao Vice-Presidente da CIPA:

- Executar atribuições que lhe forem delegadas;

- Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 14

Compete ao Secretário da CIPA:

- Elaborar as atas das eleições e das reuniões, registrando-as em livro próprio;
- Preparar a correspondência;
- Manter o arquivo atualizado;
- Providenciar para que as atas de reuniões sejam lidas por todos os membros da CIPA.

Art. 15

Compete aos membros da CIPA:

- Elaborar o calendário anual de reuniões da CIPA;
- Participar das reuniões da CIPA, discutindo os assuntos em pauta e aprovando as recomendações;
- Investigar o acidente de trabalho isoladamente ou em grupo, e discutir os acidentes ocorridos;
- Frequentar os cursos sobre prevenção de acidentes de trabalho;
- Cuidar para que todas as atribuições da CIPA previstas no Art. 30 sejam cumpridas;
- Colaborar com a gestão da CIPA.

CAPÍTULO XI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 16

O funcionamento da CIPA será norteado pelos seguintes aspectos:

- A CIPA reunir-se-á com todos os seus membros, pelo menos uma vez por mês, em local apropriado e durante o expediente normal da empresa, obedecendo ao calendário anual;
- Sempre que ocorrer acidentes que resultem em morte, perda de membros ou de função orgânica e ainda causem prejuízo, a CIPA se reunirá em caráter extraordinário no prazo máximo de 48 horas após a ocorrência, podendo ser exigida a presença do responsável pelo setor onde ocorreu o acidente;

- As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros;
- As atas ficarão no estabelecimento à disposição dos Agentes da Inspeção do Trabalho – AIT (Ministério do Trabalho).

CAPÍTULO XII

DAS NORMAS

Art. 17

A CIPA seguirá as seguintes Normas Administrativas:

- As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso, sendo que, em havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião;
- Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado. O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice efetivarem os encaminhamentos necessários;
- O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa;
- A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo o empregador comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos;
- No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, escolhido preferencialmente dentre os membros da CIPA;
- No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados escolherão o substituto, dentre seus titulares, em dois dias úteis;
- A composição da CIPA deverá obedecer a critérios que permitam estar representada a maior parte dos setores do estabelecimento, não devendo faltar, em nenhuma hipótese, a representação dos setores que ofereçam risco ou que apresentem maior número de acidentes;

- Organizada a CIPA, deverá ser registrada no órgão regional do Ministério do Trabalho - MTb, até 10 (dez) dias após a eleição;
- O registro da CIPA será feito mediante requerimento ao Delegado Regional do Trabalho ou Delegado do Trabalho Marítimo, acompanhado de cópia da eleição e da instalação e posse, contendo o calendário anual das reuniões ordinárias da CIPA, com dia, mês, hora e local de realização das mesmas;
- Após cada eleição, a empresa fica obrigada a encaminhar ao DRT ou DTM as atas e calendários referidos no inciso anterior;
- Nos impedimentos eventuais ou afastamentos temporários do Presidente da CIPA, o seu suplente assumirá o lugar de representante titular do empregador e não as funções do Presidente. O mesmo aplicar-se-á ao Vice-Presidente (empregado);
- Quando houver constatação de risco e/ou ocorrer acidente de trabalho, com ou sem vítima, o responsável pelo setor deverá comunicar a ocorrência de imediato, ao Presidente da CIPA, o qual, em função da gravidade, convocará reunião extraordinária ou incluirá o fato na pauta ordinária;
- A CIPA deverá discutir o acidente e encaminhar ao SESMT e ao empregador o resultado e as solicitações de providências;
- O empregador, ouvido o SESMT, terá 8 (oito) dias para responder à CIPA, indicando as providências adotadas ou a sua discordância devidamente justificada;
- Quando o empregador discordar das solicitações da CIPA e esta não aceitar a justificativa, o empregador deverá solicitar a presença do MTB no prazo de 8 (oito) dias a partir da data da comunicação da não aceitação, pela CIPA;
- O empregador deverá promover, para todos os membros da CIPA, titulares e suplentes, inclusive para o secretário e seu substituto, em horário de expediente normal da empresa, curso para cipistas, com carga horária mínima de 18 (dezoito) horas;
- O curso referido no artigo anterior, de frequência obrigatória, deve ser promovido antes da posse dos membros de cada mandato, exceção feita ao mandato inicial de uma CIPA, quando o curso deverá ser realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da eleição.

CAPÍTULO XII

DO TREINAMENTO

Art. 18

O treinamento será regido pelos seguintes princípios:

- A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse;
- treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse;
- treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:
- estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;
- metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;
- noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;
- noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS e medidas de prevenção;
- noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
- princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
- Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão;
- O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em, no máximo, oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa;
- O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados;
- A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo à empresa escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento;
- Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego determinará a complementação ou a realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de trinta dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

CAPÍTULO XIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 19

Todo membro integrante da CIPA deverá ter conhecimento do presente Regimento.

Art. 20

É função do Presidente da CIPA manter este instrumento devidamente atualizado.

CAPÍTULO XIV

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 21

Este Regimento deverá ser observado na íntegra por todos.

Art. 22

O presente Regimento serve como instrumento de definição de atividades e instalação de autoridade, devendo ser aplicado a todos sem qualquer exceção.

Art. 23

O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua implantação.

Art. 24

Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Diretoria Administrativa do Hospital, resguardando-se as disposições legais vigentes.

APROVAÇÃO

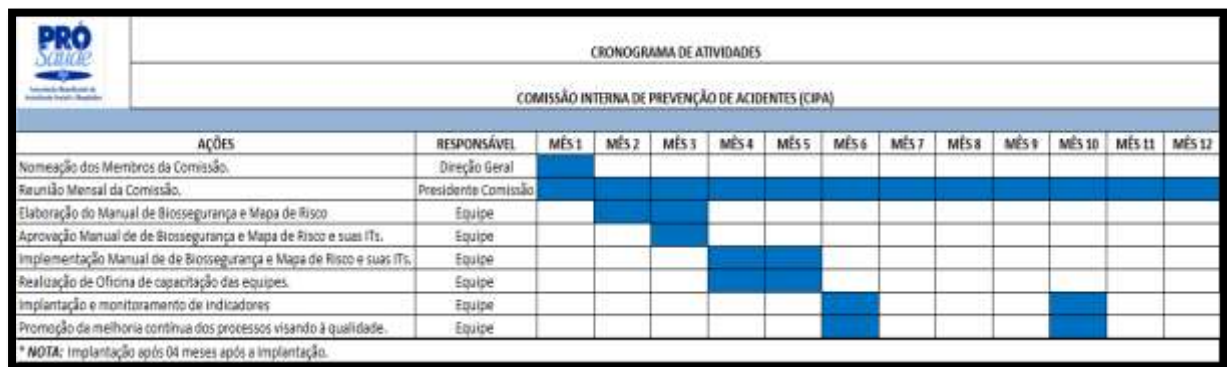
Diretor Administrativo

Presidente da CIPA

Chefe do Setor de RH

Data:

Figura 61. Cronograma de atividades



6.1.8. COMISSÃO DE MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

Os Comitês de Mortalidade Materna e Infantil tem como estratégia importante a compreensão das circunstâncias de ocorrências dos óbitos, identificação de fatores de risco e definição das políticas de saúde dirigidas à redução das mortalidades.

O comitê é uma estratégia de melhoria na organização da assistência de saúde para redução das mortes preveníveis, bem como a melhoria dos registros sobre mortalidade.

Os comitês de prevenção do óbito infantil e fetal são organismos interinstitucionais de caráter eminente educativo, congregando instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, cuja atribuição é identificar, dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis, fetais e maternos. Constituem-se como importantes instrumentos de avaliação da assistência de saúde para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção, contribuindo para melhor conhecimento sobre os óbitos e a redução da mortalidade.

Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	Qtd
Médico Ginecologista Obstetra	Profissional com formação em medicina, especialista em ginecologia e obstetrícia	01
Médico Neonatologista	Profissional com formação em medicina , especialista em Neonatologia	01
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem	02
Administrador	Profissional com formação em Administração, com título de especialista e que represente a Direção do Hospital.	01

Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento:	Implantar Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição da Comissão e Relatório de Registro das investigações realizadas e providências adotadas.
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses e 50% dos óbitos ocorridos no trimestre investigados.
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e 80% dos óbitos investigados.

TÍTULO I

DA CARACTERIZAÇÃO

Art. 1º. O CMM é um comitê institucional com o objetivo de obter informações confidenciais sobre mortes maternas ocorridas no serviço.

TÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 2º. São finalidades do CMM:

I - reunir dados levantados, promovendo avaliações contínuas das mudanças nos índices de mortalidade materna e dos fatores que as provocam;

II - Elaborar relatório analítico anualmente;

III - estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando as devidas medidas.

TÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º. Serão membros natos: (relação de profissionais da instituição participantes)

Art. 4º. A presidência e a vice-presidência do Comitê serão preenchidas por um membro eleito entre seus pares, com mandato de dois/três/quatro anos.

TÍTULO IV

DA SEDE:

Art. 5º. A sede da comissão será a sala das comissões, a ser disponibilizada por cada hospital, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

TÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Art. 6º. Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

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

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

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

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

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

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

Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Clínica.

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

TITULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRO, em conjunto com o diretor técnico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria.

Figura 62. Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Revisão: Semestral													
COMISSÃO DE MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL													
AÇÕES	Responsável	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos Membros da Comissão	Presidente Comissão	█											
Reunião Mensal da Comissão	Equipe	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Realização de Oficina de capacitação dos membros da Comissão	Equipe			█	█	█	█						
Realização de orientações sobre preenchimento do Atestado de Óbito	Equipe				█	█	█	█					
Implantação de indicadores	Equipe				█			█			█		
Realização de reunião com Comissão de Ética Médica	Equipe					█						█	
Realização de reunião com Comissão de Prontuários	Equipe						█						█

6.2. QUALIDADE SUBJETIVA

6.2.1. ACOLHIMENTO

6.2.1.1. MANUAL DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Para realizar o acolhimento dos pacientes que chegam espontaneamente e fazer o referenciamento seguro dos que apresentam queixas clínicas de menor gravidade para outras unidades da Rede SUS, ou acolher os pacientes mais graves durante todo fluxo de atendimento quando são admitidos no hospital, será criado um modelo de acolhimento que se constitui em três momentos distintos que conjuntamente propiciam ao paciente uma atenção qualificada quando chega à unidade de emergência e durante os procedimentos do atendimento, quando é encaminhado para outro serviço adequado à sua demanda, ou quando é admitido para atendimento no próprio hospital.

Os três momentos são:

1. Equipe de recepção: composta por profissionais da vigilância e porteiros, têm a função de receber os pacientes, orientá-los sobre o referenciamento na Rede SUS, os casos que podem ser atendidos no hospital; dúvidas dos pacientes, e no caso de ser necessária uma avaliação da equipe de acolhimento, lhes oferecer uma senha para esse atendimento.
2. Equipe de avaliação clínica e social: constitui-se de profissionais da saúde que atuam em pequenos grupos formados por médico, enfermeiro e assistente social. O enfermeiro realiza a avaliação de risco segundo protocolo, o médico realiza o atendimento e quando necessário o paciente e familiares são encaminhados ao serviço social. Os pacientes graves são encaminhados para abertura de ficha e atendidos de acordo com a prioridade indicada na classificação de risco. Os pacientes que não necessitam de atendimento imediato são orientados e encaminhados para um serviço de saúde de sua região adstrita.
3. Equipe de apoio comunicacional: composta por auxiliares administrativos, que atua em quatro frentes:
 - Recepção dos pacientes junto à portaria,
 - Orientação ou acompanhamento dos pacientes nos locais de atendimento, espera, e realização de exames;
 - Comunicação dos pacientes e acompanhantes com a equipe de saúde, buscando respostas para suas dúvidas junto aos profissionais do serviço;
 - Manutenção da organização dos processos de trabalho dentro da unidade de emergência.

O Manual de acolhimento e classificação de risco encontra-se no Anexo I desta proposta.

6.2.1.2. DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS DE VISITA E CONTROLE DE VISITANTES

As informações referentes aos horários de visitas e controle dos mesmos estão contidas no Manual do Usuário, que será entregue ao paciente e/ou acompanhante no momento de internação. Um modelo deste Manual, utilizado pela Pró-Saúde nas unidades por ela administrada encontra-se no Anexo I desta proposta.

6.2.2. ATENDIMENTO

6.2.2.1. ORIENTAÇÃO AOS ACOMPANHANTES

As orientações aos acompanhantes quanto a acomodação e conduta dos mesmos estão contidas no Manual do Usuário, que será entregue ao paciente e/ou acompanhante no momento de internação. Um modelo deste Manual, utilizado pela Pró-Saúde nas unidades por ela administrada encontra-se no Anexo I desta proposta.

6.2.2.2. SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) media e prioriza a qualidade no atendimento prestado pela unidade. Este destina-se ao atendimento de usuários e funcionários que queiram manifestar-se sobre os serviços prestados, seja por dúvida, queixa, elogio ou sugestões. Este serviço será implantado em até 02 meses após o início das atividades na unidade.

ESTRUTURA

O SAU está ligado tecnicamente ao NQSP-L, e deve possuir minimamente 01 profissional qualificado para realizar as atribuições deste serviço.

O dimensionamento da equipe do SAU deve ser compatível com a demanda e complexidade e realidade do hospital.

FORMAS DE PESQUISA

Deve ser adotado pelo hospital ou serviço de saúde para apuração da satisfação do usuário pesquisas por meio de formulários, além dos canais diretos como telefone, e-mail, atendimento direto e visita à paciente internado.

- Pesquisa Direta: visita a pacientes internados e busca ativa por meio de formulários.
- Pesquisa Indireta: pesquisa automatizada no pós alta e formulários espontâneos
- Atendimento Direto: área física do SAU, telefone ou e-mail.

FORMULÁRIO DE PESQUISA

O formulário de pesquisa de satisfação a ser utilizado deve atender ao padrão estabelecido pelo NQSP-C, sendo que este deve conter no mínimo a unidade de atendimento, a identificação opcional do usuário, espaço para manifestar sugestões, elogios e/ou críticas, dados para contato com o SAU e a avaliação do grau de satisfação do usuário dividido em grupos estabelecidos abaixo:

1. Disponibilidade e interesse dos profissionais
2. Clareza das orientações
3. Agilidade do atendimento
4. Limpeza das instalações físicas
5. Qualidade da alimentação
6. Indicação do Serviço
7. Utilização do Serviço

Figura 63. Pesquisa de grau de satisfação



Os questionários deverão estar disponíveis nas recepções e serem entregues a todos os usuários, seja na internação, ambulatório, SADT ou Pronto Socorro.

A periodicidade e local onde deverão ser entregues estes formulários, será estabelecida pelo SAU em procedimento específico.

As reclamações dos usuários devem ser registradas como ocorrências (não conformidades), conforme processo estabelecido pela Qualidade.

Devem ser analisados todos os formulários recebidos, sendo considerado a população total da referida competência.

É importante que as pesquisas sejam realizadas em horários distintos, levando em consideração a fragmentação das 24 (vinte e quatro) horas do dia ou o horário de funcionamento do serviço de saúde para assegurar a credibilidade da pesquisa.

A tabulação e tratativa dos dados serão definidas em tópico a seguir.

Figura 64- Modelo de Questionário de avaliação



TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Considerando que a tabulação é a padronização e codificação das respostas de uma pesquisa bem como a maneira ordenada de dispor os resultados numéricos para que a leitura e a análise sejam facilitadas; já a análise de dados é a descrição do quadro de tabulação referente aos valores relevantes e que por meio da representação gráfica dos resultados, podemos estabelecer uma correspondência entre os termos numéricos de uma série estatística e uma figura geométrica, entendemos que os resultados finais devem ter representação gráfica, lembrando que o gráfico não deve desfigurar a realidade nem tornar complexa a visão e a análise geral, deve partir de um texto com base nas respostas obtidas no projeto e voltado aos objetivos da pesquisa.

O relatório final deve servir como base na coleta de dados e fatores estratégicos para planejar e distribuir ações nos diferentes planos mercadológicos e comunicacionais; com base nele será possível descobrir problemas que vão direcionar as estratégias futuras do Hospital e serviços de saúde bem como acompanhar a satisfação global dos usuários em relação aos serviços de saúde prestados pela Pró-Saúde.

O nível de satisfação dos usuários deve ser apurado mensalmente, tendo como competência o período do mês (de 01 a 31).

O resultado da pesquisa realizada em formulário deve ser tabulado pelo profissional do SAU e deve conter as perguntas e resposta obtidos nos formulários de pesquisa de opinião classificadas nos critérios definidos, representadas graficamente.

A análise crítica, embasada no resultado final da pesquisa deve partir do responsável pelo SAU em concordância com o NQSP-L e DH. Os registros desta análise devem ser mantidos, assim como ações registradas para as melhorias no atendimento.

O resultado da pesquisa audível será tabulado pelo sistema.

Deverão ser definidos indicadores locais para avaliação do SAU.

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados referentes à satisfação do usuário deverão ser encaminhados mensalmente conforme planilha abaixo:

CRONOGRAMA DE RELATÓRIOS – HOSPITAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE – SAU						
Elaboração Dos Relatórios	Entrega dos relatórios para o responsável pelo SAU	Análise do responsável pelo SAU	Análise Crítica do NQSP-L	Análise Crítica do DH	Análise Crítica do NQSP-C	Divulgação dos Resultados ao Contratante
1º e 2º dia útil do mês subsequente	3º dia útil	3º e 4º dia útil	5º dia útil	6º ao 8º dia útil	9º e 10º dia útil	11º dia útil do mês.

VISITA DE ACOLHIMENTO

Cabe ao SAU realizar visitas aos pacientes internados com o intuito de divulgar o serviço e avaliar a efetividade da satisfação no atendimento.

Deverão ser considerados como critério para visita os pacientes internados de 5 a 7 dias, salvo em casos identificados pelo SAU como necessidade imediata.

OCORRÊNCIAS

As ocorrências registradas pelo SAU devem ser analisadas e enviadas para respostas (análise crítica) e elaboração de planos de ação junto à liderança responsável pelo setor envolvido e quando cabível retornar ao usuário para finalização do processo (telefone).

No caso de paciente ainda internado o retorno deve ser dado no leito.

As manifestações ou não conformidades decorrentes da pesquisa audível no pós-alta devem ser tratadas da mesma forma.

As manifestações anônimas devem ser registradas seguindo o critério de clareza das informações e se a letra estiver legível.

Nota: as manifestações anônimas deveriam ser finalizadas no momento da abertura uma vez que não haverá possibilidade de serem tratadas por não possuir dados pessoais do usuário como nome e forma de contato.

As manifestações deverão ser tratadas conforme criticidade sendo prazo de devolutiva deve ser o que segue:

- Manifestações Prioritárias – 24 horas para resposta (01 dia)

Manifestação originada de mídia, pacientes internados, pessoalmente e diagnóstico que envolva risco direto ao paciente. Devem ser tratadas em 24 (vinte e quatro) horas.

- Manifestações Críticas – 48 horas para resposta (02 dias)

Reclamações gerais como alimentação e limpeza, que não envolva risco direto ao paciente. Devem ser tratadas em 2 (dois) dias.

- Manifestações não Críticas – 120 horas para resposta (05 dias)

Reclamações gerais, recebidas por meio de formulário de opinião e que não envolva risco direto ao paciente. Devem ser tratadas em 5 (cinco) dias.

7. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

7.1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERÊNCIA HOSPITALAR

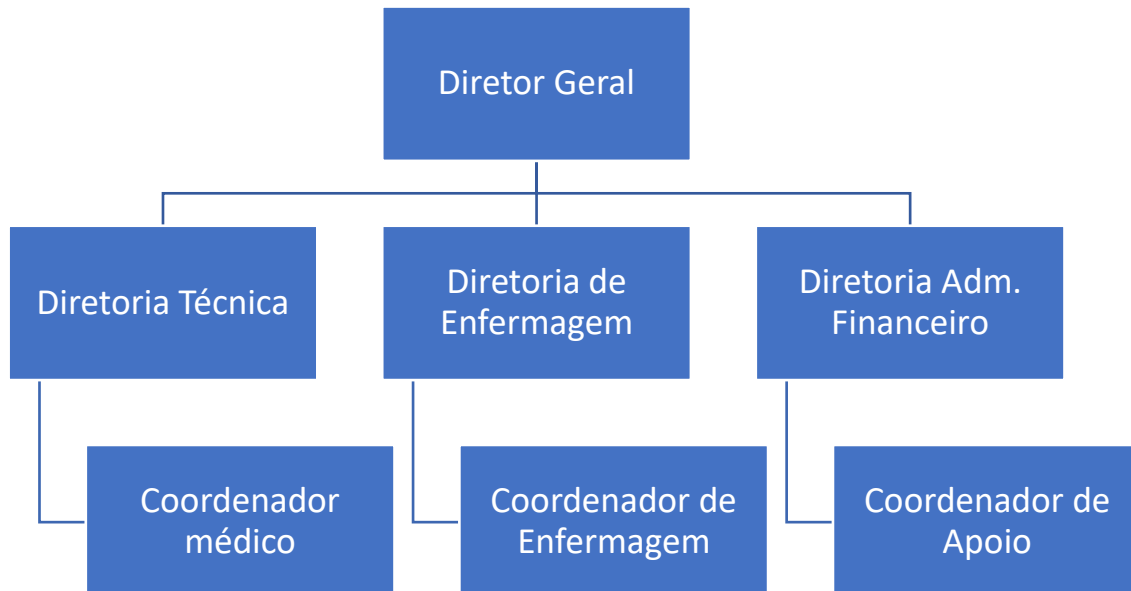
As declarações legalmente reconhecidas encontram-se no Anexo II desta proposta.

7.2. ESTRUTURA DA DIREÇÃO

7.2.1. ORGANOGRAMA COM DEFINIÇÃO DE COMPETENCIAS

O organograma para os primeiros níveis sugerido para o hospital:

Figura 65. Sugestão de organograma



A definição das competências de cada membro do corpo diretivo encontra-se descrito no Anexo I nas Ficha de Descrição de Cargo.

7.2.2. TITULAÇÃO DOS MEMBROS DA DIRETORIA

A comprovação da Titulação de especialistas em administração hospitalar ou saúde coletiva dos membros da diretoria e coordenações, encontram-se no Anexo II.

7.3. IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR

7.3.1. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO POR ÁREA DE ATENÇÃO

Especialidade	Vínculo	Horário
CLÍNICA MÉDICA	Pessoa Jurídica	12 Horas Presencial
UTI ADULTO	Pessoa Jurídica	24 Horas presencial
UTI NEONATAL	Pessoa Jurídica	24 Horas presencial
UCI NEONATAL	Pessoa Jurídica	24 Horas presencial
PEDIATRIA	Pessoa Jurídica	24 Horas presencial
OBSTETRICIA	Pessoa Jurídica	24 Horas sobreaviso
ANESTESIOLOGIA	Pessoa Jurídica	12 Horas presencial e 12 horas sobreaviso
CIRURGIA GERAL	Pessoa Jurídica	12 Horas presencial e 12 horas sobreaviso
RADIOLOGIA	Pessoa Jurídica	24 Horas sobreaviso
NEFROLOGIA	Pessoa Jurídica	24 Horas sobreaviso

7.3.2. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS NA EMERGENCIA E UTIS

Os protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais, denominada pela Pró-Saúde de Instrução de Trabalho, na emergência, unidade de terapia intensiva, encontram-se no Anexo I desta proposta.

7.3.3. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS NAS ENFERMARIAS E AMBULATÓRIO

Os protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais, denominada pela Pró-Saúde de Instrução de Trabalho, no ambulatório e enfermarias encontram-se no Anexo I desta proposta.

A seguir apresentamos horários de plantões e sobreaviso dos profissionais médicos.

Tabela 36. Escala de Plantão e sobreavisos

ESPECIALIDADE	PLANTÃO DE 12HS	PLANTÃO 24 H	SOBREAVISO
INTENSIVISTA ADULTO		X	
NEONATOLOGISTA/INTENSIVISTA		X	
CLÍNICO GERAL	X		
CIRURGIÃO GERAL	X		X
GINECOLOGISTA/OBSTETRA		X	
ANESTESISTA	X		X
RADIOLOGIA	X		
PEDIATRA		X	
OUTRAS ESPECIALIDADES			X

7.3.4. QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA

As metas médicas encontram-se descritas Anexo III deste projeto.

7.3.5. QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO POR ÁREA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL

CATEGORIA	CARGA HORÁRIO SEMANAL	QUANTIDADE DE COLABORADORES	SALÁRIO	VALOR TOTAL R\$	ÁREA DE TRABALHO	ESCALA DE TRABALHO
Diretor Geral	44	1	15.000,00	15.000,00	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Diretor Técnico	30	1	15.000,00	15.000,00	ADM	06 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Diretor de Enfermagem	44	1	7.175,00	7.175,00	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Diretor Administrativo e Financeiro	44	1	7.175,00	7.175,00	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Jovem Aprendiz	20	9	450,00	4.050,00	ADM	04 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Secretária	44	1	2.046,00	2.046,00	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Enfermeiro NEP/SCIH	44	1	3.816,61	3.816,61	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Analista de SAME/Estatística	44	1	3.159,57	3.159,57	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Auxiliar Administrativo	44	1	1.059,67	1.059,67	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira

Escriturária de Ala	44	5	1.378,27	6.891,35	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Coordenador de Enfermagem	44	2	5.315,00	10.630,00	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Coordenador	44	1	3.630,00	3.630,00	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Assistente Qualidade	44	1	1.819,43	1.819,43	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Analista Financeiro	44	1	3.159,57	3.159,57	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Analista Contábil	44	1	3.500,00	3.500,00	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Analista de Contratos	44	1	3.159,57	3.159,57	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Faturista	44	1	2.500,00	2.500,00	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Escriturária	44	2	1.378,27	2.756,54	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Analista de Recursos Humanos	44	1	3.159,57	3.159,57	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Supervisor Gestão de Pessoas	44	1	4.212,00	4.212,00	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Analista de Departamento de pessoal	44	1	3.159,57	3.159,57	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Técnico de Segurança	44	2	1.947,00	3.894,00	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Supervisor de T.I	44	1	3.786,00	3.786,00	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Técnico de Informática	44	1	1.715,35	1.715,35	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Coordenador de Farmácia	44	1	5.105,00	5.105,00	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Comprador	44	1	1.819,43	1.819,43	ADM	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Técnico de Radiologia	24	14	1.738,00	24.332,00	APOIO	04 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Fisioterapeuta	30	11	2.792,00	30.712,00	ASSIST.	06 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Nutricionista RT	44	1	3.785,60	3.785,60	APOIO	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Nutricionista Clínica	44	1	2.790,53	2.790,53	APOIO	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Cozinheiro	36	4	1.200,83	4.803,32	APOIO	Período Manhã e Tarde: 06 horas diárias, de segunda à sábado, conforme escala de trabalho Período Noturno: Escala 12 x 36, conforme escala de trabalho.
Auxiliar de Cozinha	36	8	973,44	7.787,52	APOIO	Período Manhã e Tarde: 06 horas diárias, de segunda à sábado, conforme escala de trabalho Período Noturno: Escala 12 x 36, conforme escala de trabalho.

Copeiro	36	6	961,57	5.769,42	APOIO	Período Manhã e Tarde: 06 horas diárias, de segunda à sábado, conforme escala de trabalho Período Noturno: Escala 12 x 36, conforme escala de trabalho.
Técnico de Nutrição	36	2	2.160,00	4.320,00	Apoio	Período Manhã e Tarde: 06 horas diárias, de segunda à sábado, conforme escala de trabalho Período Noturno: Escala 12 x 36, conforme escala de trabalho.
Lactarista	36	2	2.160,00	4.320,00	APOIO	Período Manhã e Tarde: 06 horas diárias, de segunda à sábado, conforme escala de trabalho Período Noturno: Escala 12 x 36, conforme escala de trabalho.
Assistente Social	30	4	2.330,81	9.323,24	APOIO	Período Manhã e Tarde: 06 horas diárias, de segunda à sábado, conforme escala de trabalho
Fonoaudiólogo	30	1	2.271,36	2.271,36	APOIO	Período Manhã e Tarde: 06 horas diárias, de segunda à sábado, conforme escala de trabalho
Terapeuta Ocupacional	30	1	2.272,00	2.272,00	APOIO	Período Manhã e Tarde: 06 horas diárias, de segunda à sábado, conforme escala de trabalho
Psicólogo	36	1	3.072,82	3.072,82	APOIO	Período Manhã e Tarde: 06 horas diárias, de segunda à sábado, conforme escala de trabalho Período Noturno: Escala 12 x 36, conforme escala de trabalho.
Líder de Atendimento	44	1	1.500,00	1.500,00	APOIO	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Recepcionistas	36	12	1.343,44	16.121,28	APOIO	Período Manhã e Tarde: 06 horas diárias, de segunda à sábado, conforme escala de trabalho Período Noturno: Escala 12 x 36, conforme escala de trabalho.
Farmacêutico Rotina	36	5	3.605,00	18.025,00	APOIO	Período Manhã e Tarde: 06 horas diárias, de segunda à sábado, conforme escala de trabalho Período Noturno: Escala 12 x 36, conforme escala de trabalho.

Auxiliar de Farmácia - CAF	36	8	1.533,68	12.269,44	APOIO	Período Manhã e Tarde: 06 horas diárias, de segunda à sábado, conforme escala de trabalho Período Noturno: Escala 12 x 36, conforme escala de trabalho.
Almoxarife	44	1	1.135,68	1.135,68	APOIO	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Auxiliar de Almoxarifado	44	1	1.280,61	1.280,61	APOIO	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Auxiliar de Compras	44	1	1.280,61	1.280,61	APOIO	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Líder de Hotelaria	44	1	1.500,00	1.500,00	APOIO	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Auxiliar de Higiene e Limpeza	36	21	946,78	19.882,38	APOIO	Período Manhã e Tarde: 06 horas diárias, de segunda à sábado, conforme escala de trabalho Período Noturno: Escala 12 x 36, conforme escala de trabalho.
Jardineiro	44	1	1.157,18	1.157,18	APOIO	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Auxiliar de Lavanderia /Rouparia	36	8	961,57	7.692,56	APOIO	Período Manhã e Tarde: 06 horas diárias, de segunda à sábado, conforme escala de trabalho Período Noturno: Escala 12 x 36, conforme escala de trabalho.
Costureira	44	1	1.158,00	1.158,00	APOIO	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Agente de Portaria	36	19	1.107,50	21.042,50	APOIO	Período Manhã e Tarde: 06 horas diárias, de segunda à sábado, conforme escala de trabalho Período Noturno: Escala 12 x 36, conforme escala de trabalho.
Motorista	44	1	1.617,00	1.617,00	APOIO	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Mecânico de Refrigeração	44	2	1.746,00	3.492,00	APOIO	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Auxiliar de Manutenção	44	1	1.100,67	1.100,67	APOIO	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Eletricista	44	1	1.746,00	1.746,00	APOIO	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Oficial de Manutenção	44	1	1.428,79	1.428,79	APOIO	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Enfermeiro	36	42	3.122,64	131.150,88	ASSIST.	Período Manhã e Tarde: 06 horas diárias, de segunda à sábado, conforme escala de trabalho Período Noturno: Escala 12 x 36, conforme escala de trabalho.

Técnico de Enfermagem	36	131	1.340,50	175.605,50	ASSIST.	Período Manhã e Tarde: 06 horas diárias, de segunda à sábado, conforme escala de trabalho Período Noturno: Escala 12 x 36, conforme escala de trabalho.
Enfermeiro	44	1	3.816,96	3.816,96	ASSIST.	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Técnico de Enfermagem	44	1	1.650,00	1.650,00	ASSIST.	09 Horas diárias, de segunda a sexta-feira
Total		358	170.213,45	654.592,08		

Todos os profissionais acima serão contratados por CLT.

7.3.6. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NAS ÁREAS DE ENFERMARIAS, UTI, CME E BLOCO CIRÚRGICO

Os protocolos para enfermagem nas áreas de internação/enfermarias, UTI, central de esterilização, bloco cirúrgico, ambulatório e emergência encontram-se no Anexo I desta proposta.

7.3.7. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E EMERGENCIA

Os protocolos para enfermagem nas áreas de ambulatório e emergência encontram-se no Anexo I desta proposta.

7.4. IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

7.4.1. SERVIÇO SOCIAL

O contexto social atual implica que os Serviços Sociais, dentro das instituições hospitalares desenvolvam propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos. Assim, faz-se necessário buscar a sintonia com a forma de gerenciamento e novas exigências.

O assistente social deverá atuar sempre que solicitado pelo profissional assistente ou pelo próprio usuário.

O Serviço Social tem as seguintes rotinas:

- Rotina para garantia da internação hospitalar: tem por objetivo a efetivação dos direitos do paciente, esclarecendo as rotinas de cada Unidade de Tratamento Especializado, agilizando o acesso ao sistema.

- Rotina para atendimento de 1ª internação ou reinternação na unidade: consiste numa abordagem individualizada ao paciente e/ou familiar que estão ingressando no sistema de atendimento especializado da Unidade. Tem por objetivo diminuir a ansiedade do paciente e/ou familiar e fortalecer sua participação no processo de tratamento.

- Programa de assistência concreta: através da observação diária da evolução do tratamento ambulatorial e/ou hospitalar, contato com equipe multiprofissional, entrevista com o paciente e familiar, as necessidades concretas serão detectadas e/ou solicitadas, avaliadas e atendidas mediante recursos disponíveis.

- Rotina para encaminhamento de pacientes a instituições sociais da comunidade: muitas vezes o paciente necessita de recursos que o hospital não dispõe, havendo a necessidade de se utilizar os recursos da comunidade. Para que o paciente procure o recurso no local adequado, o Serviço Social orienta e encaminha-o.

- Rotina para orientação e providências de óbito e luto: esta rotina tem por objetivo acompanhar e preparar, com respaldo técnico-profissional, paciente e família, para vivenciar a problemática da morte e tomar as providências cabíveis que a situação requer.

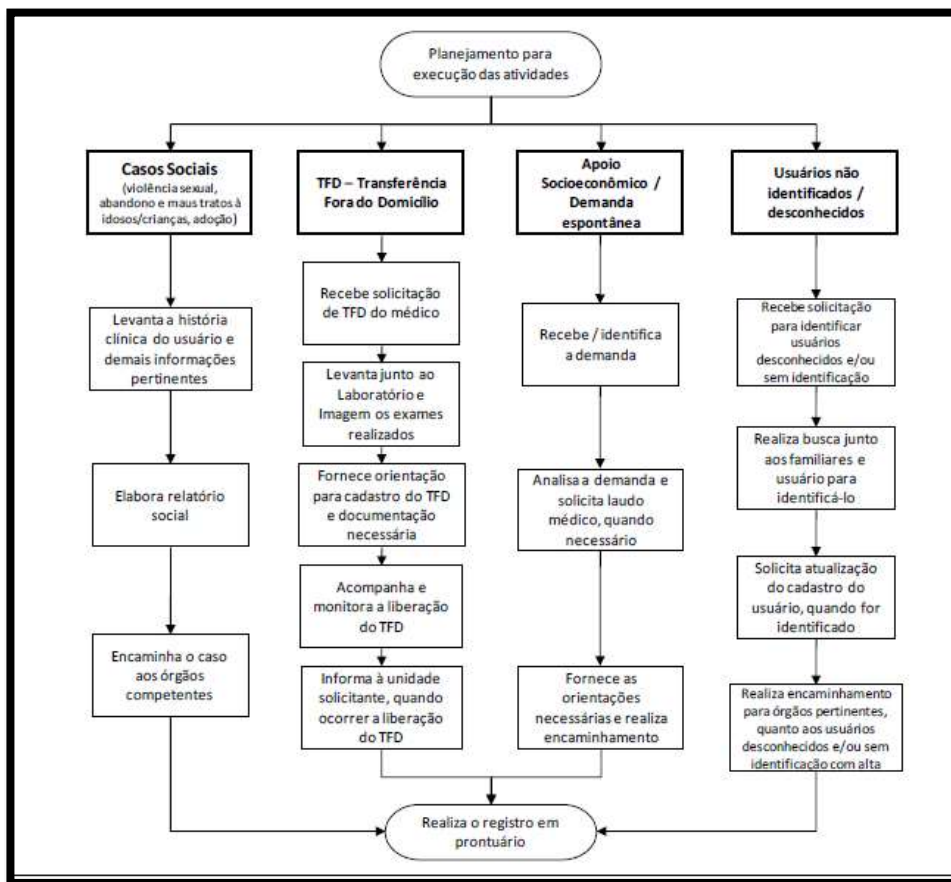
- Rotina para participação em equipes multidisciplinares: tem por objetivo desenvolver um trabalho interdisciplinar, visando o plano de tratamento conjunto e o melhor atendimento ao paciente e seu familiar.

Horário de atendimento: O serviço funcionará das 07:00 às 19:00 de segunda a sexta feira.

Dimensionamento de Pessoal

Profissional	Carga Horária	Quantidade	Vínculo
Assistente Social	30	4	CLT

Figura 66. Fluxo de atividades do serviço social



7.4.2. SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

O Serviço de Fisioterapia, é um grande aliado no tratamento do paciente, com foco em sua reabilitação e retomada das atividades diárias. Em seu dia a dia com o paciente, cabe ao fisioterapeuta desenvolver um programa de recuperação respiratória e motora personalizado para atender às necessidades de cada paciente.

A Fisioterapia possui uma visão holística do paciente, sempre buscando reabilitar e adequar as necessidades de cada indivíduo, e sobretudo, inseri-los novamente em suas atividades de vida diária. No período de internação, os profissionais visam a diminuição dos efeitos colaterais e das complicações que podem surgir após a cirurgia, ou qualquer outro tipo de tratamento que se fizer necessário. Para isto, atua no contexto interdisciplinar, na elaboração do programa terapêutico desde o pré-operatório até a alta hospitalar.

ESTRUTURA DO SERVIÇO:

A equipe de Fisioterapia participa de visitas multidisciplinares à beira do leito junto com a equipe médica, enfermagem, nutrição e farmácia, para definição das condutas que serão instituídas a cada paciente. Todo paciente sob cuidados intensivos na UTI que se encontram ou não sob ventilação mecânica invasiva, realiza a fisioterapia respiratória, que tem como objetivo a manutenção da função e da expansão pulmonar e fisioterapia motora afim de prevenir e/ou recuperar complicações circulatórias e musculoesqueléticas.

Nas Unidades de Internação:

Para oferecer o melhor tratamento fisioterapêutico é mantida uma constante interação com as equipes médicas por meio da participação das reuniões de departamento, onde os casos clínicos são discutidos e traçadas as melhores condutas. Pela reabilitação cardiorrespiratória, motora e neurológica, é possível restabelecer as atividades funcionais dos pacientes o mais breve possível e com isso o retorno às atividades sociais.

Normas e Rotinas

- Toda sessão de fisioterapia deverá ser realizada somente com prescrição médica.
- O profissional deverá passar diariamente nas unidades de internação, observando os pacientes com prescrição de fisioterapia.
- Deverá se aproximar do paciente explicando os procedimentos que serão realizados e se necessário solicitar ajuda da equipe de enfermagem ou do acompanhante.
- Todas as atividades realizadas deverão estar registradas em prontuário, devidamente assinado e carimbado.

Horário de atendimento:

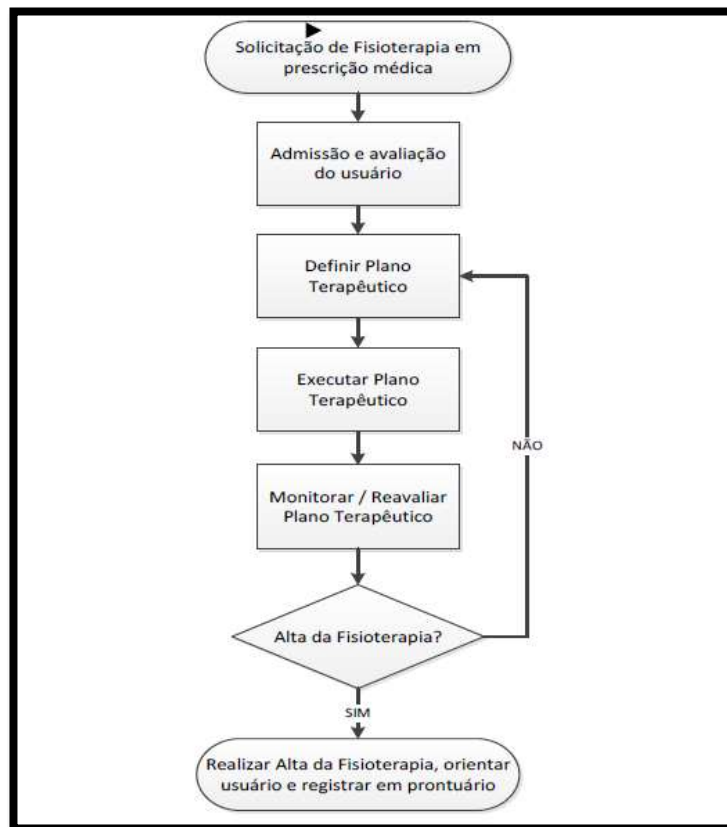
O Serviço de fisioterapia é realizado das 07:00-01:00h nas unidades de terapia intensiva, sete dias por semana.

O Serviço de fisioterapia é realizado das 07:00-19:00h nas unidades de internação de segunda a sexta feira e aos finais de semana e feriados das 07:00-13:00h

Dimensionamento de Pessoal:

Profissional	Carga horária	Quantidade	Vínculo
Fisioterapeuta	30	11	CLT

Figura 67. Fluxo de atendimento da fisioterapia



7.2.3. SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL

Diretoria Geral

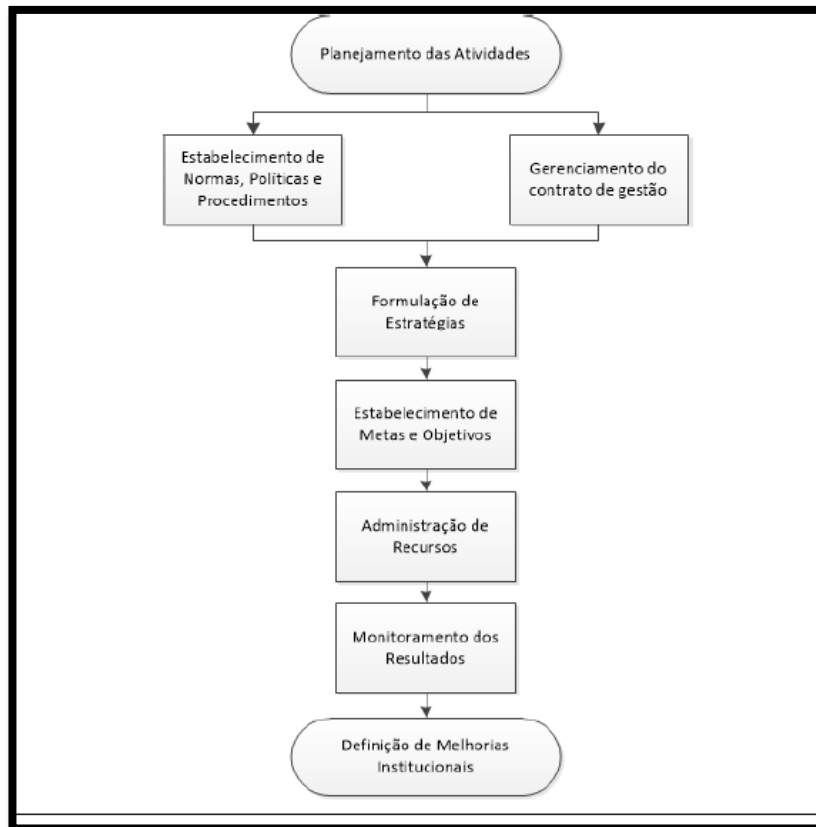
É a autoridade funcional do serviço, responsável pelo cumprimento das obrigações e metas previamente definidos em contrato, bem como pela implantação das diretrizes e políticas de gestão do hospital. Compete à Diretoria Geral cumprir e fazer cumprir o Manual de Gestão do serviço.

Horário de funcionamento: O serviço funcionará das 7h às 17h de segunda à sexta feira.

Dimensionamento de pessoal

Profissional	Carga Horária	Quantidade	Vínculo
Diretor Geral	44	1	CLT
Diretor Técnico	30	1	CLT

Figura 68. Fluxo de atividades da diretoria



7.4.3. NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NO HOSPITAL

AQUISIÇÃO DE MATERIAS E MEDICAMENTOS

COMPRAS PROGRAMADAS:

- **Receber Solicitação** – Receber a Solicitação de Compra no sistema conferindo se os itens não fazem parte dos grupos atendidos pela central de Compras e se todas

- as especificações do (s) item (ns) solicitadas estão devidamente informadas, após esta análise liberar ao comprador responsável.
- **Fazer contato com Fornecedor (es)** – Entrar em contato com Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando da necessidade do Hospital, solicitando o envio de uma proposta para fornecimento.
 - **Receber proposta** - Receber a proposta e orçamentos do Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis.
 - **Analisar propostas** - Analisar as informações enviadas pelo Fornecedor, se o produto cotado está correto, se a quantidade solicitada está correta e compara se o preço informado é igual ao da última compra.
 - **Emitir Ordem de Compra** - Emitir Ordem de Compra com todas as informações acordadas com o Fornecedor, e anexar a esta todos os documentos relativos ao processo de compra: Solicitação de Compra, Orçamentos, e todo e qualquer outro documento que se relaciona ao processo.
 - **Analisar e Aprovar as Ordens de Compra** – 1) Coordenador Compras; 2) Dir. Apoio; 3) Dir. Financeiro.
 - **Confirmar a aquisição** - Entrar em contato com Fornecedor informando os itens a serem adquiridos, dentro das condições acertadas nas cotações e orçamentos, identificando o número da Ordem de Compra a que se refere a aquisição, enviando uma cópia da OC para o Fornecedor.
 - **Controlar Processo** - Arquivar todo o processo de aquisição, junto com uma cópia da OC em arquivo no Setor de Compras.
 - **Encaminhar ao Setor de Recebimento** - Entregar no Setor de Recebimento a OC. e Ficha de Inspeção.
 - **Verificar conclusão do processo de Compra** - Receber, todo o dia pela manhã, encaminhado pelo responsável do setor de Recebimento, Ficha de Inspeção e as Ordens de Compra que estiverem com o prazo de entrega vencido, e entrar em contato com os Fornecedores para regularizar a situação.

COMPRAS DE CONSUMO DIRETO/ESTOQUE:

- **Receber Solicitação via Sistema** - Receber a Solicitação de Compra, verificando se todas as especificações do (s) item (ns) solicitadas estão devidamente informadas.
- **Definir prioridade da Solicitação e Liberar no sistema ao comprador Responsável pelo grupo** - Definir com o Comprador a prioridade de atendimento da Solicitação dentro da rotina diária dos pedidos.
- **Contatar Fornecedor (es)** - Entrar em contato com fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando da necessidade do Hospital, (produto, marca, quantidade, preço, prazo de pagamento, e prazo de entrega) e solicitando o envio de uma proposta para fornecimento.

Nos casos de urgência, devidamente documentados no documento de Solicitação de Compras, pelo responsável pela solicitação, o comprador estará dispensado de formalizar a compra através de cotação ou orçamentos.

- **Receber propostas** - Receber as propostas e orçamentos dos fornecedores, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, inserindo as informações no Mapa de Cotação.
- **Analisar propostas** - Analisar as informações enviadas pelos fornecedores, escolhendo a melhor proposta, levando em conta preço, prazo de entrega e prazo de pagamento.
- **Confirmar a aquisição** - Entrar em contato com Fornecedor informando os itens a serem adquiridos, dentro das condições acertadas nas cotações e orçamentos, identificando o número da Ordem de Compra a que se refere a aquisição.
- **Emitir a Ordem de Compra** - Emitir Ordem de Compra com todas as informações acordadas com o Fornecedor, e anexar a este todos os documentos relativos ao processo de compra: Solicitação de Compra, Mapa de Cotação, Orçamentos, e todo e qualquer outro documento que se relaciona ao processo.
- **Aprovar Ordem de Compra** – Analisar e aprovar a Ordem de Compra, o processo de compra e a sua documentação. 1) Coordenador de Compras; 2) Diretor de Apoio.
- **Encaminhar ao Setor de Recebimento (Farmácia e Almoxarifado)** - Arquivar no Setor de Recebimento (Farmácia, SND, Eng. Clínica e Hospitalar ou Almoxarifado) a Ordem de Compra, no arquivo de Ordem de Compras do Setor, arquivando as mesmas por data de recebimento.

- **Verificar conclusão do processo de Compra** - Verificar, todo o dia pela manhã, a existência de Ordens de Compra que estiverem com o prazo de entrega vencido, e entrar em contato com os Fornecedores para regularizar a situação.

COMPRA DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS

- **Solicitar novos materiais** - Sempre quando há necessidade de novos materiais para procedimentos, o cirurgião deve entrar em contato com a coordenadora do Centro Cirúrgico, a mesma deverá fazer uma solicitação por escrito com a descrição dos materiais que serão usados no procedimento e entregar ao setor de Compras/Consignados para providencias junto a Central de Compras e Fornecedores.

Nota: Nos casos em que for necessário o uso de OPM em procedimentos cirúrgicos, deverá ser fornecido pelo Setor de Compras do hospital, ficando terminantemente proibido ao Cirurgião, paciente internado ou aos seus familiares a compra de órtese, prótese, medicamentos e materiais cirúrgicos necessários ao seu tratamento, bem como a cobrança de qualquer valor financeiro para atendimento, uma vez que o hospital é uma instituição pública de atendimento e gratuito.

- **Entrar em contato com a Central de Compras** - Após receber a solicitação de compra autorizada pelo Diretor de Apoio, o Coordenador de Compras deverá entrar em contato com a Central de Compras, que irá negociar o menor preço (de preferência os que estão de acordo com a tabela SUS). Depois de fechada a negociação informará ao setor de compras do hospital a empresa que irá fornecer os materiais, bem como prazo de entrega.
- **Realizar previsão de Material** - De acordo com o aviso de cirurgias, verificar quantidade de material de acordo com cada procedimento. Caso não se tenha material suficiente para o procedimento contatar cirurgião responsável pelo procedimento e repassar ao mesmo o material disponível. Se não houver material suficiente, o cirurgião deverá informar se vai haver a cirurgia ou não
- **Conferir o material antes e após as cirurgias** - Antes de o Cirurgião abrir a caixa, verificar na etiqueta preenchida pelo CME os materiais que foram entregues. Em caso de divergência entrar em contato com a Coordenação do setor e ao término do procedimento, conferir os materiais com base na descrição dos médicos.

- **Solicitar Reposição de OPM** - Verificar no sistema de controle o estoque atual, colocar o que tem e o que falta em cada caixa, quando uma delas é usada, conferir tudo o que tem dentro e se basear de acordo com as informações contidas nessa pasta e, automaticamente o que está faltando nessa análise é o que foi usado no procedimento. Após conferir os materiais que faltam nas caixas, preencher por completo o pedido de acordo com a empresa fornecedora, pegar a assinatura e o carimbo do cirurgião responsável pelo procedimento que usou a OPM e logo em seguida enviá-lo por fax ou e-mail.
- **Receber Reposição de OPM** - Após receber o material, conferir se realmente bate com a quantidade discriminada e se o valor de cada item está de acordo com a tabela SUS. Verificar se está identificado com o nome do paciente que usou o material e a data da cirurgia, número série, lote juntamente com o nome do médico e enviar para o CME.
- **Preparar processo de compra para pagamentos das Notas Fiscais** - Fazer o processo da ordem de compra, com a discriminação dos materiais, bem como seus valores, nome do paciente, da empresa que irá fornecer, nº do pedido, data da cirurgia, e nome do médico que realizou o procedimento, além da assinatura do comprador do material, do coordenador de compra e do Diretor Financeiro, e por fim, enviar a 1ª via à contabilidade, e a 2ª via para o faturamento.

COMPRA DE EMERGÊNCIA DE MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO

- **Receber Solicitação** - Receber a Solicitação de Compra no Sistema verificando se todas as especificações do (s) item (s) solicitadas estão devidamente informadas, após esta análise liberar ao comprador responsável.
- **Fazer contato com Fornecedores local** - Entrar em Contato com Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando a necessidade do Hospital.
- **Fazer contato com Hospital local (Parceiros)** - Entrar em contato com Diretor e/ou Responsável por suprimentos e/ou Farmácia dos Hospitais parceiros.
- **Fazer contato com Hospitais Administrados pela Pró-Saúde dentro do Estado** - Entrar em contato com Diretor e/ou Responsável por suprimentos e/ou Farmácia dos Hospitais Administrados pela Pró-Saúde dentro do Estado

- **Efetuar a Compra e/ou empréstimo** - Em caso de empréstimo este deverá ser solicitado através Documento de Empréstimo através sistema ou em caso de compras seguir o procedimento esse procedimento no item “COMPRAS PROGRAMADAS”.

Nota: Quando realizado empréstimo atentar-se para a reposição do produto antes da virada do mês.

RECEBIMENTO E GUARDA

Recebimento de Itens solicitados via hospital:

- **Receber Nota Fiscal e conferir com a Ordem de compra** – O almoxarifado recebe a nota fiscal do fornecedor e confere com a ordem de compras encaminhado anteriormente pelo setor de compras devidamente autorizada e assinada. Nunca receber uma nota fiscal sem a ordem de compra. Qualquer divergência na ordem de compras entrar em contato com o setor de compras para que imediatamente sejam realizadas alterações.
- **Conferir o produto** – O almoxarifado comunica o setor solicitante para realizar a conferência em conjunto, devendo ser observado: volumes entregues verificando o estado da embalagem dos produtos; setores solicitantes conferem os produtos quanto: espécie, quantidade, lote e validade. Após a conferência, assinar o canhoto da Nota Fiscal informando a data e o responsável pelo recebimento e concordando com a entrega. Carimba a Nota Fiscal com o carimbo de Recebimento, informando a data do recebimento, o nome do Colaborador responsável pelo recebimento da NF.
- **Verificar divergências** - Verificar a existência de divergência entre a Ordem de Compra/Pedido de Compra e a Nota Fiscal.
- **Verificar na NF valor inferior ou superior ao constante na OC/PC** - Verificar a existência de divergência de valor na NF em relação a OC/PC. Verificar se a quantidade de produtos constantes na NF e na OC/PC está correta. Sendo as quantidades constantes da NF inferior à da OC/PC, anotar quais os itens e/ou quantidades estão divergentes/faltantes na própria OC/PC, tirar cópia da OC/PC, manter esta cópia com os itens faltantes no arquivo de Ordem de Compra do setor, aguardando a entrega posterior dos itens faltantes. Comunicar esta situação ao Setor de Compras.

- **Classificar os itens da Nota Fiscal** - Carimbar com o carimbo de classificação Contábil, no verso da Nota Fiscal, e classificar conforme os grupos contábeis, os valores dos itens constantes na NF.
- **Registrar e emitir documentos** – O auxiliar administrativo realiza a entrada e emite: relatório de entrada do produto, relatório contábil de entrada de produto e quando necessário o relatório de pendências. Em caso de Nota fiscal de medicamentos da Portaria 344/98 uma cópia deve ser entregue para a farmacêutica para ser arquivada.
- **Enviar o processo à contabilidade** – O auxiliar administrativo do almoxarifado encaminha o processo completo (NF e OC) para a contabilidade, protocolando a entrega. No caso de produtos do setor de almoxarifado serão conferidos e permanecerão na área de recebimento até a realização da entrada e liberação para armazenamento.
- **Arquivar 2ª via NF** - Arquivar por mês a 2ª via da NF em arquivo próprio.
- **Preencher Formulário de Inspeção de Recebimento** - Preencher o Formulário de Inspeção de Recebimento, informando as divergências e não conformidades que ocorreram no processo.

Armazenar (exceto para itens da farmácia e nutrição) – Após a liberação do auxiliar administrativo, os materiais e medicamentos do setor de farmácia deverá ser encaminhado para a farmácia e os produtos de nutrição deverão ser enviados para a nutricionista, para todos os demais produtos ao armazenar seguir o armazenamento utilizando a data de vencimento para a organização das prateleiras de forma a facilitar a dispensação.

DISTRIBUIÇÃO

- **Receber Requisição** – Receber a requisição de materiais. As requisições serão recebidas diariamente de acordo com cronograma entregue aos setores. Serão recebidas via sistema até às 10:30h e atendidas no mesmo dia. Solicitações feitas após esse horário serão entregues no dia seguinte.
- **Separar os itens para entregar aos Setores** - Separar os itens a serem entregues, conforme a solicitação feita pelos setores do Hospital.

- **Lançar baixa de Requisição de Material no Sistema Informatizado** - Registrar no Sistema Informatizado, a saída/consumo dos itens solicitados pelos setores e entregues pelo Almoxarifado.
- **Entregar produtos nos Setores** - Entregar nos Setores os produtos solicitados no Almoxarifado, acompanhados por uma cópia da Requisição de Materiais para conferência no setor solicitante.
- **Receber e conferir entrega dos produtos** - Receber e conferir, com base na cópia da solicitação os produtos entregues no setor e assinar recebimento.

Encontra-se no Anexo I o Regulamento próprio de compras, contratação de obras e serviços.

7.4.4. APRESENTAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO HOSPITALAR

Encontra-se descrito, a seguir as premissas para a padronização de materiais e medicamentos.

OBJETIVOS:

- Promover o uso racional de medicamentos e assegurar o acesso aos fármacos seguros, efetivos e com qualidade;
- Diminuição dos custos do tratamento;
- Padronizar condutas terapêuticas com base em evidências científicas;

ETAPAS

A primeira etapa na confecção da padronização, a partir de um Serviço de Farmácia deve ser o conhecimento da estrutura administrativa, técnica e organizacional da instituição, além da base de informações obtidas da literatura médica idônea e o estudo da regulamentação sobre o uso dos medicamentos.

A segunda e imprescindível etapa é a constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), que tem como atribuições:

- Participar na elaboração da política de medicamentos, materiais e equipamentos da instituição, incluindo seleção e dispensação;
- Estipular critérios para obtenção de medicamentos que não constem na padronização;

- Participar na elaboração de protocolos de tratamento elaborados por diferentes serviços clínicos;
- Investigar a utilização destes materiais na instituição;
- Participar ativamente da educação permanente dirigida à equipe de saúde e assessorar todas as atividades relacionadas à promoção do uso racional.

O Comitê tem como responsabilidade a supervisão de todas as políticas de seleção e utilização de medicamentos, materiais e equipamentos no Hospital, com o intuito de assegurar resultados clínicos ótimos e com risco potencial mínimo.

A terceira etapa é saber, da forma mais precisa possível, quais são os medicamentos empregados na unidade hospitalar que possuem consumo médio constante e podem ser incluídos em processos de aquisição, para permitir o tratamento da maioria das enfermidades dos pacientes internados no hospital.

Para a inclusão de medicamentos na Padronização deverão ser observados os seguintes critérios:

- i. Indicação fundamentada em critérios epidemiológicos, privilegiando aqueles medicamentos para doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores;
- ii. Indicação fundamentada no perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no serviço;
- iii. Registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- iv. Valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas na espécie humana e em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e farmacológica;
- v. Baixa toxicidade e nível terapêutico seguro;
- vi. Composição perfeitamente conhecida, excluindo-se, sempre que possível, as associações fixas;
- vii. Denominação pelo princípio ativo, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na sua falta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);
- viii. Informações suficientes sobre as características farmacocinéticas, farmacodinâmicas, farmacotécnicas e farmacoeconômicas;

- ix. Estabilidade em condições de estocagem e uso e facilidade de armazenamento;
- x. Preferência a medicamentos clinicamente apropriados para o tratamento de mais de uma enfermidade;
- xi. Preferentemente estar disponível no mercado nacional;
- xii. Formas farmacêuticas, apresentações e concentração que facilitem a comodidade para a administração aos pacientes aos quais se destinam, o cálculo da dose a ser administrada e o fracionamento ou a multiplicação das doses visando melhor assistência ao cuidado;
- xiii. Solicitação recomendada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica local ou, na sua ausência, pela Direção Técnica da instituição solicitante.
- xiv. A seleção de medicamentos deve ter como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME.
- xv. Considerar os demais pressupostos estabelecidos pela Política Nacional de Medicamentos:
 - Medicamentos para doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com o uso de medicamentos de custos elevados;
 - Medicamentos para doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos não disponíveis no mercado.

As escolhas de antimicrobianos e germicidas devem ser feitas em conjunto com membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

A partir da análise dos dados coletados, a quarta etapa consiste em confeccionar a listagem primária com a eleição dos medicamentos necessários ao arsenal terapêutico do hospital.

Posteriormente, a lista básica deve ser submetida à equipe clínica, para avaliação e sugestão de mudanças, que devem possuir embasamento científico. A CFT deve registrar todo o processo e avaliar cada sugestão.

Após definição da lista padronizada de medicamentos, deve-se publicar o Manual de Padronização de Medicamentos, conforme orientações abaixo:

- a. Listar os medicamentos por ordem alfabética conforme DCB e também segregado por classes terapêuticas;

- b. Para cada medicamento, deve-se disponibilizar as informações sobre Indicação, Posologia, Forma de Administração, inclusive com dados de compatibilidade físico-química e de conservação do medicamento;
- c. Listar os protocolos clínicos definidos na Instituição;
- d. Descrever sobre orientações gerais para dispensação, identificando as mudanças de fluxo em medicamentos especiais;
- e. Indicar forma de inclusão e exclusão de medicamentos conforme Regimento da Comissão de Padronização, e informar formulários necessários;
- f. Indicar metodologia de aquisição de medicamentos não padrão;

Uma vez aprovada a padronização, deve ser publicada e distribuída a todas as clínicas do hospital, para ampla divulgação para os membros da equipe de saúde.

A seguir apresentamos proposta de listagem de material e medicamentos que deverá ser adaptada a necessidade do Hospital Materno Infantil:

Tabela 37. Listagem de medicamento

MEDICAMENTOS	UNID	VIA ADM
ACETAZOLAMIDA 250MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ACETILCISTEINA 100MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 3 mL	AMP	IM
ACICLOVIR 250MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IV
ACIDO ACETILSALICILICO 100MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ACIDO ASCORBICO 200MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 20 ML	FR	VO/SNG
ACIDO ASCORBICO 500MG/5 ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5ML	AMP	IM/IV
ACIDO FOLICO 5MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ACIDO TRANEXAMICO 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5ML	AMP	IM/IV
ACIDO VALPROICO 250MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ACIDO VALPROICO 250MG/5ML SOLUCAO ORAL FRASCO 100ML	FR	VO/SNG
ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS FRASCO 100 ML	FR	TOPICO
ADENOSINA 3MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	AMP	IV
AGUA ESTERIL PARA INJECAO AMPOLA 10ML	AMP	IV

AGUA ESTERIL PARA INJECAO BOLSA 1000ML	UND	IV
AGUA ESTERIL PARA INJECAO BOLSA 100ML	UND	IV
AGUA ESTERIL PARA INJECAO BOLSA 500ML	UND	IV
ALBENDAZOL 400MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ALBENDAZOL 40MG/ML SUSPENSAO ORAL FRASCO 10ML	FR	VO/SNG
ALBUMINA HUMANA 20% 20MG/ML SOLUCAO INJETAVEL FRASCO 20ML	FR	IV
ALFENTANILA 0,544MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5ML	AMP	IV
AMBROXOL 15MG/5ML XAROPE PEDIATRICO FRASCO 120ML	FR	VO/SNG
AMBROXOL 30MG/5ML XAROPE ADULTO FRASCO 120ML	FR	VO/SNG
AMICACINA 100MG/2ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	AMP	IM/IV
AMICACINA 500MG/2ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
AMIDO HIDROXIDOETILICO+CLORETO DE SODIO 500 ML SOLUCAO INJET		VO/SNG
AMINOFILINA 200MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
AMINOFILINA 24MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 10ML	AMP	IV
AMIODARONA 200MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
AMIODARONA 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 3ML	AMP	IV
AMITRIPTILINA 25MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
AMPICILINA 500MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
ANFOTERICINA B 50MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IV
ANLODIPINO 5MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ATENOLOL 25MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ATROPINA 0,25MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1ML	AMP	SC/IM/IV
ATROPINA 0,5% SOLUCAO OFTALMICA FRASCO 5ML	FR	TOPICO
AZATIOPRINA 50MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG

BAMIFILINA 300 MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI PO LIOFILIZADO		IM/IV
BENZILPENICILINA POTASSICA 5.000.000 UI PO LIOFILIZADO		IM/IV
BETAMETASONA DIPROP 5MG+FOSF DISSOD BETAMETAZ AMPOLA 2 ML	AMP	IM
BROMOPRIDA 4MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 20ML	FR	VO/SNG
BROMOPRIDA 5MG/ ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	AMP	IM/IV
BUDESONIDA 0,25MG/ ML SUSPENSAO PARA NEBULIZACAO FRASCO 2ML	FR	INALAÇÃO
BUPIVACAINA 0,5% 5MG/ ML+GLICOSE 80MG/ML SOL INJET AMP 4ML		
CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
CARBAMAZEPINA 100 MG/5ML SUSPENSAO ORAL FRASCO 100ML	FR	VO/SNG
CARBAMAZEPINA 200MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
CARVAO ATIVADO PO ENVELOPE 30 GR		VO/SNG
CARVEDILOL 6,25MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
CEFALEXINA 250MG/5ML SOLUCAO ORAL FRASCO 60ML	FR	VO/SNG
CEFALEXINA 500MG CAPSULA		VO/SNG
CEFALOTINA 1G PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
CEFAZOLINA 1G PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
CEFEPIMA 1G PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
CEFTAZIDIMA 1G PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
CEFTRIAXONA 1G PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
CETAMINA 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	AMP	IM/IV
CETAMINA 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL FRASCO-AMPOLA 10ML	FR	IM/IV
CETILPERIDINO 25MG/ ML FRASCO 250 ML	FR	ORAL/BUCAL
CETOCONAZOL 20MG/G CREME TOPICO BISNAGA 30G		TOPICO
CETOPROFENO 100MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV

CICLOFOSFAMIDA 1000MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IV
CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRAGEA		VO/SNG
CICLOPENTOLATO 1% SOL OFTAMICA FRASCO 5 ML	FR	TOPICO
CILOSTAZOL 100MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
CIPROFLOXACINO 0,35% POMADA OFTALMICA 3,5 G		TOPICO
CIPROFLOXACINO 2MG/ML SOLUCAO INJETAVEL BOLSA 100ML	UND	IV
CIPROFLOXACINO 3MG/ML+DEXAMETASONA 1MG/ML SOLUCAO OFTALMICA		TOPICO
CIPROFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
CISATRACURIO 10MG/5ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5ML	AMP	IV
CLARITROMICINA 500MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IV
CLINDAMICINA 300MG/2ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	AMP	IM/IV
CLINDAMICINA 600 MG/4ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 4ML	AMP	IM/IV
CLONAZEPAM 2,5MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 20ML	FR	VO/SNG
CLONIDINA 0,100MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
CLOPIDOGREL 75MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
CLOREXEDINA 0,12% SOLUCAO COLUTORIA FRASCO 250ML	FR	ORAL/BUCAL
CLORPROMAZINA 25MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
CLORPROMAZINA 25MG/5ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5 ML	AMP	IM
COLAGENASE 0,6 UI/GR BISNAGA 30 GR	UND	TOPICO
DELTAMETRINA 0,02% SOLUCAO TOPICA FRASCO 100 ML	FR	TOPICO
DESMOPRESSINA SOLUCAO FRASCO 2,5 ML - SPRAY NASAL	FR	TOPICO
DEXAMETASONA 4MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
DEXAMETASONA 4MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2,5 ML	AMP	IM/IV

DEXCLORFENIRAMINA 2MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
DIAZEPAN 5MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
DIAZEPAN 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
DIGOXINA 0,25MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
DIMENIDRATO 30MG+PIRIDOXINA 50MG+GLICOSE 1G+FRUTOSE 1G 10 ML		IV
DIMENINDRATO 100MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
DIPIRONA 500 MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO GOTEJADOR 20 ML	FR	VO/SNG
DIPIRONA 500MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
DIPIRONA 500MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
DOBUTAMINA 250MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 20 ML	AMP	IV
DOMPERIDONA 1MG/ML SUSPENSAO ORAL FRASCO 100 ML	FR	VO/SNG
DOPAMINA 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL 10 ML		IV
DROPERIDOL 2,5 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	IM/IV
EFEDRINA 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	IM/IV
ENOXAPARINA 20MG/0,2ML SOL INJET SERINGA PRE-ENVASADA	UND	SC
ENOXAPARINA 40MG/0,4ML SOL INJETAVEL SERINGA PRE-ENVASADA	UND	SC
ENOXAPARINA 60MG/0,6 ML SOL INJETAVEL SERINGA PRE-ENVASADA	UND	SC
EPINEFRINA 1MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	SC/IM
ERGOMETRINA 0,2MG/ML 1 ML	AMP	IM
ESCOPOLAMINA 10MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 20 ML	FR	VO/SNG
ESCOPOLAMINA 20MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	SC/IM/IV
ESPIRONOLACTONA 100MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ESPIRONOLACTONA 25MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ESTREPTOQUINASE 1.500.000 UI		IV

ETOMIDATO 2 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 10 ML	AMP	IV
FENILEFRINA 10% SOLUCAO OFTALMICA FRASCO 5 ML	FR	TOPICO
FENITOINA 100MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
FENITOINA 100MG/5ML SOLUCAO ORAL FRASCO 100 ML	FR	VO/SNG
FENITOINA 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5 ML	AMP	IM/IV
FENOBARBITAL 100MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
FENOBARBITAL 100MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
FENOBARBITAL 4% 40MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 20 ML	FR	VO/SNG
FENOTEROL 5MG/ML SOLUCAO PARA INALACAO FRASCO 20 ML	FR	VO/INALAÇÃO
FENTANILA 0,05MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 10 ML	AMP	IM/IV
FENTANILA 0,05MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	SC/IM
FLUCONAZOL 150MG CAPSULA	CPS	VO
FLUCONAZOL 2MG/ML SOLUCAO INJETAVEL BOLSA 100 ML	UND	IV
FLUDROCORTISONA 0,1 MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
FLUMAZENIL 0,5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5 ML	AMP	IV
FLURISCEINA 10MG/ML SOLUCAO OFTALMICA FRASCO 3 ML	FR	TOPICO
FLUOXETINA 20MG CAPSULA	CPS	VO/SNG
FOSFATO SODIO MONOFASICO+FOSF DIBASICO 130ML+CANULA LUBRIFIC	UND	RETAL
FUROSEMIDA 10MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
FUROSEMIDA 40MG	COMP	VO/SNG
GATIFLOXACINO 3% SOLUCAO OFTALMICA FRASCO 5 ML	FR	TOPICO

GEL HIDRATANTE COM ALGINATO DE CALCIO E SODIO 85 G	UND	TOPICO
GENTAMICINA 80 MG/2 ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
GLIBENCLAMIDA 5MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
GLICERINA SUPOSITORIO (INFANTIL)	UND	RETAL
GLUCONATO DE CALCIO 10% (100MG/ ML) SOL INJET AMPOLA 10 ML	AMP	IV
HALOPERIDOL 1MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
HALOPERIDOL 2MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 20 ML	FR	VO/SNG
HALOPERIDOL 5MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
HALOPERIDOL 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	IM/IV
HEPARINA 5000 UI/ML SOLUCAO INJETAVEL FRASCO 5 ML	FR	IV
HIDRALAZINA 50MG DRAGEA		VO/SNG
HIDRATO DE CLORAL 20% SOLUCAO ORAL FRASCO 100 ML	FR	VO/SNG
HIDROCLOROTIAZIDA 25MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
HIDROCORTISONA 100MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
HIDROCORTISONA 500MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
HIDROXIDO DE ALUMINIO 62MG/ ML SUSPENSAO ORAL FRASCO 240 ML	FR	VO/SNG
HIDROXIDO DE FERRO 100MG/5 ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5 ML	AMP	IV
HIPROMELOSE 2% SERINGA 2 ML	UND	TOPICO
IMIPENEM 500MG+CILASTATINA 500MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOL	FR	IV
IMUNOGLOBULINA ANTITETANICA AMPOLA 2 ML	AMP	IM
IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-RH 300MCG/2 ML SOL INJET AMP 2ML	AMP	IM
INSULINA NPH HUMANA 100 UI/ML SOLUCAO INJETAVEL FRASCO AMPOL	FR	SC

INSULINA REGULAR HUMANA 100UI/ML SOLUCAO INJETAVEL FRASC AMP	FR	SC
IPRATROPIO 0,25MG/ML SOLUCAO PARA INALACAO FRASCO 20 ML	FR	INALAÇÃO
ISOFLURANO SOLUCAO INALATORIA FRASCO 100 ML	FR	INALAÇÃO
ISOSSORBIDA (MONONITRATO) 20 MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ISOSSORBIDA 10MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	IV
ISOXSUPRINA 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IV
LACTULOSE 667MG/ML XAROPE FRASCO 120 ML	FR	VO/SNG
LEVOBUPIVACAINA 0,5% S/ EPINEFRINA SOL INJET FRASCO 20 ML	FR	
LEVOBUPIVACAINA 0,5%+EPINEFRINA 5MCG/ML SOL INJET 20 ML	FR	
LEVOBUPIVACAINA ISOBARICA 5 MG/ML AMPOLA 4 ML	AMP	
LIDOCAINA 2% + EPINEFRINA SOLUCAO INJETAVEL TUBETE 1,8 ML		
LIDOCAINA 10% SPRAY TOPICO FRASCO 50 ML	FR	TOPICO
LIDOCAINA 2% SOLUCAO INJETAVEL TUBETE 1,8 ML		
LIDOCAINA 2% GELEIA TOPICA BISNAGA 30G		TOPICO
LIDOCAINA 2% SOLUCAO INJETAVEL FRASCO-AMPOLA 20 ML	FR	SC/IM/IV
LIDOCAINA 2%+EPINEFRINA 0,005MG/ML SOL INJET FRASCO AMP 20ML	FR	
LOSARTANA 50MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
MEROPENEM 500MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IV
METFORMINA 500MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
METILCELULOSE 2% SOL OFTALMICA FRASCO 30 ML	FR	TOPICO
METILDOPA 250MG	COMP	VO/SNG
METILPREDNISOLONA 500 MG FRASCO AMPOLA	FA	IM
METOCLOPRAMIDA 10MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
METOCLOPRAMIDA 4MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 10 ML	FR	VO/SNG

METOCLOPRAMIDA 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
METOPROLOL 5MG/5 ML SOL INJETAVEL	FR	IV
METRONIDAZOL + NISTATINA CREME VAGINAL BISNAGA 50 MG	UND	TOPICO
METRONIDAZOL 400MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
METRONIDAZOL 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL BOLSA 100 ML	UND	IV
MIDAZOLAM 15MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
MIDAZOLAM 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 10 ML	AMP	IM/IV
MIDAZOLAM 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 3 ML	AMP	IM/IV
MINOXIDIL 10 MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
MISOPROSTOL 100 MCG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
MITOMICINA C 5 MG FRASCO AMPOLA	FA	
MORFINA 0,2MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	SC/IM/IV
MORFINA 10 MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
MORFINA 1MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	AMP	SC/IM/IV
NALOXONA 0,4MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	SC/IM/IV
NEOSTIGMINA 0,5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	SC/IM/IV
NIFEDIPINO 10MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
NIFEDIPINO RETARD 20 MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
NIMESULIDA 50MG/ ML SOLUCAO ORAL FRASCO 15 ML	FR	VO/SNG
NIMODIPINO 30MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
NISTATINA + OXIDO DE ZINCO POMADA	UND	TOPICO
NISTATINA 100.000UI/ML SUSPENSAO ORAL FRASCO 50 ML	FR	VO/SNG
NITROFURASONA 2MG/G BISNAGA 30G	UND	TOPICO
NITROGLICERINA 5MG/ML AMPOLA 10 ML	AMP	IV
NITROPRUSSIATO DE SODIO 25MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IV

NOREPINEFRINA 8MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 4 ML	AMP	IV
OLEO MINERAL FRASCO 100 ML	FR	VO/SNG
OMEPRAZOL 20MG CAPSULA		VO/SNG
OMEPRAZOL 40MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IV
ONDASETRONA 2MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IV
OXACILINA 500MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
OXITOCINA 5UI/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	IV
PALMITATO DE RETINOL+COLECALCEFIROL+OXIDO DE ZINCO POMADA	UND	TOPICO
PAPAINA GEL 10% BISNAGA	UND	TOPICO
PARACETAMOL 200MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 15 ML	FR	VO/SNG
PARACETAMOL 500MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
PERMANGANATO DE POTASSIO 100 MG TOPICO COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
PETIDINA 100 MG SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA DE 2 ML	AMP	IV
PILOCARPINA 4% SOLUCAO OFTALMICA FRASCO 10 ML	FR	TOPICO
PIPERACILINA 4G+TAZOBACTAM 0,5G PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IV
POLIESTIRENOSULFONATO DE CALCIO 30G ENVELOPE	UND	VO/RETAL
POLIMIXINA B 500.000 UI FRASCO	FR	IV
PREDNISONA 20MG	COMP	VO/SNG
PREDNISONA 5MG	COMP	VO/SNG
PROMETAZINA 25 MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
PROMETAZINA 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
PROPOFOL 10MG/ML EMULSAO INJETAVEL FRASCO-AMPOLA 20 ML	FR	IV
PROPRANOLOL 40MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
PROTAMINA 1000UI/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5 ML	AMP	IV

PROXIMETACAINA 5MG/ML SOLUCAO OFTALMICA FRASCO 5 ML	FR	TOPICO
RANITIDINA 150MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
RANITIDINA 25MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
RETINOL + ASSOCIACOES 3,5 G (VITAMINA A + ASSOCIACOES)	UND	TOPICO
ROCURONIO 10MG/ML SOLUCAO INJETAVEL FRASCO AMPOLA 5 ML	FA	IV
SEVOFLURANO SOLUCAO INALATORIA FRASCO 250 ML	FR	INALAÇÃO
SIMETICONA 75MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 10 ML	FR	VO/SNG
SINVASTATINA 10MG	COMP	VO/SNG
SOLUCAO ACIDA POLIELETROLITICA DIALISE 3,5 MEQ/L 5 LT	UND	
SOLUCAO ACIDA POLIELETROLITICA DIALISE CA 2,5MEQ/L 5 LT	UND	
SOLUCAO CLORETO DE SODIO 20% INJETAVEL AMPOLA 10 ML	AMP	
SOLUCAO DE BICARBONATO DE SODIO 8,4% POLIELETROL DIALISE 5 LT	UND	
SOLUCAO DE BICARBONATO DE SODIO 8,4% SOL INJET AMPOLA 10 ML	AMP	SC/IV
SOLUCAO DE BICARBONATO DE SODIO 8,4% SOL INJET BOLSA 250 ML	UND	IV
SOLUCAO DE CLORETO DE POTASSIO 10% INJETAVEL AMPOLA 10 ML	AMP	IV
SOLUCAO DE CLORETO DE POTASSIO 19,1% INJETAVEL AMPOLA 10 ML	AMP	IV
SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 0,9% INJETAVEL AMPOLA 10 ML	AMP	IV
SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 0,9% INJETAVEL BOLSA 100 ML	UND	IV
SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 0,9% INJETAVEL BOLSA 1000 ML	UND	IV
SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 0,9% INJETAVEL BOLSA 250 ML	UND	IV

SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 0,9% INJETAVEL BOLSA 500 ML	UND	IV
SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 10% INJETAVEL AMPOLA 10 ML	AMP	IV
SOLUCAO DE DIALISE PERITONIAL 1,5 % BOLSA 2,5 LT+EQUIPO EM Y	UND	
SOLUCAO DE DIALISE PERITONIAL 2,5% BOLSA 2,5 LT+EQUIPO EM Y	UND	
SOLUCAO DE DIALISE PERITONIAL 4,25% BOLSA 2,5 LT+EQUIPO EM Y	UND	
SOLUÇÃO DE GLICOSE 10% BOLSA 500 ML	UND	IV
SOLUCAO DE GLICOSE 10% INJETAVEL BOLSA 250 ML	UND	IV
SOLUCAO DE GLICOSE 25% AMPOLA 10 ML	AMP	IV
SOLUCAO DE GLICOSE 5% INJETAVEL BOLSA 100 ML	UND	IV
SOLUCAO DE GLICOSE 5% INJETAVEL BOLSA 250 ML	UND	IV
SOLUCAO DE GLICOSE 5% INJETAVEL BOLSA 500 ML	UND	IV
SOLUCAO DE GLICOSE 50% INJETAVEL AMPOLA 10 ML	AMP	IV
SOLUCAO DE MANITOL 20% INJETAVEL BOLSA 250 ML	UND	IV
SOLUÇÃO DE RINGER COM LACTATO INJETAVEL BOLSA 500 ML	UND	IV
SOLUCAO DE RINGER SIMPLES INJETAVEL BOLSA 500 ML	UND	IV
SOLUCAO SALINA BALANCEADA BOLSA 500 ML	UND	
SUCCINILCOLINA 100 MG SOLUCAO INJETAVEL FRASCO AMPOLA 5 ML	FA	IV
SUFENTANILA 50 MCG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	IM/IV
SUFENTANILA 5MCG/ ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
SULFADIAZINA DE PRATA 1% CREME TOPICO BISNAGA 50G	UND	TOPICO
SULFADIAZINA DE PRATA 1% CREME TOPICO POTE 400G	UND	TOPICO
SULFAMETOXAZOL 200MG+TRIMETROPIMA 40MG/5ML SOL ORAL 100ML	FR	VO/SNG

SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETROPIMA 80MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
SULFAMETOXAZOL 400MG+TRIMETROPIMA 80MG AMPOLA 5 ML	AMP	
SULFATO DE MAGNESIO 1 MCG/ ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 10ML	AMP	IM/IV
SULFATO FERROSO 125MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 30 ML	FR	VO/SNG
SULFATO FERROSO 300MG DRAGEA		VO/SNG
SURFACTANTE PULMONAR 4 ML		
TEICOPLANINA 400MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
TENOXICAM 20MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
TENOXICAM 20MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
TERBUTALINA 0,05MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	SC/IV
TETRACAINA 10 MG/ML+FENILEFRINA 1MG/ML+AC BORICO SOL OFTAL	UND	TOPICO
TIAMINA 100MG SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	IV
TIOCOLCHICOSIDEO 4 MG SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
TIOPENTAL 1G PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IV
TOBRAMICINA + DEXAMETASONA SOLUCAO OFTALMICA FRASCO	FR	TOPICO
TOBRAMICINA 0,3% SOLUCAO OFTALMICA FRASCO 5 ML	FR	TOPICO
TRAMADOL 50MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
TRAMADOL 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	IM/IV
TRAMADOL 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
TROPICAMIDA 1% SOLUCAO OFTALMICA FRASCO 5ML	FR	TOPICO
VANCOMICINA 500MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IV
VARFARINA 5MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
VITAMINA A+D FRASCO 10 ML	FR	VO/SNG
VITAMINA DO COMPLEXO B COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG

VITAMINA DO COMPLEXO B SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM
BASILIXMABE 20 MG	AMP	TRANSPLANTE
IMUNOGLOBULINA (COELHO) ANTITIMÓCITOS 25 MG	AMP	TRANSPLANTE
MICOFENOLATO DE SODIO 180 MG	COMP	TRANSPLANTE
MICOFENOLATO DE SODIO 360 MG	COMP	TRANSPLANTE
TACROLIMUS 1 MG	COMP	TRANSPLANTE
TACROLIMUS 5 MG	COMP	TRANSPLANTE

Tabela 38. Listagem de material

MATERIAL	UNIDADE
ABAIXADOR LÍNGUA ESPÁTULA DE MADEIRA. DESCARTÁVEL	PCT
ABSORVENTE FEMININO EM ABAS	PCT
AGULHA DE PUNCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA 16G	UNIDADE
AGULHA DE PUNCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA 17G	UNIDADE
AGULHA DESCARTÁVEL HIPODÉRMICA. TAMANHO 13 X 4.5. ESTÉRIL	UNIDADE
AGULHA DESCARTÁVEL HIPODÉRMICA. TAMANHO 20 X 5.5. ESTÉRIL.	UNIDADE
AGULHA DESCARTÁVEL HIPODÉRMICA. TAMANHO 25 X 7.0. ESTÉRIL.	UNIDADE
AGULHA DESCARTÁVEL HIPODÉRMICA. TAMANHO 25 X 8.0. ESTÉRIL	UNIDADE
AGULHA DESCARTÁVEL HIPODÉRMICA. TAMANHO 30 X 8.0. ESTÉRIL	UNIDADE
AGULHA DESCARTÁVEL HIPODÉRMICA. TAMANHO 40 X 12.0 ESTÉRIL	UNIDADE
AGULHA PARA ANESTESIA RAQUIDIANA. 17G X 3.1/2 POLEGADAS	UNIDADE
AGULHA PARA ANESTESIA RAQUIDIANA. 18G X 3.1/2 POLEGADAS	UNIDADE
AGULHA PARA ANESTESIA RAQUIDIANA. 22G X 3.1/2 POLEGADAS	UNIDADE
AGULHA PARA ANESTESIA RAQUIDIANA. 25 G. 3.1/2 POLEGADAS	UNIDADE
AGULHA PARA ANESTESIA RAQUIDIANA. 27G X 3.1/2 POLEGADAS	UNIDADE
ALGODÃO HIDRÓFILO ROLO COM 500 GRAMAS	UNIDADE
ALGODAO HIDROFILO, EM BOLAS, PACOTE COM 100 GRAMAS	UNIDADE

ALMOTOLIA EM PLÁSTICO RÍGIDO ÂMBAR. 500 ML BICO RETO LONGO	UNIDADE
ALMOTOLIA EM PLÁSTICO RÍGIDO TRANSPARENTE 500 ML BICO RETO LONGO	UNIDADE
APARELHO DE TRICOTOMIA DESCARTÁVEL	UNIDADE
ATADURA TIPO ALGODÃO ORTOPÉDICO. 10CM X 1.0M	UNIDADE
ATADURA TIPO ALGODÃO ORTOPÉDICO. 12CM X 1.0M	UNIDADE
ATADURA TIPO ALGODÃO ORTOPÉDICO. 15CM X 1.0M	UNIDADE
ATADURA TIPO ALGODÃO ORTOPÉDICO. 20CM X 1.0M	UNIDADE
ATADURA TIPO CREPOM. MEDINDO 06CM X 4.5M	UNIDADE
ATADURA TIPO CREPOM. MEDINDO 08CM X 4.5M	UNIDADE
ATADURA TIPO CREPOM. MEDINDO 10CM X 4.5M	UNIDADE
ATADURA TIPO CREPOM. MEDINDO 12CM X 4.5M	UNIDADE
ATADURA TIPO CREPOM. MEDINDO 15CM X 4.5M	UNIDADE
ATADURA TIPO CREPOM. MEDINDO 20CM X 4.5M	UNIDADE
ATADURA TIPO GESSADA RÁPIDA. MEDINDO 10CM X 3M	UNIDADE
ATADURA TIPO GESSADA RÁPIDA. MEDINDO 12CM X 3M	UNIDADE
ATADURA TIPO GESSADA RÁPIDA. MEDINDO 15CM X 3M	UNIDADE
ATADURA TIPO GESSADA RÁPIDA. MEDINDO 20CM X 3M	UNIDADE
AVENTAL DESCARTÁVEL EM NÃO TECIDO	UNIDADE
BISTURI DESCARTÁVEL P/ MICROCIURURGIA INCISÃO CORNEANA 15º	UNIDADE
BISTURI DESCARTÁVEL P/ MICROCIURURGIA INCISÃO CORNEANA 2.7MM	UNIDADE
BISTURI DESCARTÁVEL P/ MICROCIURURGIA INCISÃO CORNEANA 5.2MM	UNIDADE
BOLSA DE COLOSTOMIA ADULTO PEÇA ÚNICA DRENAVEL	UNIDADE
BOLSA DE COLOSTOMIA DESCARTÁVEL 30MM	UNIDADE
BOLSA DE COLOSTOMIA DESCARTÁVEL 50MM	UNIDADE
BOLSA DE COLOSTOMIA INFANTIL PEÇA ÚNICA DRENAVEL	UNIDADE
BOLSA DE COLOSTOMIA PARA NEONATOLOGIA	UNIDADE
CADARÇO SARJADO ACHATADO BRANCO 12MM X 10M	UNIDADE

CAL SODADA EM GRANULOS ALTA CAPACIDADE DE ABSORÇÃO DE CO2	UNIDADE
CÂNULA DE GUEDEL. Nº 4	UNIDADE
CÂNULA DE GUEDEL. Nº 5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA. Nº 00	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA. Nº 01	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA. Nº 02	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA. Nº 03	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA. Nº 04	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA. Nº 05	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA. Nº 06	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA. Nº 07	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 2.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 2.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 3.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 3.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 4.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 4.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 5.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 5.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 6.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 6.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 7.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 7.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 8.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 8.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 9.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 3.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 3.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 4.0	UNIDADE

CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 4.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 5.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 5.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 6.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 6.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 7.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 7.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 8.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 8.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 9.0	UNIDADE
CANULA P/ ASPIRAÇÃO DE MEDULA OSSEA C/ EMPUNHADORA ERGONOMICA	UNIDADE
CÂNULA PARA BIÓPSIA DE TECIDOS MOLES, DE GUILHOTINA, COM DISPARO SEMI-AUTOMÁTICO,TAMANHO 16G X 150MM	UNIDADE
CÂNULA PARA BIÓPSIA DE TECIDOS MOLES, DE GUILHOTINA, COM DISPARO SEMI-AUTOMÁTICO,TAMANHO 18G X 200MM	UNIDADE
CAPA DESCARTÁVEL PARA PROTEÇÃO DE EQUIPAMENTO DE LAPAROSCOPIA	UNIDADE
CAPA PARA COLCHÃO ANTI - ESCARAS TIPO CAIXA DE OVO	UNIDADE
CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE TLC 75MM (AZUL-TECIDO NOMAL)	UNIDADE
CATETER CURTO PERIFERICO Nº 14	UNIDADE
CATETER CURTO PERIFERICO Nº 16	UNIDADE
CATETER CURTO PERIFERICO Nº 18	UNIDADE
CATETER CURTO PERIFERICO Nº 20	UNIDADE
CATETER CURTO PERIFERICO Nº 22	UNIDADE
CATETER CURTO PERIFERICO Nº 24	UNIDADE
CATETER DUPLO LUMEN PARA HEMODIÁLISE CURVO 11,5FR X 15CM	UNIDADE
CATETER DUPLO LUMEN PARA HEMODIÁLISE CURVO 11,5FR X 20CM	UNIDADE
CATETER DUPLO LUMEN PARA HEMODIÁLISE RETO 11,5FR X 15CM	UNIDADE
CATETER DUPLO LUMEN PARA HEMODIÁLISE RETO 11,5FR X 20CM	UNIDADE
CATETER PARA DIÁLISE PERITONEAL COM 1 CUFF 30CM	UNIDADE

CATETER PARA DIÁLISE PERITONEAL COM 1 CUFF 42CM	UNIDADE
CATETER PARA DIÁLISE PERITONEAL COM 2 CUFFS 09FR X 31CM	UNIDADE
CATETER PARA DIÁLISE PERITONEAL COM 2 CUFFS 12FR X 37CM	UNIDADE
CATETER PARA DIÁLISE PERITONEAL COM 2 CUFFS 42CM	UNIDADE
CATETER PARA EMBOLECTOMIA ARTERIAL COM CUFF Nº 4.0	UNIDADE
CATETER PARA EMBOLECTOMIA ARTERIAL COM CUFF Nº 5.0	UNIDADE
CATETER PARA EMBOLECTOMIA ARTERIAL COM CUFF Nº 7.0	UNIDADE
CATETER PARA OXIGÊNIO TIPO ÓCULOS.	UNIDADE
CATETER PARA PUNÇÃO VENOSA CENTRAL. Nº 16	UNIDADE
CATETER PARA PUNÇÃO VENOSA CENTRAL. Nº 19	UNIDADE
CATETER PARA PUNÇÃO VENOSA CENTRAL. Nº 22	UNIDADE
CATETER TRIPLO LUMEN, PARA HEMODIÁLISE CURVO 12FR X 20 CM	UNIDADE
CATETER TRIPLO LUMEN, PARA HEMODIÁLISE RETO 12FR X 20 CM	UNIDADE
CATETER UMBILICAL NUMERO 3.5	UNIDADE
CERA PARA OSSO - ENVELOPE COM 2.5 GRAMAS	UNIDADE
CLAMP PARA BOLSA DE COLOSTOMIA. DESCARTÁVEL. PLÁSTICO	UNIDADE
CLAMP UMBILICAL TIPO PINÇA TAMANHO ÚNICO	UNIDADE
COLAR CERVICAL PHILADELPHIA TAMANHO G	UNIDADE
COLAR CERVICAL PHILADELPHIA TAMANHO M	UNIDADE
COLAR CERVICAL PHILADELPHIA TAMANHO P	UNIDADE
COLCHÃO ANTI - ESCARAS TIPO CAIXA DE OVO	UNIDADE
COLETOR DE MATERIAL PERFUROCORTANTE. CAPACIDADE 13 LITROS	UNIDADE
COLETOR DE MATERIAL PERFUROCORTANTE. CAPACIDADE 7 LITROS	UNIDADE
COLETOR DE URINA 24H RETANGULAR 2000ML	UNIDADE
COLETOR DE URINA ESTÉRIL 50ML	UNIDADE
COLETOR DE URINA INFANTIL UNISSEX	UNIDADE
COLETOR DE URINA NÃO ESTÉRIL 50ML	UNIDADE
COLETOR DE URINA PARA USO EM INCONTINÊNCIA Nº 04	UNIDADE
COLETOR DE URINA PARA USO EM INCONTINÊNCIA Nº 05	UNIDADE

COLETOR DE URINA PARA USO EM INCONTINÊNCIA Nº 06	UNIDADE
COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO COM BARBANTE 2000ML	UNIDADE
COLETOR DE URINA. SISTEMA ABERTO FRASCO DE 1200ML	UNIDADE
COLETOR DE URINA. SISTEMA FECHADO ESTÉRIL BOLSA DE 2000ML	UNIDADE
COMPRESSA CIRÚRGICA. CAMPO OPERATÓRIO. NÃO DESCARTÁVEL 45CM X 50CM	UNIDADE
COMPRESSA DE GAZE ABERTA TIPO QUEIJO 91 CM X 91 M	UNIDADE
COMPRESSA DE GAZE HIDRÓFILA ESTERILIZADA 7.5CM X 7.5CM PACOTE COM 10 UNIDADES.	UNIDADE
COMPRESSA DE GAZE HIDRÓFILA NÃO ESTÉRIL. 7.5CM X 7.5CM PACOTE COM 500 UNIDADES.	UNIDADE
CURATIVO DE CARBOXIMETILCELULOSE SÓDICA 10CM X 10CM	UNIDADE
CURATIVO DE CARBOXIMETILCELULOSE SÓDICA 15CM X 15CM	UNIDADE
CURATIVO DE FILME TRANSPARENTE DE POLIURETANO 10CM X 12CM	UNIDADE
CURATIVO DE FILME TRANSPARENTE DE POLIURETANO 6CM X 9CM	UNIDADE
CURATIVO DE FILME TRANSPARENTE DE POLIURETANO 7CM X 8.5CM	UNIDADE
CURATIVO DE FILME TRANSPARENTE DE POLIURETANO 8.5CM X 10.5CM	UNIDADE
CURATIVO DE HIDROCOLÓIDE SEM BORDA 10CM X 10CM	UNIDADE
CURATIVO DE HIDROCOLÓIDE SEM BORDA 20CM X 20CM	UNIDADE
DIALISADOR DE POLISSULFONA DE BAIXO FLUXO F10	UNIDADE
DIALISADOR DE POLISSULFONA DE BAIXO FLUXO F5	UNIDADE
DIALISADOR DE POLISSULFONA DE BAIXO FLUXO F6	UNIDADE
DIALISADOR DE POLISSULFONA DE BAIXO FLUXO F7	UNIDADE
DIALISADOR DE POLISSULFONA DE BAIXO FLUXO F7 - USO ÚNICO	UNIDADE
DIALISADOR DE POLISSULFONA DE BAIXO FLUXO F8	UNIDADE
DISPOSITIVO DE CIRCUNCISÃO DESCARTÁVEL PLASTIBELL -1.2CM	UNIDADE
DISPOSITIVO DE CIRCUNCISÃO DESCARTÁVEL PLASTIBELL -1.5CM	UNIDADE
DISPOSITIVO DE CIRCUNCISÃO DESCARTÁVEL PLASTIBELL -1.7CM	UNIDADE
DOSADOR ORAL 10ML COM TAMPA	UNIDADE

DOSADOR ORAL 3ML COM TAMPA	UNIDADE
DOSADOR ORAL 5ML COM TAMPA	UNIDADE
DRENO DE KHER Nº 10 3.5MM	UNIDADE
DRENO DE KHER Nº 12 4.0MM	UNIDADE
DRENO DE KHER Nº 14 4.5MM	UNIDADE
DRENO DE KHER Nº 16 5.5MM	UNIDADE
DRENO DE KHER Nº 18 6.0MM	UNIDADE
DRENO DE PENROSE Nº 01	UNIDADE
DRENO DE PENROSE Nº 02	UNIDADE
DRENO DE PENROSE Nº 03	UNIDADE
DRENO DE PENROSE Nº 04	UNIDADE
DRENO DE SUÇÃO ESTÉRIL 3.2MM X 1.8 SIST. FECHADO DE ASPIRAÇÃO SANFONADO C/ PINÇA CLAMP - 500ML	UNIDADE
DRENO DE SUÇÃO ESTÉRIL 4.8MM X 1.16 SIST. FECHADO DE ASPIRAÇÃO SANFONADO C/ PINÇA CLAMP - 500ML	UNIDADE
DRENO DE SUÇÃO ESTÉRIL 6.4MM X 1.16 SIST. FECHADO DE ASPIRAÇÃO SANFONADO C/ PINÇA CLAMP - 500ML	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 12	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 14	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 16	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 18	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 20	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 22	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 24	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 26	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 28	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 30	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 32	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 34	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 36	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 38	UNIDADE

DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 40	UNIDADE
ELETRODO DE MONITOR CARDÍACO ADULTO	UNIDADE
ELETRODO DE MONITOR CARDÍACO INFANTIL	UNIDADE
ELETRODO DE MONITOR CARDÍACO REDDOT NEONATAL	UNIDADE
ELETRODO TEMPORARIO BIPOLAR P/ MARCAPASSO	UNIDADE
EQUIPO MACROGOTAS COM CÂMARA DE GOTEJAMENTO FLEXÍVEL E INJETOR LATERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO - BRASINO K102	UNIDADE
EQUIPO MACROGOTAS COM CÂMARA DE GOTEJAMENTO FLEXÍVEL E INJETOR LATERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO - HARTMANN	UNIDADE
EQUIPO MACROGOTAS P/ BOMBA DE INFUSÃO CELM	UNIDADE
EQUIPO MACROGOTAS PARA INFUSÃO DE SOLUÇÕES FOTOSSENSÍVEIS COM CÂMARA DE GOTEJAMENTO FLEXÍVEL E INJETOR LATERAL	UNIDADE
EQUIPO MICROGOTAS COM PINÇA ROLETE E INJETOR EM Y	UNIDADE
EQUIPO MICROGOTAS. CÂMARA GRADUADA DE CAPACIDADE IGUAL OU ACIMA DE 150 ML E INJETOR LATERAL	UNIDADE
EQUIPO PARA ADMINISTRAÇÃO DE DIETAS ENTERAIS COM CÂMARA DE GOTEJAMENTO FLEXÍVEL	UNIDADE
EQUIPO PARA MEDIDA DE PRESSÃO VENOSA CENTRAL COM CÂMARA DE GOTEJAMENTO FLEXÍVEL E INJETOR LATERAL	UNIDADE
EQUIPO PARA TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA	UNIDADE
ESCOVA DUPLA FACE PARA ANTI-SEPSIA DAS MÃOS E ANTE-BRAÇOS, COM PVPI	UNIDADE
ESCOVA DUPLA FACE PARA ANTI-SEPSIA DAS MÃOS E ANTE-BRAÇOS, SEM PVPI	UNIDADE
ESFIGMOMANÔMETRO ADULTO	UNIDADE
ESFIGMOMANÔMETRO INFANTIL	UNIDADE
ESPARADRAPO IMPERMEÁVEL 10CM x 4,5M	UNIDADE
ESTETOSCOPIO TIPO DUO SONIC - ADULTO	UNIDADE
ESTETOSCOPIO TIPO DUO SONIC - PEDIATRICO	UNIDADE
EXTENSÃO ST PARA BOMBA DE SERINGA 60 CM	UNIDADE
FAIXA SMARCH NÃO ESTÉRIL TAM. 08CM	UNIDADE
FAIXA SMARCH NÃO ESTÉRIL TAM. 10CM	UNIDADE

FAIXA SMARCH NÃO ESTÉRIL TAM. 12CM	UNIDADE
FAIXA SMARCH NÃO ESTÉRIL TAM. 15CM	UNIDADE
FILTRO COM BARREIRA TOTAL A BACTERIA E A VIRUS	UNIDADE
FILTRO DE AR PARA INCUBADORA VISION 2186	UNIDADE
FIO CIRURGICO ALGODÃO BRANCO (FITA) DIAM. 0 COMP. 0,35 X 80CM	UNIDADE
FIO CIRURGICO ALGODÃO TORCIDO AZUL DIAM. 0/0 SEM AGULHA	UNIDADE
FIO CIRURGICO ALGODÃO TORCIDO AZUL DIAM. 2/0 SEM AGULHA	UNIDADE
FIO CIRURGICO ALGODÃO TORCIDO AZUL DIAM. 3/0 SEM AGULHA	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO 1/0 70CM AG.1/2 CÍRC ROMBA 90MM	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO 1/0 75CM AG.1/2 CÍRC ROBUSTA 40MM	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO 2/0 COMP. 70CM AGULHA 1/2 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO 3/0 COMP. 75CM AGULHA 3/8 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO 4/0 COMP. 75CM AGULHA 1/2 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO DIAM. 0 COMP. 70 C / AG 1/2 CIRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO DIAM. 1 COMP. 70 C / AG 1/2 CIRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT SIMPLES 3/0 COMP. 75CM AGULHA 3/8 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT SIMPLES 4/0 COMP. 75CM AGULHA 1/2 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT SIMPLES LAÇADO 2/0 COMP. 150CM 1/2 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO LINHO 0/0 COMP. 75CM AGULHA 3/8 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO LINHO 2/0 COMP. 70CM AGULHA 3/8 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO LINHO 3/0 COMP. 75CM AGULHA 3/8 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO MONOSYN* INCOLOR 3/0 COMP. 70CM AGULHA 1/2 CÍRC	UNIDADE

FIO CIRURGICO MONOSYN* INCOLOR 4/0 COMP. 45CM AG 3/8 TRIANG	UNIDADE
FIO CIRURGICO MONOSYN* INCOLOR 4/0 COMP. 70CM AGULHA 1/2 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO MONOSYN* INCOLOR 5/0 COMP. 45CM AG. 3/8 TRIANG	UNIDADE
FIO CIRURGICO MONOSYN* INCOLOR 5/0 COMP. 70CM AGULHA 1/2 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO NYLON MONOFILAMENTAR PRETO DIAM. 10/0 COMP. 30 C/ AG 3/8 CÍRCULO ESPÁTULA 6,2 MM	UNIDADE
FIO CIRURGICO NYLON PRETO 0/0 COMP. 45CM AGULHA 3/8 TRIANG.	UNIDADE
FIO CIRURGICO NYLON PRETO 2/0 COMP. 45CM AGULHA 3/8 CÍRC TRIANG	UNIDADE
FIO CIRURGICO NYLON PRETO 3/0 COMP. 45CM AGULHA 3/8 CIRC TRIANG	UNIDADE
FIO CIRURGICO NYLON PRETO 4/0 COMP. 45CM AGULHA 3/8 CIRC TRIANG	UNIDADE
FIO CIRURGICO NYLON PRETO 5/0 COMP. 45CM AGULHA 3/8 CÍRC TRIANG	UNIDADE
FIO CIRURGICO NYLON PRETO 6/0 COMP. 45CM AGULHA 1/2 CÍRC TRIANG	UNIDADE
FIO CIRURGICO NYLON PRETO 8/0 COMP. 30CM AGULHA 1/4 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO POLIPROPILENO AZUL DIAM. 10/0 COMP. 30CM COM 2XAG RETA ESPÁTULA 16MM	UNIDADE
FIO CIRURGICO PREMILCRO* POLIESTER VERDE 5/0 75CM AG.1/2 CIR	UNIDADE
FIO CIRURGICO PREMILENE* AZUL 0/0 COMP. 75CM AGULHA 1/2 CIRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO PREMILENE* AZUL 2/0 COMP. 50 AG 3/8 CÍRCULAR	UNIDADE
FIO CIRURGICO PREMILENE* AZUL 2/0 COMP. 75CM 2XAG. 1/2 CÍRC.	UNIDADE
FIO CIRURGICO PREMILENE* AZUL 3/0 COMP. 75CM 2XAG. 1/2 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO PREMILENE* AZUL 4/0 COMP. 75CM 2XAG. 1/2 CÍRC.	UNIDADE

FIO CIRURGICO PREMILENE* AZUL 5/0 COMP. 75CM 2XAG. 1/2 CÍRC.	UNIDADE
FIO CIRURGICO PREMILENE* AZUL 6/0 COMP. 75CM 2XAG. 3/8 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO PREMILENE* AZUL 7/0 COMP. 60CM 2XAG. 3/8 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL QUINCK* INCOLOR 4/0 70CM AG. 1/2 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL VIOLETA 4/0 AG 15MM 1/2 TRIANG 45CM	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* INCOLOR 4/0 45CM AG. 3/8 CÍRC TRIANG	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* INCOLOR 5/0 45CM AG. 3/8 CÍRC. TRIANG.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* VIOLETA 0 70CM AG. 3/8 CÍRC. CIL.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* VIOLETA 0/0 90CM AG. 1/2 CÍRC. CIL.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* VIOLETA 1 90CM AG. 1/2 CÍRC. CIL.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* VIOLETA 2/0 70CM AG. 1/2 CÍRC. CIL.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* VIOLETA 2/0 70CM AG. 1/2 CÍRC. TRIANG.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* VIOLETA 2/0 70CM AG. 3/8 CÍRC. TRIANG.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* VIOLETA 3/0 70CM AG. 1/2 CÍRC. CIL.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* VIOLETA 5/0 70CM AG. 1/2 CÍRC. RETANG.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* VIOLETA 6/0 45CM AG. 1/4 CÍRC. ESP.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SEDA PRETA 0/0 75CM AG. 3/8 CÍRC. CIL.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SEDA PRETA 2/0 COMP. 70CM AG. 3/8 CÍRC. CIL.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SEDA PRETA 3/0 COMP. 45CM AG. 1/2 CÍRC. TRIANG.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SEDA PRETA 3/0 COMP. 75CM AG. 3/8 CIRC. CIL.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SEDA PRETA 4/0 COMP. 45CM AG. 3/8 CÍRC. CIL.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SEDA PRETA DIAM. 1/0 COMP. 10X75CM SEM AGULHA	UNIDADE
FIO CIRURGICO SEDA PRETA DIAM. 2/0 COMP. 10X75CM SEM AGULHA	UNIDADE
FIO CIRURGICO SYNTHOFIL* POLIÉSTER VERDE 1/0 75CM AG. 1/2 TRIANG.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SYNTHOFIL* POLIÉSTER VERDE 2/0 75CM AG 1/2 TRIANG.	UNIDADE

FIO CIRURGICO VICRYL INCOLOR DIAM. 7/0 COMP. 45CM COM 2XAG 3/8 CÍRCULO ESPÁTULA 65MM,	UNIDADE
FIO DE AÇO DIAM. 0, C/ AG. 26MM 1/2 CIRCULO CILINDRICA	UNIDADE
FIO DE AÇO DIAM. 2, SEM AGULHA, 3 X 60CM	UNIDADE
FIO DE AÇO DIAM. 5 CCS (8)FIOS, C/ AG. 48MM 1/2 TRIANG. 45CM	UNIDADE
FIO MONOCRYL INCOLOR 4/0 COMP. 45 CM AG. 3/8 TRIANG. 16MM	UNIDADE
FIO PDS II VIOLETA DIAM. 6/0 COMP. 70 CM AG. 1/2 CILIND.	UNIDADE
FIO PROLENE AZUL 2 COMP 50CM AG. 3/8 TRIANGULAR 75MM	UNIDADE
FITA ADESIVA HOSPITALAR BRANCA. 19MM X 50M	UNIDADE
FITA MICROPOROSA 1,2CM X 10M	UNIDADE
FITA MICROPOROSA 10CM X 10M	UNIDADE
FITA MICROPOROSA 2,5CM X 10M	UNIDADE
FITA MICROPOROSA 5CM X 10M	UNIDADE
FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO TAMANHO G	UNIDADE
FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO TAMANHO M	UNIDADE
FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO TAMANHO P	UNIDADE
FRALDA DESCARTÁVEL INFANTIL TAMANHO G	UNIDADE
FRALDA DESCARTÁVEL INFANTIL TAMANHO M	UNIDADE
FRALDA DESCARTÁVEL INFANTIL TAMANHO P	UNIDADE
FRASCO P/ DIETA ENTERAL TRANSPARENTE, CAPACIDADE 300ML	UNIDADE
FRASCO P/ DIETA ENTERAL TRANSPARENTE, CAPACIDADE 500ML	UNIDADE
GRAMPEADOR CIRCULAR CURVO 33MM (VERDE)	UNIDADE
GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE TLC 75MM (C/ CARGA AZUL-TECIDO NOMAL)	UNIDADE
HASTE FLEXÍVEL EM POLIPROPILENO. COM ALGODÃO HIDRÓFILO NAS EXTREMIDADES	CAIXA
HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL APROXIMADAMENTE 5,5CM X 7,5CM	UNIDADE
INFUSOR 2 VIAS COM CLAMP	UNIDADE
INFUSOR NEO 2 VIAS COM CLAMP	UNIDADE
ISOLADOR CONDUTOR DE PRESSÃO PARA HEMODIÁLISE	UNIDADE

KIT CATETER PARA NEFROSTOMIA EM SILICONE, 5ML 4,0MM, N°12FR	UNIDADE
KIT CESAREA COM PGA	KIT
KIT DE GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA 20FR X 3,5CM	UNIDADE
KIT PARA ANESTESIA EPIDURAL EM AÇO INOXIDÁVEL. CALIBRE 16G	KIT
KIT PARA ANESTESIA EPIDURAL EM AÇO INOXIDÁVEL. CALIBRE 18G	KIT
LÂMINA DE BISTURI EM AÇO INOXIDÁVEL Nº 11	CAIXA
LÂMINA DE BISTURI EM AÇO INOXIDÁVEL Nº 15	CAIXA
LÂMINA DE BISTURI EM AÇO INOXIDÁVEL Nº 20	CAIXA
LÂMINA DE BISTURI EM AÇO INOXIDÁVEL Nº 22	CAIXA
LÂMINA DE BISTURI EM AÇO INOXIDÁVEL Nº 23	CAIXA
LÂMINA DE BISTURI EM AÇO INOXIDÁVEL Nº 24	CAIXA
LANTERNA CLÍNICA EM METAL	UNIDADE
LENÇOL DESCARTÁVEL. EM PAPEL	UNIDADE
LINHA ARTERIAL 8MM COM CATABOLHAS PARA HEMODIÁLISE	UNIDADE
LINHA VENOSA 8MM COM CATABOLHAS PARA HEMODIÁLISE	UNIDADE
LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL Nº 6.0	PAR
LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL Nº 6.5	PAR
LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL Nº 7.0	PAR
LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL Nº 7.5	PAR
LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL Nº 8.0	PAR
LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL Nº 8.5	PAR
LUVA DE PROCEDIMENTO EM PLÁSTICO	PAR
LUVA DE PROCEDIMENTO. TAMANHO GRANDE	CAIXA
LUVA DE PROCEDIMENTO. TAMANHO MÉDIO	CAIXA
LUVA DE PROCEDIMENTO. TAMANHO PEQUENO	CAIXA
LUVA DE VINIL TRANSPARENTE, TAMANHO P	CAIXA
MADEIRA PLÁSTICA C/ ADAPTADOR AO SEIO P/ RETIRADA DE LEITE	UNIDADE
MALHA TUBULAR EM TECIDO 08CM X 15M	UNIDADE
MALHA TUBULAR EM TECIDO 10CM X 15M	UNIDADE

MALHA TUBULAR EM TECIDO 12CM X 15M	UNIDADE
MALHA TUBULAR EM TECIDO 15CM X 15M	UNIDADE
MALHA TUBULAR EM TECIDO 20CM X 15M	UNIDADE
MANTA TÉRMICA PARA O CONTROLE DE TEMPERATURA	UNIDADE
MÁSCARA CIRÚRGICA. DESCARTÁVEL PCT. C/ 100 UND	PCT
MÁSCARA DESCARTÁVEL ESPECÍFICA PARA ISOLAMENTO	UNIDADE
PERFURADOR DE MEMBRANA AMINIÓTICA	UNIDADE
PROTETOR DE CATETER DO TIPO LUER - LOCK	UNIDADE
PROTETOR OCULAR PARA FOTOTERAPIA TAM. G	UNIDADE
PROTETOR OCULAR PARA FOTOTERAPIA TAM. M	UNIDADE
PROTETOR OCULAR PARA FOTOTERAPIA TAM. P	UNIDADE
PULSEIRA IDENTIFICAÇÃO PACIENTE ADULTO NA COR BRANCA.	UNIDADE
PULSEIRA IDENTIFICAÇÃO PACIENTE INFANTIL NA COR BRANCA.	UNIDADE
PULSEIRA IDENTIFICAÇÃO PACIENTE RECÉM NASCIDO NA COR BRANCA.	UNIDADE
SACO PARA ÓBITO TAMHANHO GRANDE 0.90CM X 2.10M	UNIDADE
SACO PARA ÓBITO TAMHANHO MÉDIO 0.60CM X 1.50M	UNIDADE
SACO PARA ÓBITO TAMHANHO NEO 0.30CM X 0.60CM	UNIDADE
SACO PARA ÓBITO TAMHANHO PEQUENO 0.50CM X 1.00M	UNIDADE
SAPATILHA DESCARTÁVEL PACOTE C/ 100 UND	PCT
SCALP Nº 19.	UNIDADE
SCALP Nº 21	UNIDADE
SCALP Nº 23	UNIDADE
SCALP Nº 25.	UNIDADE
SCALP Nº 27	UNIDADE
SERINGA DESCARTÁVEL 10ML	UNIDADE
SERINGA DESCARTÁVEL 1ML	UNIDADE
SERINGA DESCARTÁVEL 20ML	UNIDADE
SERINGA DESCARTÁVEL 3ML	UNIDADE
SERINGA DESCARTÁVEL 5ML	UNIDADE

SERINGA DESCARTÁVEL 60 ML	UNIDADE
SERRA DE GIGLE. EM AÇO INOXIDÁVEL. COM 50 CM PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA. COM EXCELENTE CORTE.	UNIDADE
SISTEMA PARA DRENAGEM MEDIASTINA DE 2000ML	UNIDADE
SISTEMA PARA DRENAGEM MEDIASTINA DE 500ML	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 06	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 08	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 10	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 12	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 14	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 16	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 18	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 20	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 22	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 24	UNIDADE
SONDA FOLLEY 3 VIAS COM CUFF Nº 16	UNIDADE
SONDA FOLLEY 3 VIAS COM CUFF Nº 18	UNIDADE
SONDA FOLLEY 3 VIAS COM CUFF Nº 20	UNIDADE
SONDA FOLLEY 3 VIAS COM CUFF Nº 22	UNIDADE
SONDA FOLLEY 3 VIAS COM CUFF Nº 24	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 02	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 04	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 06	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 08	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 10	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 12	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 14	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 16	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 18	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 20	UNIDADE

SONDA PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SEM VÁLVULA Nº 04	UNIDADE
SONDA PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SEM VÁLVULA Nº 06	UNIDADE
SONDA PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SEM VÁLVULA Nº 07	UNIDADE
SONDA PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SEM VÁLVULA Nº 08	UNIDADE
SONDA PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SEM VÁLVULA Nº 10	UNIDADE
SONDA PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SEM VÁLVULA Nº 12	UNIDADE
SONDA PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SEM VÁLVULA Nº 14	UNIDADE
SONDA PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SEM VÁLVULA Nº 16	UNIDADE
SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL COM FIO GUIA 08FR	UNIDADE
SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL COM FIO GUIA 10FR	UNIDADE
SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL COM FIO GUIA 12FR	UNIDADE
SONDA URETRAL Nº 02	UNIDADE
SONDA URETRAL Nº 04	UNIDADE
SONDA URETRAL Nº 06	UNIDADE
SONDA URETRAL Nº 08	UNIDADE
SONDA URETRAL Nº 10	UNIDADE
SONDA URETRAL Nº 12	UNIDADE
SONDA URETRAL Nº 14	UNIDADE
SONDA URETRAL Nº 16	UNIDADE
SONDA URETRAL Nº 20	UNIDADE
TALA EM ALUMÍNIO COM ESPUMA ANTIALÉRGICA PARA IMOBILIZAÇÃO 12MM X 180MM	UNIDADE
TALA EM ALUMÍNIO COM ESPUMA ANTIALÉRGICA PARA IMOBILIZAÇÃO 12MM X 250MM	UNIDADE
TALA EM ALUMÍNIO COM ESPUMA ANTIALÉRGICA PARA IMOBILIZAÇÃO 16MM X 180MM	UNIDADE
TALA EM ALUMÍNIO COM ESPUMA ANTIALÉRGICA PARA IMOBILIZAÇÃO 16MM X 250MM	UNIDADE
TALA EM ALUMÍNIO COM ESPUMA ANTIALÉRGICA PARA IMOBILIZAÇÃO 19MM X 180MM	UNIDADE
TALA EM ALUMÍNIO COM ESPUMA ANTIALÉRGICA PARA IMOBILIZAÇÃO 19MM X 250MM	UNIDADE

TALA EM ALUMÍNIO COM ESPUMA ANTIALÉRGICA PARA IMOBILIZAÇÃO 26MM X 180MM	UNIDADE
TALA EM ALUMÍNIO COM ESPUMA ANTIALÉRGICA PARA IMOBILIZAÇÃO 26MM X 250MM	UNIDADE
TAMPA PARA RECIRCULAÇÃO	UNIDADE
TERMÔMETRO CLINICO ANALOGICO	UNIDADE
TERMÔMETRO CLINICO DIGITAL	UNIDADE
TERMOMETRO DIGITAL COM ALARME MAXIMA E MINIMA	UNIDADE
TIRA REAGENTE PARA TESTE DE GLICEMIA CAIXA COM 50 UNIDADES	CAIXA
TORNEIRA DESCARTÁVEL DE TRÊS VIAS	UNIDADE
TOUCA CIRÚRGICA DESCARTÁVEL PACOTE C/ 100 UND	PCT
TUBO DE SILICONE Nº 204 PACOTE COM 15 METROS	PCT
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF Nº 2.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF Nº 4.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF Nº 4.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM CUFF Nº 4.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM CUFF Nº 4.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM CUFF Nº 5.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM CUFF Nº 5.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM CUFF Nº 6.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM CUFF Nº 6.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM CUFF Nº 7.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM CUFF Nº 7.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM CUFF Nº 8.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 3.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 3.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 4.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 4.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 5.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 5.5	UNIDADE

TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 6.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 6.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 7.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 7.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 8.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 8.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 9.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL DUPLO LÚMEN (ROBERT SHAW), Nº 37	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF Nº 3.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF Nº 3.5	UNIDADE
VESSEL LOOP - CADARÇO VASCULAR (1X406MM) ENVELOPE COM 2 UND	UNIDADE

MONITORAMENTO

A padronização tem obrigação de ser dinâmica e continuamente revisada, para refletir a prática médica contemporânea. Deve ser uma base da terapia farmacológica de melhor qualidade, com os medicamentos que melhor atendem às necessidades dos pacientes, em termos de eficácia, segurança e custo.

A avaliação do uso dos medicamentos deve ser parte integrante do programa de garantia de qualidade hospitalar, através da determinação dos critérios de uso dos medicamentos e dos protocolos de tratamento, aprovados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, mensurando a eficácia ou ineficácia dos efeitos dos tratamentos.

A revisão da padronização deve ser feita pelo menos a cada dois anos, através da análise de alguns indicadores de qualidade e eficiência, como a quantidade de solicitações de medicamentos não-padronizados, o perfil de consumo dos medicamentos, as novas alternativas terapêuticas do mercado, o grau de conhecimento e a utilização efetiva do medicamento padronizado.

Para inclusão ou exclusão na padronização, a farmácia deve ser chamada a apresentar monografias sobre os produtos, juntamente com uma descrição dos efeitos das mudanças propostas em relação à qualidade, custos e eficácia/ineficácia da terapia

A substituição de medicamentos da Padronização justificar-se-á quando o novo produto apresentar vantagem comprovada em termos de:

- a. Menor risco/benefício;
- b. Menor custo/tratamento;
- c. Menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;
- d. Maior estabilidade;
- e. Propriedades farmacológicas mais favoráveis;
- f. Menor toxicidade;
- g. Maior informação com respeito a suas vantagens e limitações, eficácia e eficiência;
- h. Maior comodidade na administração;
- i. Facilidade de dispensação.

A exclusão de medicamentos da padronização deverá ocorrer sempre que houver evidências de que o produto:

- a. Apresenta relação risco/benefício inaceitável;
- b. Não apresenta vantagens farmacológicas e/ou econômicas comparativamente a outros produtos disponíveis no mercado;
- c. Possui propriedades organolépticas que afeta diretamente os pacientes;
- d. Não apresenta demanda justificável.

As solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos da Padronização deverão ser encaminhadas à CFT através de solicitação em formulário próprio, acompanhado da documentação exigida.

7.4.5. CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS

Caso haja terceirização de algum serviço, este deverá seguir os pré-requisitos da norma ISO 9001 que tem como objetivo garantir a qualidade no atendimento aos requisitos estabelecidos pelo cliente, seja na prestação de serviços ou na fabricação de produtos.

Os pré-requisitos que devem ser observados são:

1. A empresa deve estar formalizada, possuir um CNPJ;
2. Atendimento a legislação pertinente ao seu negócio;
3. Implementação de 6 procedimentos obrigatórios (controle de documentos, controle de registros, ação preventiva, ação corretiva, controle de produtos não conforme e auditoria interna);
4. Implementação do manual da qualidade, política e objetivos da qualidade;
5. Mapeamento e interação entre processos.

Encontra-se no Anexo I o Regulamento próprio de compras, contratação de obras e serviços.

7.5. CIENCIA E TECNOLOGIA

7.5.1. CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ENTIDADES DE ENSINO PARA DESENVOLVIMENTO DE ESTÁGIOS CURRICULARES, TREINAMENTOS E RESIDÊNCIAS.

Acreditando que o poder das ideias compartilhadas, recursos e experiências ajudam a desenvolver com qualidade os trabalhos institucionais, a Pró-Saúde pretende expandir suas parcerias com diferentes organizações como estratégia para importantes mudanças sociais. Como tal, as parcerias são ferramentas eficazes no sentido de agregar força e legitimidade às políticas públicas, na perspectiva de uma gestão compartilhada que reforce e complemente ações planejadas. Para a manutenção dos grandes desafios institucionais ao longo do ano, entendemos que a manutenção das parcerias institucionais deve sustentar as discussões, isto porque novos desafios são lançados para o surgimento do fazer acontecer as ações planejadas.

Nesta perspectiva a Pró-Saúde, alicerçada na celebração de convênios, promoverá a melhoria continuada da educação.

É intenção da OS promover parcerias com Universidades do Estado possibilitando o acesso do aluno de graduação as dependências do hospital, bem como parcerias com as escolas técnicas existentes na região.

Quanto às residências multiprofissionais, uma vez iniciadas as atividades no serviço, será discutida junto ao Governo do Estado, uma parceria com as Universidades do Estado e a elaboração de um projeto de residência multiprofissional, que posteriormente será enviada ao Ministério da Educação e da Saúde para aprovação.

Em parceria com a SESPA, a Pró-Saúde já possui hospitais que desenvolvem estágios curriculares e residências. No anexo I apresentamos um destes contratos para exemplificar.

7.5.2. PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E/OU DE SAÚDE PÚBLICA.

A Pró-Saúde, alinhado com as diretrizes da SESPA, pretende criar parcerias com Centros Universitários por acreditar que o serviço é um excelente campo de pesquisa para trabalhos científicos assistenciais, administrativos e de saúde pública.

Em parceria com a SESPA, a Pró-Saúde já possui hospitais que desenvolvem pesquisas na área de assistência hospitalar e/ou saúde pública.

2.1.1. PROPOSTA EM EDUCAÇÃO PERMANENTE COM VISTA À CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DA UNIDADE HOSPITALAR

A descrição do Núcleo de educação permanente encontra-se no item 5.3.5. desta proposta.

Segue uma proposta de treinamentos para a equipe do hospital.

Tabela 39. Sugestão de treinamentos

TREINAMENTO	SETOR	PÚBLICO - ALVO
POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZAÇÃO	HUMANIZAÇÃO	COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO
BIOSSEGURANÇA	SESMT	TODOS OS COLABORADORES
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	HUMANIZAÇÃO	TODOS OS COLABORADORES
PRECAUÇÃO E ISOLAMENTO	SCIH	TODOS OS COLABORADORES ASSISTENCIAIS
PONTO ELETRÔNICO	DP	TODOS OS COLABORADORES
ATENDIMENTO AO USUÁRIO, LINGUAGEM CORPORAL E VERBAL E APRESENTAÇÃO PESSOAL	S.A.U	TODOS OS COLABORADORES
DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS	HUMANIZAÇÃO	GESTORES
PREVENÇÃO DE ITU	SCIH	ENFERMEIROS
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	SCIH	TODOS OS COLABORADORES
ACIDENTE COM PERFURTO-CORTANTE	SESMT	ENFERMAGEM/SND/LAVANDERIA/SHL/MANUTENÇÃO
HEMOVIGILÂNCIA	COMISSÕES	ENFERMEIROS
CURATIVOS (PRAZOS, CONDUTAS E TÉCNICAS)	SCIH	ENFERMEIROS
PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	QUALIDADE	ENFERMEIROS

7.6. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

7.6.1. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES

A Política de Desenvolvimento de Pessoas da Pró-Saúde integra as ações de desenvolvimento e capacitação de todos os profissionais pertencentes a Unidade de Saúde, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento e crescimento de seus profissionais e manutenção de um bom clima organizacional, favorecendo a interação e integração nos processos de trabalho. As ações de desenvolvimento

e capacitação dos profissionais serão realizadas de acordo com a estrutura e número de colaboradores da unidade.

Avaliação de Desempenho

A avaliação de desempenho deve ser encaminhada e realizada pelo gestor. Esta metodologia oportuniza tempo necessário para avaliar o colaborador em seu desempenho em cada indicador de competência definida para a sua função, baseada em sua descrição de cargos/atividades.

A avaliação adotada é formal (formulário pré-estabelecido), direta (realizado pela chefia imediata) e acompanhada de feedback (retorno da avaliação ao funcionário). Serão levadas em consideração as competências comportamentais e técnicas do funcionário. Será realizada a cada 02 anos.

Esta avaliação será de 180 graus. Este tipo de avaliação é uma ferramenta que tem como foco a gestão estratégica de pessoas, onde o avaliado é analisado somente pelos seus superiores, ou seja, permite que o gestor realize uma avaliação de cada membro da sua equipe, tendo por base as metas que lhe foram determinadas durante o período.

Capacitação do Profissional

Capacitar é tornar o profissional habilitado para desempenhar sua função e favorecer, tanto o empregador, quanto o colaborador, uma vez que este se sente mais motivado e apto para o exercício de suas funções.

A capacitação dos profissionais deverá ocorrer após a avaliação de desempenho ou quando houver inclusão de novo equipamento e/ou sistema na unidade, ou ainda por solicitação do gestor da área. Será elaborado um Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) para o colaborador com avaliação de desempenho menor que 70 pontos. Esta atividade será acompanhada pelo RH e pelo gestor da área. O funcionário é responsável por executar as tarefas definidas no seu PDI.

Os profissionais em cargos de liderança deverão atingir pontuação acima de 80.

Ressaltamos que além das ações do PDI, cada unidade de saúde possuirá um Plano Global de Capacitação Técnica promovido pelo Núcleo de Educação Permanente.

Conforme citado anteriormente, a avaliação de desempenho ocorrerá a cada 2 anos, sendo que a segunda avaliação terá como base a execução do PDI. O baixo desempenho na segunda avaliação poderá gerar o desligamento do colaborador.

Incentivos De Carreira

O incentivo de carreira e sucessão, quando ocorrer, deve ter por base a análise da Avaliação de Desempenho do ano corrente, o progresso e o histórico funcional. Para casos de carreira e sucessão, será inclusa também a análise de compatibilidade dos pré-requisitos do colaborador e da vaga. Para todos os casos, o mínimo de tempo exigido pela empresa é que o colaborador tenha pelo menos 12 meses de permanência no cargo atual na condição de contrato por tempo indeterminado.

Poderá haver exceções que deverão ser justificadas e autorizadas pelo Diretor Geral da Unidade.

Princípios básicos para o incentivo de carreira: o colaborador deve apresentar os requisitos estabelecidos para o cargo e é desejável que faça parte do quadro funcional da unidade há, no mínimo, 12 meses.

Será considerada também para análise prévia as informações do histórico funcional (pontualidade, assiduidade, medidas disciplinares, dentre outros) e sua avaliação de desempenho citado acima.

O tempo de empresa será um pré-requisito básico para análise prévia do colaborador em caso de incentivo de carreira e mudança de função simples. Contudo, este requisito somente será flexível em casos esporádicos devidamente justificados e aprovados pela diretoria registrado em avaliações de experiência ou desempenho anual.

Pesquisa de Clima Organizacional

A Pesquisa de Clima Organizacional é uma ferramenta para coleta de dados, sobre a percepção dos colaboradores em relação aos diversos fatores que afetam os níveis de motivação e desempenho dos mesmos. Além da identificação destes problemas, a pesquisa, enquanto meio de comunicação,

possibilita ainda a utilização do conhecimento tácito dos colaboradores para a resolução dos problemas com os quais os mesmos lidam diariamente. A pesquisa, portanto, possibilita que a organização avalie seu momento atual e planeje ações, em um processo de melhoria contínua.

A Unidade de Saúde realizará a pesquisa anualmente e divulgará um resumo com os resultados obtidos e plano de melhorias, para os colaboradores.

A pesquisa de clima é um meio para a Unidade de Saúde identificar oportunidades de melhorias contínuas no seu ambiente e nas condições de trabalho. Portanto, uma vez identificadas, deve ser elaborado plano de ação.

7.6.2. PROPOSTA PARA SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO, AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E COMBATE AO ABSENTEÍSMO E ESTIMULO DA PRODUÇÃO.

Objetivo:

Normatizar o processo de Recrutamento e Seleção de candidatos para as vagas disponíveis de acordo com os cargos/funções e competências que serão desenvolvidas nas atividades das unidades e serviços de saúde.

Processo Seletivo:

O Processo Seletivo destina-se à:

- Complementar o quadro de profissionais devido a vagas abertas;
- Formação de Cadastro Reserva para as vagas que eventualmente surgirem em decorrência de necessidades técnicas e operacionais.

Para iniciar o Processo Seletivo, a vaga aberta será anunciada em sites especializados em busca de emprego, grupos de emprego relacionados ao perfil da vaga e também no site e nas redes sociais da Pró-Saúde, conforme definição da equipe de RH.

Quando necessário, a metodologia adotada será gerenciamento das vagas por edital. As etapas serão estabelecidas de acordo com cada categoria profissional, podendo conter: Inscrição, Triagem, Prova objetiva, Entrevista individual/coletiva e Avaliação Comportamental.

Das Inscrições

Os candidatos podem se inscrever através do site ou encaminhando seu currículo através de e-mail conforme indicado no edital ou na divulgação, respeitando dias e horários estabelecidos.

A inscrição do candidato implicará no conhecimento e na tácita aceitação das normas e condições estabelecidas pela Pró-Saúde.

Independentemente da existência de processo seletivo, o profissional pode cadastrar seu currículo no Banco de Currículo da Pró-Saúde através do site www.prosaude.org.br/trabalheconosco.

Das Inscrições para Pessoas com Deficiência ou Necessidades Especiais

A garantia de acesso ao trabalho para a pessoa com deficiência é prevista em lei desde que o cargo pretendido seja compatível com a deficiência de que é portadora, conforme Legislação Municipal e Federal vigentes.

Para concorrer a uma vaga, o candidato deverá:

- No ato da inscrição, declarar-se Pessoa com Deficiência;
- No caso de deficiência permanente encaminhar Laudo Médico (cópia autenticada ou original) e cópia do CPF (cópia simples). O laudo médico só será considerado válido se emitido nos últimos doze meses e deverá constar:
 - A natureza da deficiência;
 - O grau da deficiência;
 - O código correspondente, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID;
 - A data de expedição do laudo;
 - Assinatura e carimbo contendo o número do CRM do Médico que está emitindo o laudo.

O candidato que se declarar Pessoa com Deficiência pode requerer Atendimento Especial, no ato da inscrição, para o dia de realização das provas, indicando as condições que necessita para a realização destas.

Do Processo de Avaliação e Seleção de Pessoal

O Processo de avaliação e seleção de pessoal será dividido nas seguintes etapas:

Etapa I – Análise do currículo frente aos requisitos mínimos exigidos pela vaga e convocação destes para participação no processo de avaliação.

Etapa II – Aplicação de prova de conhecimento específico e/ou conhecimentos gerais: a nota mínima para que o candidato se habilite para a próxima fase será de 6,0.

Etapa III – Avaliação Comportamental e Entrevista final.

Etapa IV - Aprovação

O cronograma das etapas da seleção será acordado entre a equipe de Recursos Humanos e o gestor da vaga. A contratação pelo gestor da vaga, será baseada na lista de classificação dos candidatos, com apoio da equipe de Recursos Humanos, considerando o desempenho do candidato nas fases citadas acima, cuja a nota de corte será de 6(seis) e observando-se ainda os critérios definidos pelo modelo de gestão por competências aplicado na Pró-Saúde (no Anexo I desta proposta encontram-se as descrições de cargos). Em caso de empate, será dada preferência para o candidato interno e prevalecendo o empate será contratado o candidato com melhor desempenho na prova de conhecimento específico.

O arquivamento dos processos seletivos é realizado conforme política interna do RH. As provas são arquivadas por 90 dias; gabaritos, redações e testes de avaliação comportamental são arquivados por 01 (um) ano. O processo do candidato aprovado, é arquivado em seu prontuário funcional.

Da Convocação e Contratação

A divulgação do resultado do processo seletivo poderá ser através do site da Pró-Saúde e/ou os candidatos selecionados receberão notificação por e-mail e/ou telefone enviado pela equipe de Recursos Humanos.

O candidato deve respeitar o prazo informado para apresentação da documentação.

No ato da contratação, os candidatos deverão apresentar:

a) Carteira de Trabalho (CTPS) - original;

- b) 02 (duas) fotos 3x4 coloridas, recentes e iguais;
- c) Certidão de Antecedentes Criminais e Processuais (para cargos específicos).

No ato da contratação, os candidatos deverão apresentar ORIGINAIS e CÓPIAS SIMPLES dos seguintes documentos (frente e verso legível):

- a) RG, CPF, Título de Eleitor e comprovante de última votação, PIS/PASEP (caso o candidato não possua o cartão do PIS, deverá retirar o extrato de FGTS na Caixa Econômica Federal);
- b) Certificado de Reservista para candidatos, do sexo masculino, maior de 18 anos;
- c) Certidão de Nascimento / Casamento ou Averbação de Desquite/Divórcio/União Estável;
- d) Certidão de Nascimento (filhos menores de 21 anos);
- e) 01 (uma) cópia da Carteira de Vacinação Pessoal, constando vacina Antitetânica, Tríplice Viral e Contra a Hepatite B (atualizada conforme calendário vacinal);
- f) Carteira de Vacinação de filhos até 5 anos de idade (atualizada conforme calendário oficial do Ministério da Saúde);
- g) Comprovante de Matrícula Escolar de filhos com idade até 14 anos;
- h) Diploma ou Certificado do Nível de Escolaridade requisitado pelo cargo (categorias técnicas devem apresentar também Diploma ou Certificado de Conclusão do curso);
- i) Cédula do Registro no Conselho de Classe (se for o caso);
- j) Comprovante de Pagamento da Anuidade do Conselho de Classe do ano vigente ou Declaração de Quitação (se for o caso);
- k) Comprovante de Pagamento da Contribuição Sindical (cópia da Guia de Recolhimento do Ano vigente, ou cópia da CTPS atualizada);
- l) 01 (uma) cópia de Comprovante de Residência Nominal, com CEP (preferencialmente conta de telefone, energia ou gás), atualizada.

m) 01 (uma) Cópia da CTPS (folha de Identificação Civil: folha com a foto e o verso;

n) Para Carteira sem baixa, apresentar uma cópia da rescisão ou Declaração emitida pelo Empregador ou Carta de pedido de Demissão informando a data da dispensa e se haverá o cumprimento do Aviso Prévio devidamente recebido e carimbado pelo empregador. Nos casos de contrato vigente apresentar a escala de trabalho a fim de comprovar a disponibilidade para exercer a função.

o) Se relacionamento estável, apresentar cópia dos documentos do (a) companheiro (a) e documento que o (a) caracterize como dependente.

Não será contratado o candidato que deixar de comprovar qualquer um dos requisitos para contratação no cargo.

Avaliação de Experiência aos 45 e 90 dias

Para acompanhar o desenvolvimento do colaborador, com objetivo de avaliá-lo e potencializá-lo será realizada, aos 45 e 90 dias a partir da data de sua admissão, a Avaliação de Experiência com Foco em Competências. A avaliação será direta, realizada pela chefia imediata e acompanhada de feedback ao colaborador.

Se houver rescisão de contrato ao final dos 90 dias (período de experiência), o gestor deverá elaborar justificativa e encaminhar ao Departamento de Recursos Humanos.

Disposições gerais sobre Processo de Avaliação e Seleção:

Não serão fornecidos atestados, cópia de documentos, certificados ou certidões relativas a notas das avaliações realizadas pelos candidatos.

O prazo de validade dos Processos Seletivos será de 01(um) ano, contado a partir da data de aprovação do candidato.

O absenteísmo é um problema para a organização, seja ele causado por motivos de saúde ocupacional (acidentes típicos de trabalho, de trajeto, doenças do trabalho ou doenças ocupacionais) ou assistencial (doenças comuns, tratamentos médicos ou odontológicos, gravidez de risco, cirurgias) ou ainda por motivos que não por saúde

(doação de sangue, gala, acompanhamento médico, luto ou por motivos de ordem legal).

Ações propostas para combater o absenteísmo:

- Capacitação das lideranças em relação as tratativas de marcações no sistema Sisqual;
- Realização de DMS (Diálogo mensal de Segurança) nas unidades buscando prevenir acidentes de trabalho e afastamento;
- Orientações para a equipe da CIPA, buscando focar o olhar para prevenção de acidentes típicos ou tipificados (trajeto) bem como o afastamento advindo desses.
- Capacitação das lideranças, quanto à prevenção de passivo trabalhista voltados para análise de ponto orientando sobre intervalo intrajornada, adicional noturno, hora extra, escala intervalo entre jornadas.
- Reunião com a direção para tratativa do dimensionamento da equipe de enfermagem.
- Monitoramento e entrega das cintas lombares;
- Avaliação médica dos atestados acima de 5 dias;
- Palestras de orientação focadas para os maiores índices de CIDs de afastamento, tais como palestra sobre dor lombar, acidente de trânsito, entre outros;
- Orientação sobre aleitamento materno visando retorno da colaboradora de forma mais segura e reduzindo o índice e atestados por acompanhamento.

Estimulo:

- Projeto Colaboradores Destaque onde são premiados todos os colaboradores que se destacam durante o ano e um dos critérios é quem não teve faltas;

7.6.3. REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO

Conforme exposto no artigo da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT):

Art. 74 – O horário do trabalho constará de quadro, organizado conforme modelo expedido pelo Ministro do Trabalho e afixado em lugar bem visível. Esse quadro será discriminativo no caso de não ser o horário único para todos os empregados de uma mesma seção ou turma.

§ 1º - O horário de trabalho será anotado em registro de empregados com a indicação de acordos ou contratos coletivos porventura celebrados.

§ 2º - Para os estabelecimentos de mais de dez empregados será obrigatória a anotação da hora de entrada e de saída, em registro manual, mecânico ou eletrônico, conforme instruções a serem expedidas pelo Ministério do Trabalho, devendo haver pré-assinalação do período de repouso.

Todos os funcionários devem registrar seu ponto, com exceção dos Diretores, Gerentes, Coordenadores e Consultores, mediante comunicado do Diretor Geral do serviço formalizado junto ao Departamento Pessoal.

O registro da presença do funcionário se realiza por meio de ponto eletrônico biométrico. Atende ao preconizado pela Portaria TEM 1.510 de 2009, que regulamenta o Sistema de Registro de Ponto.

A assiduidade e pontualidade são consideradas pela instituição condições fundamentais para não prejudicar as rotinas e não comprometer as atividades desenvolvidas.

Em situações de Férias, Auxílio-Doença, Acidente de Trabalho, Licença Maternidade, Adoção ou Paternidade, o registro de ponto permanecerá em branco e as devidas anotações serão realizadas no Tratamento de Ponto, para impressão do Espelho do Ponto.

Alterações de horários de trabalho somente podem ser realizadas com previa autorização do Gestor.

O Espelho de Ponto deverá ser assinado exclusivamente pelo funcionário.

Atualmente a Pró-Saúde utiliza sistema informatizado, que possibilita o planejamento da força de trabalho.

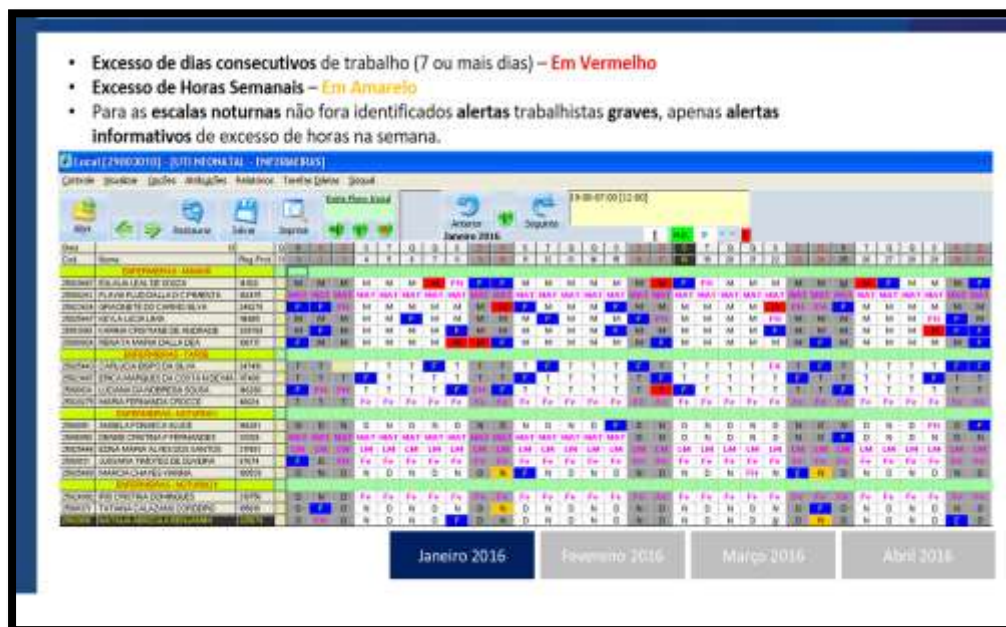
O planejamento da força de trabalho é um processo contínuo usado para alinhar as necessidades e prioridades da organização com os de sua força de trabalho para garantir que ela possa atender aos seus requisitos legislativos, regulamentares, de serviço e de produção e objetivos organizacionais.

Vantagens operacionais do sistema:

- Dimensionamento dinâmico

- Visibilidade e controle de toda a operação
- Maximização da produtividade
- Humanização da escala
- Motivação e Retenção de talentos
- Visão sistêmica de todo o processo
- Apoio à decisão com base em indicadores de gestão em tempo real.

Figura 69. Modelo de escala utilizando sistema eletrônico



Esta proposta de trabalho tem validade de 60 dias (sessenta dias).

Declaramos que as informações acima refletem a expressão da verdade, sendo de nossa inteira responsabilidade quaisquer omissões, exceções ou incorreções que, porventura, possam eles apresentar.

São Paulo, 06 de novembro de 2017

PRÓ-SAÚDE – ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR
Dom Eurico dos Santos Veloso - Presidente

Miguel Paulo Duarte Neto
Diretor Administrativo Financeiro

Danilo de Oliveira da Silva
Diretor de Desenvolvimento