

# **PROPOSTA DE TRABALHO PARA O GERENCIAMENTO E GESTÃO DO HOSPITAL BRAZ CUBAS**

## **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 01/2014**

### **PROCESSO N.º 3963/2014**



## **MOGI DAS CRUZES – SP**

## **FEVEREIRO DE 2014**

---

I.	CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS .....	6
1.1.	ESTRUTURA E PERFIL .....	6
1.2.	ESCOPO DOS SERVIÇOS .....	6
1.2.1.	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....	7
1.2.2.	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL .....	8
1.2.3.	PRONTO ATENDIMENTO .....	9
1.2.4.	SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA – SADT .....	10
1.2.5.	SERVIÇOS DE APOIO E OUTRAS INSTALAÇÕES .....	10
1.2.5.	NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO – NIR.....	11
1.3.	PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO .....	11
1.4.	ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS.....	12
1.4.1.	INTERNAÇÃO (ENFERMIARIAS E/OU PRONTO-ATENDIMENTO) .....	12
1.4.2.	CIRURGIA AMBULATORIAL.....	13
1.4.3.	ATENDIMENTO AMBULATORIAL .....	14
1.4.4.	ESPECIALIDADES MÉDICAS.....	16
1.4.5.	ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS.....	17
1.4.6.	ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS: .....	17
1.4.7.	SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO SADT: .....	18
1.4.8.	CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS .....	21
1.4.9.	CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS .....	21
II.	C1: PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL/ASSISTENCIAL .....	22
2.1.	MODELO DE GESTÃO PRÓ-SAÚDE.....	22
2.1.1.	DEFINIÇÕES SOBRE O MODELO DE GESTÃO .....	23
2.1.2.	ELEMENTOS ESTRUTURAIS DO MODELO DE GESTÃO.....	24
2.1.3.	O SISTEMA DE MEDIÇÃO DE DESEMPENHO DO MODELO DE GESTÃO .....	26
2.1.4.	FERRAMENTA DE CONTROLE DE DESEMPENHO DO MODELO DE GESTÃO.....	26
2.1.5.	ELEMENTOS OPERACIONAIS DO MODELO DE GESTÃO .....	28
2.1.	ORGANOGRAMA .....	35
2.2.	PROTOCOLOS E ORGANIZAÇÃO DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS .....	36
2.2.1.	PROTOCOLOS .....	36
2.2.2.	REGIMENTO DE CORPO CLÍNICO:.....	36
2.3.	MODELO DE ASSISTÊNCIA .....	51
2.3.1.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO .....	57

---

2.3.2.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM .....	59
2.3.3.	ORGANIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO .....	62
2.3.4.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO .....	63
2.3.5.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.....	64
2.3.6.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....	65
2.3.7.	ORGANIZAÇÃO DA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO .....	67
2.3.8.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA .....	68
2.3.9.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL .....	68
2.3.10.	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS .....	81
2.3.11.	SERVIÇOS EVENTUALMENTE TERCEIRIZADOS.....	82
2.4.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA.....	82
2.4.1.	DOSE UNITÁRIA E SISTEMA DE CONTROLE DE FÁRMACOS .....	86
2.4.2.	SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS .....	88
2.4.3.	IMPLANTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA .....	93
2.4.4.	PROTOCOLOS DO SERVIÇO DE FARMÁCIA .....	94
2.5.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO .....	94
2.5.1.	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL .....	110
2.5.2.	PROTOCOLOS DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO .....	111
2.6.	ATIVIDADES DE APOIO .....	111
2.6.1.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA.....	111
2.6.2.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL E EQUIPAMENTOS..	113
2.7.	ORGANIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO FINANCEIRA.....	129
2.7.1.	ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE CUSTOS .....	130
2.7.2.	SERVIÇOS DE CONTABILIDADE .....	131
2.8.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FATURAMENTO.....	132
2.7.1.	MANUAL OPERACIONAL DE SISTEMATIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FATURAMENTO.....	137
2.9.	PROPOSTA DE QUANTIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA, .....	147
2.9.1.	ATIVIDADES HOSPITALARES - INTERNAÇÃO.....	147
2.9.2.	CIRURGIA AMBULATORIAL.....	148
2.9.3.	ATENDIMENTO AMBULATORIAL .....	149
2.9.4.	ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS:.....	150
2.9.1.	SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO SADT .....	151

2.10.	POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS .....	154
2.11.	DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS ESTIMADOS .....	175
III.	C2: PROPOSTA DE ATIVIDADES VOLTADAS PARA QUALIDADE .....	175
3.1.	COMISSÕES TÉCNICAS.....	175
3.1.1.	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.....	175
3.1.2.	COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA .....	177
3.1.3.	COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM .....	178
3.1.4.	COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS .....	180
3.1.5.	COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS.....	181
3.1.6.	COMISSÃO INTERNA DE ACIDENTES DE TRABALHO - CIPA.....	183
3.1.7.	COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS.....	186
3.1.8.	COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA - CFT .....	187
3.1.9.	COMISSÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA.....	189
3.1.10.	COMISSÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL .....	190
3.2.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS .....	191
3.2.1.	ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE ESTATÍSTICA: .....	194
3.3.	MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR .....	194
3.4.	SISTEMÁTICA DE APLICAÇÃO DE AÇÕES CORRETIVAS DE DESEMPENHO A PARTIR DO MONITORAMENTO.....	209
3.5.	PROPOSTA DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO.....	210
3.5.1.	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DOS USUÁRIOS/SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO.....	210
3.5.2.	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO .....	213
3.5.3.	AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE .....	223
3.6.	PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	225
3.6.1.	NEP – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	225
3.6.2.	MANUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	227
3.7.	SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL QUANTO AO DESCARTE DE RESÍDUOS.....	230
3.7.1.	POLÍTICA AMBIENTAL.....	231
3.7.2.	PROGRAMA DE DESCARTE DE RESÍDUOS DE SAÚDE – PGRSS .....	233
3.7.3.	PROGRAMAS DE SUSTENTABILIDADE .....	234

3.8. SISTEMÁTICA DE MONITORAMENTO E GARANTIA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO.....	236
3.9. MODELO DE GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE PRONTUÁRIOS.....	237
3.10. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO .....	240
3.11. OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE, .....	245
3.11.1. RAG – REQUISITOS DE APOIO À GESTÃO .....	245
3.11.2. IMPLANTAÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO - GTH.....	247
3.11.3. PLANO DE ATENDIMENTO Á MULTIPLAS VÍTIMAS .....	249
IV. C3: QUALIFICAÇÃO TÉCNICA .....	252
4.1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES.....	252
4.2. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COMPATÍVEIS COM O OBJETO .....	252
4.3. EXPERIÊNCIA NA GESTÃO DE UNIDADE HOSPITALAR POR INSTITUIÇÃO ACREDITADORA.....	252
4.4. CURRÍCULOS E COMPROVANTES DOS RESPONSÁVEIS .....	252
V. C4: PROPOSTA ECONÔMICA .....	252

ANEXO I – PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

ANEXO II – MANUAIS

ANEXO III – INSTRUÇÕES DE TRABALHO

ANEXO IV – ATESTADOS DE CAPACIDADE TÉCNICA, CURRÍCULOS E COMPROVANTES

ANEXO V – DOCUMENTOS DA PROPOSTA ECONÔMICA E PLANILHAS

---

## **I. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS**

---

### **1.1. ESTRUTURA E PERFIL**

---

O Hospital Municipal Braz Cubas está localizado na Rua Capitão Francisco de Almeida nº 490, Braz Cubas, Mogi das Cruzes, São Paulo.

Em 2010 a população da cidade, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de 387.779 habitantes.

O hospital estrutura-se com perfil de hospital geral de baixa e média complexidade.

### **1.2. ESCOPO DOS SERVIÇOS**

---

Na condição de Serviço Público, o Hospital Municipal Braz Cubas - está vinculado tecnicamente à Secretaria Municipal de Saúde de Mogi das Cruzes.

O Hospital Municipal Braz Cubas - é destinado ao tratamento clínico e cirúrgico de baixa e média para os usuários do Sistema Único de Saúde SUS. A porta de entrada, tanto para o Hospital Municipal Braz Cubas, quanto para a assistência ambulatorial, será referenciada por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Mogi das Cruzes - SMS/.MC, atendendo às normas e diretrizes vigentes. O encaminhamento de usuários para assistência hospitalar poderá ocorrer durante as 24 horas do dia, através de central de regulação da mencionada Secretaria.

A assistência à saúde prestada em regime ambulatorial e de internação hospitalar, sob regulação da SMS/MC, compreenderá o conjunto de serviços oferecidos ao usuário desde seu acolhimento inicial, sua matrícula no ambulatório, sua internação hospitalar, passando pela alta hospitalar até o seguimento ambulatorial pós-alta, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou complementar o diagnóstico e as terapêuticas indicadas.

Os usuários contarão com assistência médico hospitalar, equipamentos específicos, recursos humanos especializados e acesso a tecnologias destinadas ao melhor diagnóstico e terapêutica, atendendo às disposições das portarias do Ministério da Saúde vigentes para o tipo de atenção oferecida.

A Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Municipal Braz Cubas estrutura-se para atendimento a usuários com agravos de suas condições decorrentes de enfermidades clínicas ou cirúrgicas.

### **1.2.1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

Destina-se ao recebimento de usuários do SUS, referenciados pela SMS/MC para realização de procedimentos de acordo com a Tabela SIGTAP-SUS.

A capacidade instalada do Hospital Municipal Braz Cubas será:

- 69 leitos de internação
- 10 leitos de UTI

As unidades de internação deverão prover atenção em:

- a. Unidade de Terapia Intensiva (adulto);
- b. Leitos cirúrgicos;
- c. Leitos clínicos.

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

No processo de hospitalização, estão incluídos;

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo;
- Assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;

- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde);
- Diárias nas UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Procedimentos que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do Hospital Municipal Braz Cubas.

### **1.2.2. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL**

O serviço ambulatorial destina-se à realização de consultas especializadas de primeira vez e de seguimento, desde que pré-agendadas e reguladas pela SMS/MC.

3.2.2 A capacidade instalada do Hospital Municipal Braz Cubas será:

- a. 9 (nove) consultórios multiprofissionais ambulatoriais;
- b. 3 (três) consultórios no Pronto Atendimento;
- c. Sala de coleta de exames;
- d. Salão de espera e recepção.

3.2.3 Especialidades médicas a serem atendidas inicialmente:

- a. Cabeça e Pescoço
- b. Ginecologia Clínica
- c. Cirurgia Geral
- d. Ginecologia Cirúrgica
- e. Otorrinolaringologia
- f. Vascular
- g. Urologia
- h. Pediatria
- i. Clínica Médica

3.2.4 Ambulatório de Apoio em Saúde:

- a. Enfermagem;
- b. Serviço Social;

O atendimento ambulatorial compreende:

- Primeira consulta;

- Interconsulta;
- Consultas subsequentes (retornos);
- Procedimentos Terapêuticos realizados por especialidades médicas;

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS-Unidades Básicas de Saúde, ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

Entende-se por interconsulta, 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 às subsequentes das interconsultas.

As consultas realizadas pelo Serviço Social não serão consideradas no total de consultas ambulatoriais, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

Serão consideradas Cirurgias Ambulatoriais aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requeiram internações hospitalares. Serão classificados como Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA) os procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que pressupõem a presença do médico anestesista, realizados com anestesia geral, locoregional ou local, com ou sem sedação que requeiram cuidados pós-operatórios de curta duração, não necessitando internação hospitalar acima de doze horas. Serão classificados como cirurgia menor ambulatorial (CMA) os procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

Salientamos que o registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial se dará pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

### **1.2.3. PRONTO ATENDIMENTO**

Serão considerados prontos atendimentos aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas que procurem tal atendimento, sejam de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada.

Sendo o hospital do tipo "porta aberta", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos

casos que lhe forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

Para efeito de produção contratada / realizada deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

Se, em consequência do atendimento por urgência o paciente é colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorre à internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dito, não gerando nenhum registro de hospitalização.

#### **1.2.4. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA – SADT**

Estes Serviços destinam-se à investigação diagnóstica e ações terapêuticas para usuários internados e ambulatoriais, desde que referenciados pela SMS/MC. No caso de usuários internados no hospital, os serviços essenciais e de emergência deverão estar disponíveis durante 24 horas por dia, 7 dias na semana.

- a. Audiometria / Impedanciometria
- b. Colposcopia
- c. Ecocardiografia
- d. Estudo Urodinâmico
- e. Exames laboratoriais de análises clínicas e de anatomia patológica
- f. Nasofibroscopia
- g. Radiologia Geral e exames contrastados
- h. Endoscopia Digestiva Baixa
- i. Endoscopia Digestiva Alta
- j. Ultrassonografia geral

#### **1.2.5. SERVIÇOS DE APOIO E OUTRAS INSTALAÇÕES**

- a. Farmácia;
- b. Serviço de Atendimento ao Usuário;
- c. Serviço Social;
- d. Nutrição (incluindo nutrição enteral e parenteral);
- e. Laboratório de análises clínicas;
- f. Central de Material e Esterilização (CME);
- g. Rouparia;
- h. Almoxarifado;

- i. Serviços de Hotelaria;
- j. Arquivo de Prontuários de Paciente;
- k. Engenharia Clínica;
- l. Manutenção Preditiva, Preventiva e Corretiva de Equipamentos;
- m. Manutenção Predial Preventiva e Corretiva;
- n. Salas de reunião, administração e direção;
- o. Unidades administrativas (recursos humanos, administração de pessoal, faturamento, tesouraria, contabilidade, informática, suprimentos).

#### **1.2.5. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO – NIR**

Deverá ser implantado com um Plantão Administrativo, quando iniciadas as atividades assistenciais e utilizar sistema informatizado via web que for disponibilizado pela SMS/MC.

Será responsável pela interlocução com a SMS/MC, cabendo ao mesmo notificar a quantidade de leitos disponíveis no Hospital para internação, consultas ambulatoriais, e exames. O Serviço funcionará 24 horas por dia, 7 dias por semana, emitindo notificação de vagas em pelo menos 2 (dois) turnos diários, de acordo com as normas exaradas pela SMS/MC.

Adicionalmente, o NIR estará incumbido de marcar na rede de atenção à saúde as consultas de seguimento dos usuários após a alta ambulatorial.

Terá como função também organizar o fluxo interno dos usuários referenciados pela SMS/MC, informando aos diferentes setores de destinação os dados necessários.

---

### **1.3. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO**

---

Se, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, o Hospital Municipal Braz Cubas se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela Pró-Saúde após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

## 1.4. ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

### 1.4.1. INTERNAÇÃO (ENFERMIARIAS E/OU PRONTO-ATENDIMENTO)

O hospital deverá realizar um número de saídas hospitalares no compatível e de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Os quadros abaixo demonstram as estimativas de metas mediante o cronograma operacional proposto pela SMS. A abertura dos leitos de internação está prevista para o ano de 2016.

<b>SAÍDAS HOSPITALARES - 2016</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Clínica Médica	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	852
Clínica Cirurgica	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	852
Pediatria	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	708
Total	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	2.412
% de implantação	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	

<b>SAÍDAS HOSPITALARES - 2017</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Clínica Médica	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	1.140
Clínica Cirurgica	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	1.140
Pediatria	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	948
Total	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	3.228
% de implantação	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	

<b>SAÍDAS HOSPITALARES - 2017</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Clínica Médica	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	1.140
Clínica Cirurgica	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	1.140
Pediatria	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	948
Total	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	3.228
% de implantação	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	

#### 1.4.2. CIRURGIA AMBULATORIAL

Os quadros abaixo demonstram as estimativas de metas mediante o cronograma operacional proposto pela SMS. O início das atividades do serviço de cirurgia ambulatorial está previsto para 2015.

<b>CIRURGIA AMBULATORIAL - 2015</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Cirurgia Ambulatorial	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	2.112
Total	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	2.112
% de implantação	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	

<b>CIRURGIA AMBULATORIAL - 2016</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Cirurgia Ambulatorial	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	4.224
Total	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	4.224
% de implantação	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

<b>CIRURGIA AMBULATORIAL - 2017</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Cirurgia Ambulatorial	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	4.224
Total	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	4.224
% de implantação	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

<b>CIRURGIA AMBULATORIAL - 2018</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Cirurgia Ambulatorial	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	4.224
Total	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	4.224
% de implantação	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

### 1.4.3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Os quadros abaixo demonstram as estimativas de metas mediante o cronograma operacional proposto pela SMS. O início das atividades do ambulatório está previsto para 2014.

<b>ATENDIMENTO AMBULATORIAL - 2014</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 6	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
1ª consulta	NA	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	33.000
Retorno	NA	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	11.000
Interconsultas	NA	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	5.500
Consulta não médica	NA	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	14.850
TOTAL	NA	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	49.500
% da Implantação	NA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

<b>ATENDIMENTO AMBULATORIAL - 2015</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
1ª consulta	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	36.000
Retorno	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	12.000
Interconsultas	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
consulta não médica	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	16.200
<b>TOTAL</b>	<b>4.500</b>	<b>54.000</b>											
% da Implantação	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

<b>ATENDIMENTO AMBULATORIAL - 2016</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
1ª consulta	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	36.000
Retorno	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	12.000
Interconsultas	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
consulta não médica	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	16.200
<b>TOTAL</b>	<b>4.500</b>	<b>54.000</b>											
% da Implantação	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

<b>ATENDIMENTO AMBULATORIAL - 2017</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
1ª consulta	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	36.000
Retorno	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	12.000
Interconsultas	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
consulta não médica	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	16.200
<b>TOTAL</b>	<b>4.500</b>	<b>54.000</b>											
% da Implantação	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

<b>ATENDIMENTO AMBULATORIAL - 2018</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
1ª consulta	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	36.000
Retorno	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	12.000
Interconsultas	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
<b>TOTAL</b>	<b>4.500</b>	<b>54.000</b>											
% da Implantação	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
consulta não médica	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	16.200

#### 1.4.4. ESPECIALIDADES MÉDICAS

- Cabeça e Pescoço
- Ginecologia Clínica
- Cirurgia Geral
- Ginecologia Cirúrgica
- Otorrinolaringologia
- Vascular
- Urologia
- Pediatria
- Clínica Médica

#### 1.4.5. ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS

O quantitativo das consultas não médicas está descritas na tabela acima.

Especialidades Não Médicas
Enfermeiro
Farmacêutico
Nutricionista
Outros

#### 1.4.6. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS:

##### Urgência / Emergência

Os quadros abaixo demonstram as estimativas de metas mediante o cronograma operacional proposto pela SMS. O início das atividades do serviço de urgência e emergência está previsto para o ano de 2016.

ATENDIMENTO URGÊNCIA - 2016	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Consulta de Urgência	3900	3900	3900	3900	3900	3900	3900	3900	3900	3900	3900	3900	46.800
Total	3.900	3.900	3.900	3.900	3.900	3.900	3.900	3.900	3.900	3.900	3.900	3.900	46.800
% de Implantação	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	

ATENDIMENTO URGÊNCIA - 2017	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Consulta de Urgência	5200	5200	5200	5200	5200	5200	5200	5200	5200	5200	5200	5200	62.400
Total	5.200	5.200	5.200	5.200	5.200	5.200	5.200	5.200	5.200	5.200	5.200	5.200	62.400
% de Implantação	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	

<b>ATENDIMENTO URGÊNCIA - 2018</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Consulta de Urgência	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	78.000
Total	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	78.000
% de Implantação	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

#### 1.4.7. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO SADT:

Os quadros abaixo demonstram as estimativas de metas mediante o cronograma operacional proposto pela SMS. O início das atividades do serviço de urgência e emergência está previsto para o ano de 2014.

<b>SADT - 2014</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Laboratório de Análises Clínicas	2.000	2.400	2.880	3.456	4.147	4.976	5.971	7.165	8.598	10.317	12.381	15.000	79.291
Anatomia Patológica	15	18	22	26	31	37	45	54	65	77	92	100	582
Radiologia	150	180	216	259	311	373	448	537	645	774	930	1.000	5.823
USG	100	118	139	164	194	228	270	318	376	444	523	600	3.474
Endoscopia Digestiva Alta	100	111	123	137	152	169	187	208	230	256	284	300	2.257
Colonoscopia	50	56	62	68	76	84	94	104	115	128	142	150	1.129
Exames para Diagnóse (outros)	300	366	446	545	665	811	989	1.207	1.472	1.796	2.191	2.500	13.288
<b>TOTAL</b>	<b>2.715</b>	<b>3.249</b>	<b>3.888</b>	<b>4.655</b>	<b>5.576</b>	<b>6.678</b>	<b>8.004</b>	<b>9.593</b>	<b>11.501</b>	<b>13.792</b>	<b>16.543</b>	<b>19.650</b>	<b>105.844</b>

<b>SADT - 2015</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Laboratório de Análises Clínicas	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	180.000
Anatomia Patológica	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1.200
Radiologia	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	12.000
USG	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	7.200
Endoscopia Digestiva Alta	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
Colonoscopia	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1.800
Exames para Diagnóse (outros)	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	30.000
<b>TOTAL</b>	<b>19.650</b>	<b>235.800</b>											

<b>SADT - 2016</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Laboratório de Análises Clínicas	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	180.000
Anatomia Patológica	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1.200
Radiologia	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	12.000
USG	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	7.200
Endoscopia Digestiva Alta	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
Colonoscopia	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1.800
Exames para Diagnóse (outros)	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	30.000
<b>TOTAL</b>	<b>19.650</b>	<b>235.800</b>											

<b>SADT - 2017</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Laboratório de Análises Clínicas	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	180.000
Anatomia Patológica	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1.200
Radiologia	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	12.000
USG	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	7.200
Endoscopia Digestiva Alta	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
Colonoscopia	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1.800
Exames para Diagnóse (outros)	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	30.000
<b>TOTAL</b>	<b>19.650</b>	<b>235.800</b>											

<b>SADT - 2018</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Laboratório de Análises Clínicas	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	180.000
Anatomia Patológica	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1.200
Radiologia	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	12.000
USG	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	7.200
Endoscopia Digestiva Alta	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
Colonoscopia	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1.800
Exames para Diagnóse (outros)	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	30.000
<b>TOTAL</b>	<b>19.650</b>	<b>235.800</b>											

Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada no Pacto pela Saúde 2006 para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

#### 1.4.8. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS

Será encaminhado à SMS toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros;
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- Censo de origem dos pacientes atendidos;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;

#### 1.4.9. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS

2014	2015	2016	2017	2018
15%	15%	30%	20%	20%
Ambulatório SADT (interno)	Cirurgias Ambulatoriais SADT (externo)	Pronto Atendimento, Clínica Cirúrgica e UTI	Revisão das especialidades e acréscimo no volume de atendimento	Revisão das especialidades e acréscimo no volume de atendimento

2014	Ambulatório de especialidades
1ª consulta	3.000/mês
Retorno	1.000/mês (a partir de fev/14)
Intercorrências	500/mês

\*2014: Especialidade médicas para início de atividades: Ginecologia Clínica, Ginecologia Cirúrgica, Clínica Médica, Urologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia vascular, Cirurgia de cabeça e pescoço e Cirurgia Geral.

2014	SADT (início de atividades)	SADT (até dez/2014)
Laboratório de Análises clínicas	2000/mês	15.000/mês
Anatomia-patológica	15/mês	100/mês
Radiologia	150/mês	1.000/mês
USG	100/mês	600/mês
Endoscopia Digestiva Alta	100/mês	300/mês
Colonoscopia	50/mês	150/mês
Exames para diagnose (outros)	300/mês	2.500/mês
2015	15% a mais na produtividade	
	Novas especialidades ou exames para diagnose a serem oferecidas, de acordo com a necessidade apontada pela SMS-PMMC	
	Exames em Tomografia Computadorizada	
	Realização de Procedimentos Cirúrgicos de Pequeno Porte, sob analgesia local	
2016	30% a mais na produtividade	
	Novas especialidades ou exames para diagnose a serem oferecidas, de acordo com a necessidade apontada pela SMS-PMMC	
	Internações hospitalares + UTI	
	Início de atividades do Pronto-Atendimento, de acordo com avaliação pelo CTA e SMS-PMMC	
2017	15% a mais na produtividade	
	Novas especialidades ou exames para diagnose a serem oferecidas, de acordo com a necessidade apontada pela SMS-PMMC	
2018	15% a mais na produtividade	
	Novas especialidades ou exames para diagnose a serem oferecidas, de acordo com a necessidade apontada pela SMS-PMMC	

## **II. C1: PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL/ASSISTENCIAL**

### **2.1. MODELO DE GESTÃO PRÓ-SAÚDE**

A Pró-Saúde desenvolve suas atividades administrativas embasada no modelo de gestão, abaixo descrito, cujo foco principal é a qualidade no atendimento prestado.

Este modelo é utilizado em todas as unidades administradas pela Pró-Saúde, sofrendo as devidas adaptações conforme a necessidade de cada unidade de saúde.

Nas páginas seguintes detalhamos tal modelo de gestão, conforme segue:

A Pró-Saúde apresenta o modelo de gestão utilizado nas unidades que administra. Os hospitais são geridos por este modelo que preconiza a qualidade no atendimento prestado. Obviamente o modelo sofrerá adaptações conforme necessidade de cada serviço.

Nas páginas seguintes detalhamos tal modelo de gestão, conforme segue:

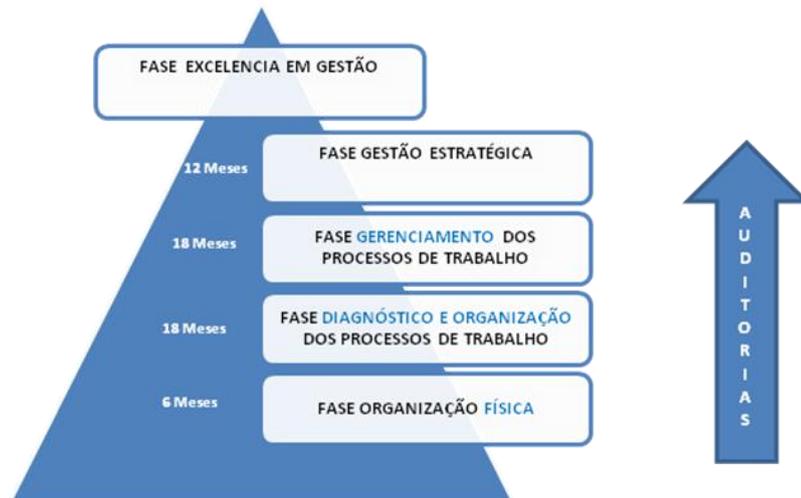
### **2.1.1. DEFINIÇÕES SOBRE O MODELO DE GESTÃO**

**O QUE É O MODELO DE GESTÃO:** São diretrizes criadas pela Pró-Saúde para orientar o plano de trabalho aplicado a unidade sob contrato de gestão. Define os instrumentos de planejamento, implantação e controle dos processos organizacionais inerentes a atividade de gestão.

**OBJETIVO DO MODELO DE GESTÃO:** É a representação clara e organizada do trabalho a ser desenvolvido pela equipe de gestores hospitalares da Pró-Saúde. Este Modelo encontra-se estruturado em 5 Fases distintas, permeadas por auditorias internas. As Fases representam o caminho a ser seguido para evolução da gestão e podem ser ajustadas conforme a realidade da unidade, sendo claramente planejadas, pois representam o compromisso do modelo de gestão a ser implementado, numa visão macro.

**FUNDAMENTAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO:** As metodologias que fundamentaram o modelo de gestão e, portanto, adotadas neste projeto, foram escolhidas por já serem consagradas no âmbito empresarial, extraídas de bibliografias da área de administração e saúde. Os vários instrumentos de aplicação utilizados foram desenvolvidos pela Pró-Saúde.

**ESQUEMA ILUSTRATIVO DO MODELO DE GESTÃO:** composto de cinco grandes fases de que dão forma à Gestão Hospitalar.



### 2.1.2. ELEMENTOS ESTRUTURAIS DO MODELO DE GESTÃO

#### A EXCELÊNCIA EM GESTÃO É A BASE CONCEITUAL DIRECIONADORA DO MODELO DE GESTÃO

##### MEG - Modelo de Excelência da Gestão

É baseado em 11 fundamentos e oito critérios. Como fundamentos podemos definir os pilares, a base teórica de uma boa gestão.

Fundamentos: pensamento sistêmico; aprendizado organizacional; cultura de inovação; liderança e constância de propósitos; orientação por processos e informações; visão de futuro; geração de valor; valorização de pessoas; conhecimento sobre o cliente e o mercado; desenvolvimento de parcerias e responsabilidade social.

Esses fundamentos são colocados em prática por meio dos oito critérios. São eles:

Critérios: liderança; estratégias e planos; clientes; sociedade; informações e conhecimento; pessoas; processos e resultados. Segundo definição da Fundação Nacional da Qualidade, esses critérios representam:

- O sucesso de uma organização está diretamente relacionado à sua capacidade de atender às necessidades e expectativas de seus clientes. Elas devem ser identificadas, entendidas e utilizadas para que se crie o valor necessário para conquistar e reter esses clientes.
- Para que haja continuidade em suas operações, a empresa também deve identificar, entender e satisfazer as necessidades e expectativas da

sociedade e das comunidades com as quais interage — sempre de forma ética, cumprindo as leis e preservando o ambiente.

- De posse de todas essas informações, a liderança estabelece os princípios da organização, pratica e vivencia os fundamentos da excelência, impulsionando, com seu exemplo, a cultura da excelência na organização. Os líderes analisam o desempenho e executam, sempre que necessário, as ações requeridas, consolidando o aprendizado organizacional.
- As estratégias são formuladas pelos líderes para direcionar a unidade e o seu desempenho, determinando sua posição competitiva. Elas são desdobradas em todos os níveis, com planos de ação de curto e longo prazos. Recursos adequados são alocados para assegurar sua implementação. A organização avalia permanentemente a implementação das estratégias e monitora os respectivos planos e responde rapidamente às mudanças nos ambientes interno e externo.
- As pessoas que compõem a força de trabalho devem estar capacitadas e satisfeitas, atuando em um ambiente propício à consolidação da cultura da excelência.
- Com isso, é possível executar e gerenciar adequadamente os processos, criando valor para os clientes e aperfeiçoando o relacionamento com os fornecedores. A organização planeja e controla os seus custos e investimentos. Os riscos financeiros são quantificados e monitorados.
- Para efetivar a etapa do Controle (C), são mensurados os resultados em relação a: situação econômico-financeira, clientes e mercado, pessoas, sociedade, processos principais do negócio e processos de apoio, e fornecedores.
- Os efeitos gerados pela implementação sinérgica das práticas de gestão e pela dinâmica externa à organização podem ser comparados às metas estabelecidas para eventuais correções de rumo ou reforços das ações implementadas.
- Essas informações representam a inteligência da organização, viabilizando a análise do desempenho e a execução das ações necessárias em todos os níveis. A gestão das informações e dos ativos intangíveis é um elemento essencial à jornada em busca da excelência.

### **2.1.3. O SISTEMA DE MEDIÇÃO DE DESEMPENHO DO MODELO DE GESTÃO**

#### **BSC - Balanced Scorecard**

O BSC é um sistema de medição de desempenho empresarial. Seu principal diferencial é reconhecer que os indicadores financeiros, por si só, não são suficientes para isso. O BSC complementa as medições financeiras com avaliações sobre o cliente, identificando os processos internos que devem ser aprimorados e analisando as possibilidades de aprendizado e crescimento, assim como os investimentos em recursos humanos, tecnologia e capacitação que poderão mudar substancialmente as atividades, impulsionando o desempenho futuro.

- O Balanced Scorecard é uma ferramenta que materializa a visão e a estratégia da empresa por meio de um mapa coerente com objetivos e medidas de desempenho, organizados segundo quatro perspectivas diferentes: financeira, do cliente, dos processos internos e do aprendizado e crescimento. Tais medidas devem ser interligadas para comunicar um pequeno número de temas estratégicos amplos, como o crescimento da empresa, a redução de riscos ou o aumento de produtividade.

### **2.1.4. FERRAMENTA DE CONTROLE DE DESEMPENHO DO MODELO DE GESTÃO**

#### **SA – SOFTWARE DE GESTÃO**

O *SA Performance Manager* proporciona maior eficácia e sistematização no processo de gestão. A visualização integrada dos resultados corporativos através dos mapas estratégicos, indicadores de desempenho e planos de ações, possibilita um monitoramento diferenciado de todas as perspectivas do negócio, proporcionando melhor performance e resultados mais satisfatórios. Faz da estratégia um processo contínuo e tarefa de todos.

Principais Benefícios e Funcionalidades da Ferramenta:

- Atendimento da metodologia BSC - Balanced Scorecard
- Atendimento do conceito GPD - Gerenciamento por Diretrizes
- Informatização do planejamento estratégico, operacional e organizacional
- BPM - Business Process Management
- Controle e alinhamento de indicadores estratégicos e operacionais
- Ferramentas gerenciais para o monitoramento visual de indicadores

- Controle de planos de ação e projetos com cronograma e workflow
- Ferramentas sofisticadas de análise gerenciais
- Ferramentas de análise geográfica, radares de indicadores e dashboards
- Gerenciamento integrado de eventos de análise crítica
- Sistema de comunicação automática de mensagens e agenda pessoal
- Informações on-line de todos os itens do planejamento
- Apresentações exclusivas on-line
- Fácil integração com sistemas de ERP, CRM e BI

## **O RECONHECIMENTO EXTERNO DO MODELO DE GESTÃO**

Seguramente a ONA e o PNQ representam duas consagradas modalidades de reconhecimento externo. O Modelo de Gestão Pró-Saúde é estruturado de modo a buscar alinhamento com os requisitos estabelecidos por estas metodologias.

### **ONA - Organização Nacional de Acreditação**

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

Segunda 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.

### **PNQ – Prêmio Nacional da Qualidade**

Anualmente, por meio de ciclo de avaliação, o PNQ reconhece as organizações que praticam a Excelência em Gestão no Brasil. Foi em torno da concessão do prestigioso prêmio que a Fundação Nacional da Qualidade ganhou força e reconhecimento nacional. O PNQ destaca empresas líderes em qualidade, produtividade, competitividade e gestão.

### **Consideração**

A conquista de reconhecimento externo é resultado de um trabalho amplo, que vai além da gestão em si, e que envolve uma sólida parceria entre a Pró-Saúde, gestora da unidade, e o ente público, contratante. É um esforço conjunto e interdependente.

#### **2.1.5. ELEMENTOS OPERACIONAIS DO MODELO DE GESTÃO**

### **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 um 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, 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.

### **Serviços de Assessoria 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.
- ✧ 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, 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 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.
- ✧ Gestão de Resultados: Plano de Ação do Exercício e Programação Orçamentária.
- ✧ Projetos de desenvolvimento empresarial e comprometimento das partes envolvidas.
- ✧ 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 as unidades no levantamento dos dados estatísticos.

### Foco estratégico de atuação da equipe de gestão

A equipe de gestores tem uma atuação focada em alguns objetivos estratégicos pertencentes a este modelo de gestão. O mapa estratégico possui, entre outros a serem incorporados ao longo do trabalho, os seguintes objetivos:

<b>PERSPECTIVA DO BSC – GESTÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA</b>					
<b>Objetivo ATINGIR ÍNDICES DE PRODUÇÃO ESTABELECIDOS</b>		<b>Objetivo: ASSEGURAR FLUXO FINANCEIRO ADEQUADO</b>		<b>Objetivo: GARANTIR O CUMPRIMENTO ORÇAMENTÁRIO</b>	
<b>Título do Indicador</b>	<b>Meta</b>	<b>Título do Indicador</b>	<b>Meta</b>	<b>Título do Indicador</b>	<b>Meta</b>

<b>PERSPECTIVA DO BSC – PROCESSOS INTERNOS</b>			
<b>Objetivo: MITIGAR O RISCO DA ATIVIDADE</b>		<b>Objetivo: ALINHAR O HOSPITAL AOS CRITÉRIOS DA ONA</b>	
<b>Título do Indicador</b>	<b>Meta</b>	<b>Título do Indicador</b>	<b>Meta</b>

<b>PERSPECTIVA DO BSC – CLIENTES</b>	
<b>Objetivo: CONTRIBUIR PARA O AUMENTO DA SATISFAÇÃO DO CLIENTE E COLABORADOR</b>	
<b>Título do Indicador</b>	<b>Meta</b>

<b>PERSPECTIVA DO BSC – APRENDIZADO</b>	
<b>Objetivo: INCENTIVAR O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL</b>	
<b>Título do Indicador</b>	<b>Meta</b>

Estes objetivos são parte do mapa estratégico, onde serão definidos e complementados os indicadores e metas locais específicas da unidade.

### RELATÓRIOS DE PROGRESSO E DESEMPENHO

Captação e processamento de informação e análise do desempenho da unidade, através de relatórios e planos de trabalho. Avaliação da capacidade produtiva e do custeio de toda atividade, através dos seguintes instrumentos:

### **PLANO ESTATÍSTICO**

A estatística é composta do movimento geral da unidade e também da estatística de produção dos setores como os Serviços de Diagnóstico, Lavanderia, Manutenção e de outros tantos, reunindo mais de 100 indicadores hospitalares utilizados na avaliação de desempenho.

A gestão é feita com o auxílio dos números que são fornecidos pela estatística.

### **RELATÓRIO DE ATIVIDADES**

Este relatório permite o acompanhamento sistematizado do desempenho da unidade sob vários aspectos, análise crítica dos resultados previstos e alcançados, entre outros.

A Pró-Saúde fará as necessárias adaptações ao modelo abaixo descrito. Os registros realizados são os seguintes:

#### Atividades Assistenciais

- Número de Internações (Admissões e Saídas)
- Porcentagem de Ocupação
- Média de Permanência
- Taxa de Mortalidade
- Número de Exames por Tipo
- Número de Consultas de Urgência e Emergência
- Número de Procedimentos

#### Recursos Humanos

- Número de Funcionários por Área de Atuação
- Rotatividade de Pessoal
- Taxa de Absenteísmo
- Colaborador por Leito
- Colaborador por Paciente
- Relatório com pessoal Médico, Enfermagem, Outros de Nível Superior e Nível Técnico com nome, função, turno e jornada de trabalho

#### Atividades Sociais

- Cursos Ministrados

#### Atividades Econômicas

- Composição das Receitas
- Composição das Despesas

#### Indicadores Hospitalares

- Assistenciais
- Recursos Humanos
- Econômicos

#### Informações de Custos

- Alimentação (Desjejum, Colação, Almoço, Lanche, Jantar, Ceia e fórmulas lácteas)
- Custo do Kg de roupa lavada
- Custo do m<sup>3</sup> de oxigênio

#### Fluxo de Caixa

#### Informações de Faturamento

- Faturamento Total (Previsto e Realizado), com variação

### **DESEMPENHO DE INDICADORES ESTRATÉGICOS**

Este relatório permite o acompanhamento sistematizado do desempenho dos indicadores estratégicos referidos no mapa estratégico.

### **DOCUMENTAÇÃO NORMATIVA E OPERACIONAL**

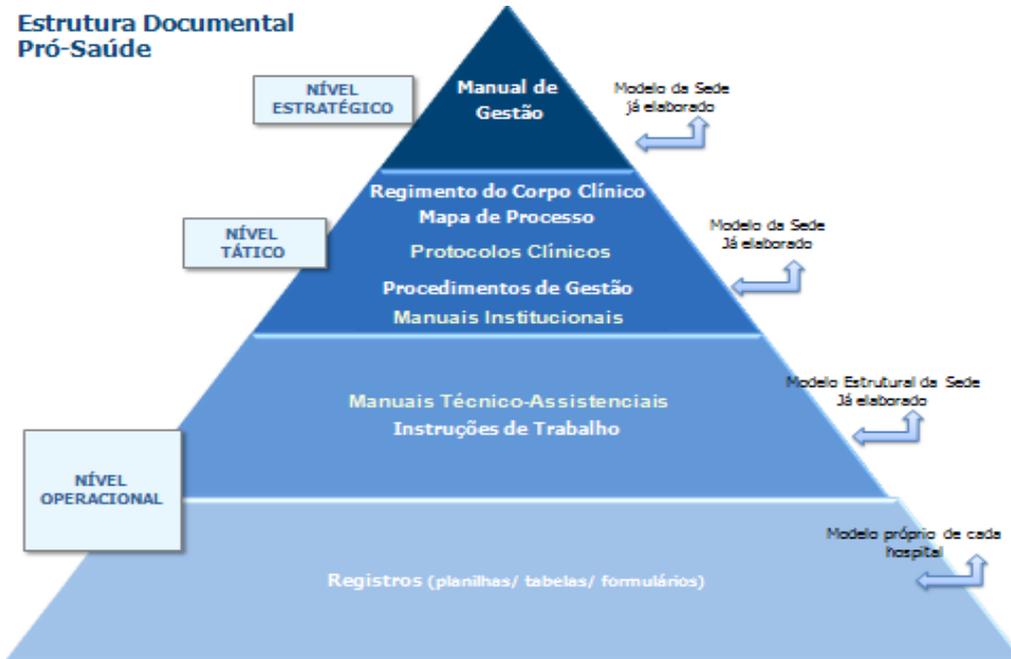
Representa a organização dos processos de trabalho e introdução a melhoria contínua na gestão. São elaborados, entre outros, documentos de cunho administrativo, de qualidade, procedimentos de gestão e manuais que dizem respeito à formalização de todo o funcionamento da unidade.

Ainda no tocante a documentação inerente a unidade, 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).

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

### Estrutura Documental Pró-Saúde



### DETALHANDO A COMPOSIÇÃO DOS DOCUMENTOS DESSA ESTRUTURA:

#### MANUAL DE GESTÃO:

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

#### I - APRESENTAÇÃO

#### II - ORGANIZAÇÃO

1. Competências das unidades administrativas técnicas e assistenciais
2. Serviços da pró-saúde sede

#### III - QUALIDADE INTEGRADA À GESTÃO HOSPITALAR

##### 3.1 Requisitos Gerais

3.2 Objetivos da Qualidade Integrada à Gestão Hospitalar

3.3 Estrutura da Gestão da Qualidade

3.4 Responsabilidade e Autoridade

3.5 Estrutura da Documentação

3.6 Controle de Documentos e Registros

#### IV - RESPONSABILIDADE DA DIREÇÃO

4.1. Comprometimento da Diretoria

4.2. Objetivo do Contrato de Gestão

4.3 Metas de Gestão Contratual

4.4 Metas de Controle de Processos

4.5 Comunicação e Divulgação

#### V - TERMOS E DEFINIÇÕES

#### VI - ELABORAÇÃO, VERIFICAÇÃO E APROVAÇÃO

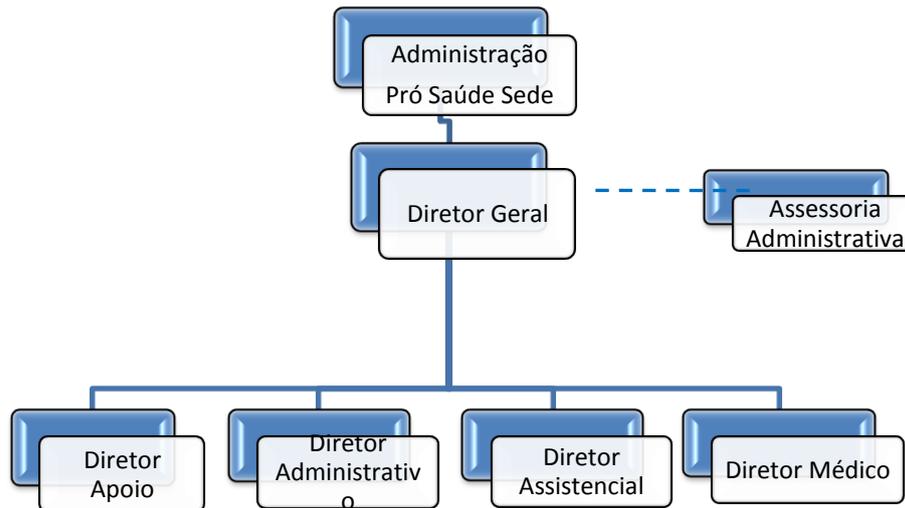
#### VII - CONTROLE DE REVISÕES

---

### **2.1. ORGANOGRAMA**

---

Representação ilustrativa que demonstra a estrutura organizacional da unidade hospitalar, definindo os níveis de autoridade e responsabilidade das áreas. A estrutura é constituída conforme contexto local. A seguir apresentamos um modelo de Organograma:



---

## **2.2. PROTOCOLOS E ORGANIZAÇÃO DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS**

---

### **2.2.1. PROTOCOLOS**

A implantação dos protocolos clínicos de atendimento visa à padronização das condutas assistenciais, gerando rapidez no atendimento e administração dos recursos financeiros.

Encontram-se no Anexo I os Protocolos Clínicos Assistenciais, estes poderão ser adaptados e/ou adequados à conduta dos especialistas da instituição.

### **2.2.2. REGIMENTO DE CORPO CLÍNICO:**

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

A seguir apresentamos um modelo de Regimento que poderá ser utilizado no hospital.

## **Capítulo I**

Das Definições.

Artigo 1º -

A Comissão de Ética Médica é o órgão representativo do Conselho Regional de Medicina do Estado, junto à Sociedade para o Desenvolvimento da Saúde - Hospital XXXX, estando a ele vinculada. Constituída nos termos da Resolução nº 83/98 do Conselho Regional de Medicina do Estado de XXX. 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 da Sociedade XXX para o Desenvolvimento da Medicina, 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 cronológicas.

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 a cerca 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 são facultados 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 da Sociedade XXX para o desenvolvimento da Medicina, 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) O 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.

## **MAPA DE PROCESSOS**

Desenho dos processos existentes na unidade, 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 da unidade.

### **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. Todos os protocolos tem como base as diretrizes das sociedades de especialidades médicas.

### **PROCEDIMENTOS DE GESTÃO**

São os procedimentos (semelhantes à instruções de trabalho) que são relevantes e interferem na organização de forma geral e sistêmica. Por exemplo: gestão dos eventos-sentinela, 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 da unidade, como por exemplo:

- Manual de Gestão

- PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde
- Manual de Relacionamento com Fornecedores
- Manual de Descrição de Cargos

Os modelos destes manuais encontram-se no Anexo II deste projeto. Diferem-se pela necessidade de interações intersetoriais.

#### **MANUAIS TECNICO-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. Por meio dela define-se modo de fazer, referenciam-se documentos e estipulam-se responsáveis.

#### **REGISTROS / PLANILHAS / TABELAS / FORMULÁRIOS:**

São documentos de uso diário 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 pela unidade.

#### **DOCUMENTOS LEGAIS, FISCAIS E INSTITUCIONAIS:**

O Coordenador Geral da unidade é responsável por cumprir a agenda de compromissos legais e fiscais da unidade sob sua responsabilidade junto a órgãos públicos e reguladores. Deve assegurar, por meio de prova documental, o efetivo cumprimento desta agenda. A relação de documentos pode variar de Estado para Estado e sofrerá as alterações necessárias. Entre outros, os documentos referidos são:

ANUAL - Descrição do Documento / Órgão Responsável

Alvará de funcionamento - Prefeitura Municipal

Alvará de funcionamento - Vigilância Sanitária

Registro de Responsabilidade Técnica da área Médica - CRM

Registro de Responsabilidade Técnica de Enfermagem - COREN

Licença de funcionamento da Polícia Federal - Divisão de Entorpecentes

Eleição da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - Ministério do Trabalho

Eleição da Comissão de Ética Médica - CFM - Resolução 1657/2002

Eleição da Comissão de Revisão de Óbito - CREME

Eleição da Comissão de Ética de Enfermagem - COREN

Licença Ambiental - CONAMA

CEAS - Prestação de Contas - CNAS/ MPAS

Cota Patronal - Prestação de Contas - INSS

Utilidade Pública Federal - Prestação de Contas - Ministério da Justiça

Parecer de auditor independente - CNAS

Plano de Ação Anual - referente cota patronal - INSS

Ofício de oferecimento de leitos ao SUS - SES local

RAIS (DP) - Ministério do Trabalho

DIPJ - Secretaria da Receita Federal

DIRF - Receita Federal

MENSAL, TRIMESTRAL E OUTRAS - Descrição do Documento / Órgão Responsável

DCTF (Fiscal) - Receita Federal

DACON (PIS e Cofins) - Receita Federal

Mapa mensal e relação de compra e vendas de entorpecentes da Polícia Federal-  
Divisão de entorpecentes

Comunicação de Internação Hospitalar (CIH) - SES/ SMS

Guia de Recolhimento INSS - Folha de Pagamento - INSS

Guia de Recolhimento FGTS - FGTS

CAGED - Relação de Admitidos e Demitidos - Ministério do Trabalho

Guia de Recolhimento da Contribuição Sindical - Sindicato

ÚNICO - Descrição do Documento / Órgão Responsável

Cadastro na polícia federal - Divisão de entorpecentes

Inscrição no PAT - Ministério do Trabalho

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES - Ministério da Saúde

Plano de Gerenciamento de Resíduos - ANVISA

Criação da Comissão de Revisão de Prontuário - CFM

Criação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - Ministério da Saúde

REPOSITÓRIO DE MODELOS PARA A UNIDADE

Através de um repositório eletrônico, centenas de modelos de documentos são disponibilizados para que a unidade produza toda a sua documentação, partindo de modelos já consagrados.

Entre outros relacionamos os seguintes documentos a serem implantados:

1. Organograma atualizado e aplicado
2. Manual de Gestão documentado e implantado
3. Documentação Legal da unidade e de seus profissionais (Alvará, RT e Corpo Profissional habilitado)
4. Alvarás setoriais (em especial da Farmácia) de funcionamento conforme Exigências Legais
5. Regimento do Corpo Clínico
6. Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde
7. Plano de Contingência Institucional
8. Atas de Abertura / Regimento das Comissões Obrigatórias:
  - a) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
  - b) Comissão de Revisão de Prontuários

- c) Comissão de Óbitos
  - d) Comissão de Ética Médica
  - e) Comissão de Ética de Enfermagem
  - f) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
9. Atas de Abertura / Regimento das demais Comissões (quando aplicável):
- a) Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
  - b) Comissão de Hemoderivados
  - c) Comissão de Gerenciamento de Riscos
  - d) Comissão de Farmacovigilância
  - e) Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos
  - f) Comissão de Humanização
  - g) Comissão da Qualidade
10. Estatísticas de Produção de atendimentos e serviços
11. Planilha ou tabela de gerenciamento de Riscos
12. Termos de Consentimento Informados para cada procedimento invasivo ou exames de risco
13. Protocolos de Emergência
14. Mapas de Riscos Ocupacionais conforme NR-9
15. Política formalizada para implementação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA
16. Política formalizada para implementação do Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional - PCMSO
17. Procedimentos que abordem controle de restrições para acessos, portaria, fluxo de pessoas e regras para visitas a pacientes
18. Formulário para notificação de ocorrências, eventos adversos, eventos sentinelas e ações corretivas
-

19. Plano de Manutenção, Operação e Controle - PMOC
20. Planilha de Manutenção Preventiva de equipamentos
21. Planilha de Calibração Periódica de Equipamentos e Instrumentos de Medição
22. Atas de Treinamentos ou Listas de Presença institucionais
23. Programa de Controle de Infecção Hospitalar homologado pela CCIH e Coordenação Médica
24. Cronograma de treinamento das atividades técnicas controladas / homologadas pela CCIH
25. Instruções de Trabalho elaboradas e aprovadas
26. Manual Técnico Assistencial de Enfermagem
27. Prontuários do paciente completos e seus registros preenchidos corretamente
28. Procedimento que aborde rastreabilidade e segurança dos prontuários
29. Registros que evidenciem a homologação e monitoramento de fornecedores.
30. Procedimento que aborde a sistemática para gerenciamento de leitos
31. Formulário de pesquisa de satisfação do usuário paciente/cliente disponível nas áreas de atendimento
32. Descrições de Cargos aprovadas
33. Procedimento que aborde a realização de integração institucional multiprofissional (incluindo profissionais terceirizados e médicos)
34. Manual do Colaborador
35. Escalas para cobertura 24h dos seguintes plantões: Administração, Manutenção e médicos
36. Manual de Biossegurança
37. Protocolos de reuso para esterilização alternativa de instrumentos ou materiais de uso cirúrgico, além de critérios para revalidação de produtos químicos de uso dos laboratórios clínicos.

40. Procedimentos relacionados à Imunização ativa de todos os colaboradores, exames periódicos e Exames médicos admissionais, mudança de cargo e demissionais.
41. Protocolo de Prevenção e Isolamento de pacientes (SCIH)
42. Planos de ação que evidenciem a participação de colaboradores e chefias em grupos de trabalho para Melhoria da Qualidade
43. Procedimentos e registros que garantam o cadastramento dos médicos contratados e sua periódica atualização. (PF e PJ)
45. Validação dos procedimentos assistenciais e técnicos junto à CCIH
46. Etiqueta de Identificação, data de envase e validade das almotolias
47. Identificação das pias para lavagem exclusiva das mãos
48. Procedimentos para controle dos psicotrópicos
49. Manual de Diluição e Estabilidade de Soluções
50. Manual ou tabela de interações medicamentosas
51. Procedimento que aborde os critérios e sistemática para Farmacovigilância
52. Procedimentos para Transferência e encaminhamentos de pacientes (Referência e Contra-referência)
53. Protocolo de Pré-Consulta de Enfermagem na Triagem
54. PPR - Plano de Proteção Radiológica (Setor de Imagem)
55. Procedimento que assegure o controle da emissão de laudos do Setor de Imagem
56. Protocolo para armazenamento e utilização de soluções (Glutaraldeído ou Ácido Peracético) para limpeza de alto nível em equipamentos utilizados pelo Setor de Imagem
57. Procedimento que garanta a identificação e o encaminhamento seguro de amostras para exames externos

58. Relatório de Indicadores básicos obrigatórios e atualizados de Infecção Hospitalar conforme Portaria 2616/98
59. Procedimento para recebimento e estocagem de materiais de consumo
60. Controles de validação da eficiência dos procedimentos de esterilização por meio de testes e ensaios
61. Controle de acompanhamento dos procedimentos legais de risco ocupacionais relacionados aos serviços terceirizados
62. Relatório de indicadores básicos obrigatórios e atualizados conforme NR-32
63. Controle dos extintores e hidrantes (SESMT)
64. Plantas atualizadas do Sistema Elétrico e Hidráulico da unidade
65. Plano de Manutenção Preventiva das instalações prediais
66. Procedimento para atendimento das OSs (Ordens de Serviço do Setor de Manutenção e Engenharia Clínica para manutenções corretivas)
67. Controle do histórico de manutenções, calibrações, laudos técnicos e certificados dos equipamentos e dispositivos de medição
68. Controle dos relatórios de potabilidade da água
69. Procedimento que assegure a correta movimentação e controle de patrimônios da unidade
70. Manual Técnico de Higiene e Limpeza homologado pela CCIH
71. Procedimento que aborde sistemática de Controle de Documentos e Registros da Qualidade
72. Missão, Visão e Valores Institucionais formalizados
73. Lista de produtos saneantes homologada pela CCIH para uso institucional
74. Ficha de Controle de distribuição e recolhimento de EPIs
75. Fichas de Informação de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ) disponíveis para consulta por todos os setores

76. Registros de avaliação, homologação e monitoramento de fornecedores (todos os prestadores de serviços para a unidade)

77. Protocolo para atendimento e assistência a pacientes vitimados (agressão, estupro, etc.)

100. Mapa de Processos definido e aprovado

---

## 2.3. MODELO DE ASSISTÊNCIA

---

### OBJETIVO

Assegurar a busca permanente pela excelência na assistência médico-hospitalar entregue aos pacientes do hospital, através da melhoria contínua dos resultados médicos por real (R\$) despendido na assistência, bem como da incorporação institucional de fundamentos, critérios, padrões e melhores práticas de gestão do mercado, visando agregar valor aos pacientes.

### O MODELO DE ASSISTÊNCIA

O Modelo Pró-Saúde de Assistência Hospitalar propõe a aplicação de uma cadeia de valor estruturada para delinear e analisar o processo de prestação dos serviços médico-hospitalares. Neste sentido, subdivide o processo de assistência nas seguintes fases: acolhimento; diagnóstico inicial da condição clínica do paciente; elaboração do plano de tratamento; preparação do paciente para intervenção clínica ou cirúrgica; recuperação; alta hospitalar e monitoramento ambulatorial, conforme figura 1.

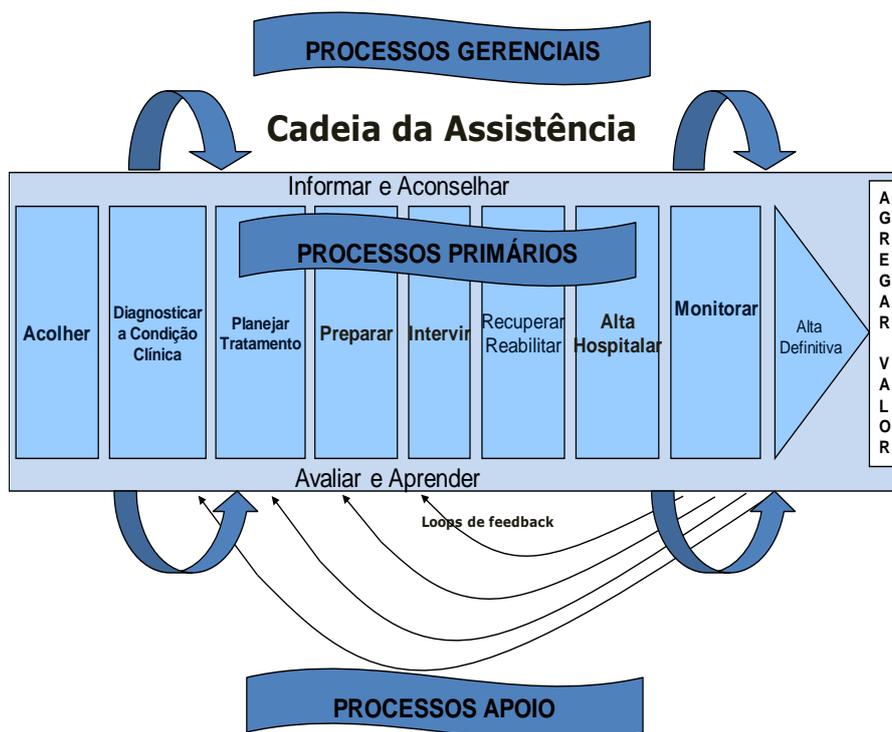
Permeando todas as fases da cadeia encontramos o processo de *informação e aconselhamento* às partes interessadas (paciente, familiares, médicos, enfermagem, etc...) e o processo de *avaliação e aprendizado*, que visam envolver/comprometer todos os atores da cadeia na busca do resultado e assegurar a melhoria contínua do modelo de assistência, respectivamente.

A dinâmica e complexidade da assistência médico-hospitalar está considerada na possibilidade do paciente retornar a fases anteriores da cadeia (*loops de feedback*) de maneira que a entrega de valor não seja comprometida.

Outras proposições desafiadoras do modelo são:

- a) A mensuração, comparação e divulgação dos resultados dos serviços médicos, visando estimular internamente a competição positiva por resultado entregue ao paciente;
- b) A vinculação de parte da remuneração médica ao alcance de metas dos serviços médicos e institucionais, visando conquistar o envolvimento/comprometimento dos médicos com o resultado global da instituição e,
- c) A organização do hospital e respectivos setores e serviços em torno da condição clínica do paciente, ou seja, de acordo com perfil da demanda recebida pela instituição. O hospital deveria se organizar de maneira integrada através das especialidades, tratamentos e serviços, visando proporcionar valor agregado aos resultados entregues.

**Figura 1**



## FASES

### A. ACOLHIMENTO/CONDIÇÃO CLÍNICA/PLANO DE TRATAMENTO

Nesta fase, os pacientes serão recebidos pelo especialista que, após avaliação médica, estabelecerá a **Condição Clínica** e elaborará o **Plano de Tratamento**.

Observação: O médico encarregado pela avaliação clínica do paciente, conforme a necessidade, envolverá outros especialistas (fisioterapia, psicologia, nutricionista, farmácia e outras especialidades médicas de apoio).

### **PREPARAÇÃO**

Esta fase consiste em preparar clinicamente o paciente internado para a intervenção clínica ou cirúrgica planejada no acolhimento, bem como preparar a infraestrutura necessária para a intervenção. A partir desta fase e até a alta hospitalar o paciente será assistido pelo especialista diarista, exceto nas intercorrências emergenciais onde poderão ser assistidos pelo especialista de plantão ou outros médicos.

### **INTERVENÇÃO**

A intervenção clínica ou cirúrgica planejada deve, preferencialmente, ser iniciada após conclusão da fase anterior ou a qualquer momento, mediante a análise de risco/benefício realizada pelo especialista responsável.

### **RECUPERAR/REABILITAR**

Consiste na fase restabelecimento da saúde do paciente, visando prepará-lo para alta no menor tempo possível sem prejuízo para a qualidade da assistência e para o paciente.

### **ALTA HOSPITALAR**

Por meio de uma avaliação clínica, nesta fase o especialista decide pela alta hospitalar e, individualmente ou através do envolvimento de outros profissionais, paciente e ou familiares, elabora e comunica formalmente o plano de alta com as orientações necessárias para complementação do restabelecimento.

### **MONITORAMENTO E ALTA DEFINITIVA**

Estas fases poderão ser realizadas na Unidade de Ambulatório através das ações dos médicos especialistas, visando à reinserção do paciente na sociedade.

## **B. DEFINIÇÕES**

- a) **Processos Primários:** conjunto de processos diretamente relacionados a assistência prestada ao paciente e que impactam fortemente no valor agregado, ou seja, no resultado.

Assistência Médica das especialidades principais e de apoio, Assistência de Enfermagem, Assistência Farmacêutica, Assistência Nutricional, Assistência Fisioterápica, Assistência Fonoaudiológica, Assistência Psicologia Clínica.

- b) **Processos de Apoio:** conjunto de processos que, embora não estejam diretamente relacionados à assistência técnica prestada ao paciente, atuam como facilitadores dos processos primários, sobretudo no que se refere à segurança e agilidade destes.

Serviço Social, SADTs, Manutenção, Engenharia Clínica, Hotelaria e Suprimentos.

- c) **Processos Gerenciais:** conjunto de processos que, embora não estejam diretamente relacionados a assistência, norteiam, controlam e direcionam as atividades exercidas nos processos primários e de apoio.

Diretorias, Gerência, Assessorias, Coordenações, Supervisões, Comissões Técnicas e de Apoio e SCIH.

- d) **Informar e Aconselhar:** Ato de comunicação eficiente entre as partes interessadas, que permeiam toda a cadeia de assistência, visando assegurar a entrega de valor aos pacientes.

- e) **Hospital sem Dor:** Promoção de um atendimento digno, onde diminua o sofrimento e melhore a qualidade de vida dos pacientes com dor. Considerando a dor como o 5º sinal vital, a adoção deste sinal vital na rotina dos demais sinais vitais nas internações, fará com que todas as pessoas internadas tenham medida a sua dor através de escalas e, ainda, promoção de treinamento das equipes para aliviar esse sintoma.

- f) **Analisar e Aprender:** A análise e a busca da melhoria contínua dos resultados médicos/assistenciais e dos processos de trabalho dar-se-á por meio de Fóruns de Aprendizado e Análise Crítica do Modelo Pró de Assistência à Saúde Hospitalar, patrocinados pela Direção Técnica, monitorado pelo NEP e gerenciado pela Gerência Executiva da Qualidade.

- g) **Especialidades Médicas de Apoio**

São as especialidades que apoiam toda a estrutura da assistência médica, atuando sempre que solicitada pelos médicos cirurgiões ou clínica médica.

**h) Loops de Feedback:** Refere-se a possibilidades de retorno do paciente a fases anteriores da cadeia de assistência, visando assegurar a qualidade do resultado médico desejado.

**i) Condição Clínica (C.C.):** Trata-se de classificar o paciente de acordo com a real condição clínica apresentada na fase de acolhimento, através de uma visão sistêmica do paciente. Esta classificação é estabelecida por equipe multidisciplinar coordenada pelo médico assistente que, por meio das métricas ajustadas a riscos estatísticos, permite agrupar estatisticamente e epidemiologicamente os pacientes por “Condição Clínica”, devidamente codificada. A análise destes agrupamentos possibilita a mensuração do “Valor Agregado ao paciente”, bem como a comparação dos valores agregados entregues em “condições clínicas” semelhantes.

Exemplo de métricas estabelecidas: CID-10 da patologia principal e das comorbidades diagnosticadas; escala de coma de Glasgow; classificação ASA; faixa etária (segundo a ANS – Agência Nacional de Saúde do MS – Ministério da Saúde); aplicação de método de avaliação do grau de incapacidade do paciente na fase do acolhimento e na alta hospitalar.

**j) Plano de Tratamento:** Com base na condição clínica, a equipe multidisciplinar elaborará um plano de tratamento, considerando cada fase da cadeia de assistência, onde será estimado o tempo necessário para cada uma delas, até a alta hospitalar.

Um sistema de custos bem estruturado poderá estabelecer o custo por fases da cadeia de assistência e, a partir daí, possibilitar a análise comparativa de custo e tempo de recuperação das condições clínicas atendidas no hospital. Esta análise comparativa será útil no estabelecimento do valor agregado ao paciente e no ganho de eficiência dos processos, sobretudo os principais.

**k) Agregar Valor:** É o ato de entregar melhores resultados médicos ao paciente por unidade de reais despendidos na assistência. Os resultados médicos serão avaliados por métricas que estabeleçam o grau de recuperação de capacidade do paciente na alta hospitalar, por meio da comparação do grau de incapacidade apresentado na fase de acolhimento com o grau de incapacidade apresentado na alta hospitalar.

Contribuem também para a agregação de valor, de maneira substancial, as ações visando, eliminar processos desnecessários e desperdícios, bem como aquelas que promovem a melhoria contínua dos processos.

**L) Sistematização da Assistência de Enfermagem:** Gerenciamento das ações de enfermagem onde a assistência é planejada para a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à recuperação do paciente no menor tempo e custo possível e em consonância com a assistência médica.

### **C. IMPERATIVOS ESTRATÉGICOS PARA O SUCESSO**

O sucesso deste modelo está alicerçado por imperativos estratégicos diretamente relacionados ao comprometimento dos principais atores da assistência:

**a) Comprometimento do poder público no sentido de:** criar ambiente político que estimule a competição por resultado, sobretudo no que se refere ao valor agregado dos serviços entregues aos pacientes; estabelecer padrão (métricas) para mensuração dos resultados apresentados pelos estabelecimentos de saúde; proporcionar ambiente legal que viabilize a mensuração, comparação e divulgação dos resultados; estabelecer um sistema recompensas, não necessariamente financeiras, para as instituições que entregam melhor resultado, ou seja, agregam mais valor ao paciente; assegurar infraestrutura e recursos financeiros adequados às necessidades operacionais e estratégicas do estabelecimento de saúde; definir claramente o perfil assistencial do estabelecimento de saúde, ou seja, seu papel no sistema de público de saúde e, disponibilizar retaguarda para referenciamento dos casos fora do escopo assistencial do hospital.

**b) Comprometimento da Organização Social no sentido de:** implementar um modelo de excelência em gestão focado em resultados e alinhado às melhores práticas e padrões de trabalho; assegurar o cumprimento dos requisitos legais relativos à operacionalização do estabelecimento de saúde, sobretudo no que se refere à aplicação dos recursos financeiros e a conservação do patrimônio público; criar cultura institucional voltada para a entrega de valor ao paciente e para a competição por resultados; estimular a inovação e a criatividade; zelar por clima interno positivo; estabelecer parcerias positivas e duradouras com fornecedores; identificar e estimular lideranças na busca da alta performance e, zelar pela melhoria contínua dos processos institucionais (principais, de apoio e gerenciais).

**c) Comprometimento do paciente e família no sentido de:**

Observar rigorosamente as orientações médicas e administrativas fornecidas antes, durante e após a internação hospitalar.

#### **D. EQUIPE TÉCNICA**

A equipe técnica que suportará o modelo de assistência será composta basicamente pelos seguintes profissionais:

- a) Médicos;
- b) Enfermeiros;
- c) Técnicos de enfermagem;
- d) Nutricionista;
- e) Psicólogo;
- f) Fisioterapeuta;
- g) Bioquímico/farmacêutico;

##### **2.3.1. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO**

O Serviço Médico será responsável por todos os atendimentos médicos necessários ao usuário, não sendo permitida a limitação do atendimento por qualquer cláusula contratual ou outra alegação, pela prestação de serviços de assistência em casos de calamidades, surtos, epidemias e catástrofes. Nestes casos, deverá ser possível a repactuação do Contrato de Gestão, visando o equilíbrio econômico-financeiro, se houver necessidade.

O corpo clínico deverá cumprir normas, diretrizes clínicas e melhores práticas conforme SMS, AMIB, CFM, MS e outras entidades e sociedades que normatizam as especialidades atendidas.

Dentre as atribuições do corpo clínico estão:

- Realizar tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.
- Realizar tratamento de complicações e intercorrências que possam ocorrer ao longo do processo assistencial.
- Realizar tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do usuário e que podem ser necessários devido às condições especiais do usuário, entre outras causas, dentro de seu perfil e capacidade operacional.
- Executar procedimentos cirúrgicos necessários ao adequado tratamento de

usuários de acordo com o perfil do Complexo Hospitalar.

- Executar procedimentos especiais de alto custo e alta complexidade que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do usuário
- Aplicar todas as normas e protocolos do Projeto Dor Torácica da SES/RJ nos casos de infarto agudo do miocárdio, incluindo a utilização de medicação trombolítica.
- Aplicar todas as normas, protocolos da SES/RJ e linhas de cuidado do AVC. Nos casos de acidente vascular cerebral isquêmico, incluir a utilização de medicação trombolítica.
- Implantar Diretrizes Clínicas, Normas, Rotinas Básicas e Procedimentos imediatamente ao iniciar as atividades do Centro de Trauma, seguindo as normas ou recomendações determinadas pela SES/RJ.
- Revisar e ajustar, após a implantação, as diretrizes clínicas, normas, rotinas básicas e procedimentos, sempre que houver alterações que envolvam novas tecnologias, incremento ou desativação de serviços ou alterações na estrutura organizacional;
- Realizar todos os atendimentos médicos necessários ao usuário, não sendo permitida a limitação do atendimento por qualquer cláusula contratual ou outra alegação.
- Realizar acompanhamento médico diário de todos os usuários internados, compreendendo: internação e alta, evolução e prescrição, solicitação e verificação do resultado de exames, execução de procedimentos competentes à especialidade e parecer clínico à outras clínicas, quando solicitado.
- Executar atendimento nas UTIs com profissionais médicos habilitados ao atendimento do usuário crítico, em quantidades compatíveis com a RDC nº 07, de 24 de fevereiro de 2010 - ANVISA, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva porte II, ou ainda outras de publicação mais recente que revoguem ou aperfeiçoem estas disposições.
- Manter responsável técnico, coordenador de cada serviço e médicos diaristas, com título de especialista em suas respectivas áreas, e médicos plantonistas com residência médica ou pós-graduação em especialidade clínica ou cirúrgica

pertinente concluída, ou com, no mínimo, 02 anos, após a graduação, de experiência comprovada no atendimento ao usuário na área pertinente, nas atividades contempladas neste Termo de Referência, para prestar o atendimento pleno ao usuário. Devem ser cumpridas rigorosamente as determinações emanadas pelos respectivos órgãos responsáveis e fiscalizadores da atividade inerente, responsabilizando-se os profissionais pelos seus atos em todos os aspectos e seguindo os preceitos de humanização do SUS.

- Garantir atendimento por profissionais médicos especialistas sob forma de parecer, sempre que necessário (neurologista, cardiologista, pneumologista, oncologista, dermatologista, reumatologista, gastroenterologista, cirurgião geral, nutrologista, etc.).
- Garantir atendimento por profissionais médicos especialistas nas áreas de diagnose e terapêutica sempre que necessário.

### **2.3.2. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM**

A coordenação de enfermagem será responsável organização do serviço de assistencial prestado pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, assim como por garantir o quantitativo mínimo de pessoal para a prestação da assistência de qualidade.

Nas unidades que são prestados os cuidados integrais aos pacientes prevê a formalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, conforme a Resolução COFEN nº 358/09 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,

Resolvendo:

Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

§ 1º - os ambientes de que trata o caput deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de

serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros.

§ 2º - quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem.

Art. 2º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) - processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II - Diagnóstico de Enfermagem - processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III - Planejamento de Enfermagem - determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV - Implementação - realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V - Avaliação de Enfermagem - processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Art. 3º O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o

planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Art. 4º Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

Art. 5º O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

Art. 6º A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:

- a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Art. 7º Compete ao Conselho Federal de Enfermagem e aos Conselhos Regionais de Enfermagem, no ato que lhes couber, promover as condições, entre as quais, firmar convênios ou estabelecer parcerias, para o cumprimento desta Resolução.

A Coordenação de Enfermagem, respaldada pela Direção de Apoio/Administrativo, buscará o treinamento necessário.

Em visita técnica foi verificado que as unidades em funcionamento possuem seu quadro qualiquantitativo completo. A absorção destes profissionais será realizada desde que os mesmos tenham o perfil preconizado pela OS e os regulamentos de gestão de pessoas sejam respeitados.

No Anexo II, encontra-se modelo de Manual Técnico Assistencial de Enfermagem e Manual de Operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem que poderão ser adotados. As instruções de trabalho do serviço de enfermagem no Anexo III.

### **2.3.3. ORGANIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO**

A Unidade Cirúrgica destina-se às atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata do paciente.

#### **Objetivos do Serviço**

- Dar assistência integral e eficiente a paciente no pré e pós operatório, visando a identificação e satisfação de necessidades e problemas específicos
- Verificar de medidas e meios que visem à prevenção de complicações e/ou acidentes no pré e pós-operatório;
- Cooperar para um desenvolvimento afetivo de ato operatório propiciando segurança ao paciente e a equipe cirúrgica;
- Planejar e avaliar a assistência no transoperatório, contribuindo para a assistência integral do paciente e a redução de riscos cirúrgicos.

#### **Competência do Serviço**

- Manter em perfeitas condições de funcionamento as salas cirúrgicas, oferecendo um ambiente seguro de trabalho para equipe e o paciente;
- Planejamento e avaliação da assistência de enfermagem no pré, trans e pós-operatório contribuindo para a assistência integral do paciente e reduzindo os riscos cirúrgicos;
- Zelar para que ninguém adentre ao Centro Cirúrgico sem estar devidamente paramentada, ou saia dele com as roupas específicas da Unidade, para que se evite qualquer tipo de contaminação;
- Receber os pacientes para cirurgias, exigindo que sejam acompanhados do prontuário, para sua completa identificação antes do início do ato cirúrgico;
- Manutenção de registros sobre as ocorrências do Centro Cirúrgico e anotações devidas para o perfeito controle de cirurgias;

- Preparo rigoroso do ambiente e material necessário na unidade, bem como a responsabilidade por seu uso, reposição e solicitação de manutenção, para o enfermeiro coordenador, quando necessário.

No anexo III encontram-se as Instruções de trabalho relativas à Unidade.

#### **2.3.4. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO**

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 e ao seu reingresso à sociedade.

#### **Objetivos da Unidade**

- Receber o paciente no setor, procurando familiarizá-lo com o mesmo e fornecer ao mesmo todas as indicações necessárias para que ele esteja consciente da sua situação, dos serviços que lhe serão prestados, dos direitos que tem e das obrigações que deve colocar em prática enquanto estiver internado;
- Planejar as atividades de enfermagem proporcionando o perfeito atendimento às necessidades básicas dos pacientes;
- Proporcionar condições e ambiente que facilitam o restabelecimento dos pacientes;
- Registrar as atividades desenvolvidas, as queixas e observações dos Pacientes e do período de trabalho, nos seus respectivos locais conforme rotina estabelecida.

#### **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.

Os pacientes internados nas unidades, mediante a solicitação médica poderão receber atendimento fisioterápico.

No anexo III encontram-se as Instruções de trabalho relativas à Unidade.

### **2.3.5. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

A UTI é um serviço de internação para pacientes críticos, portadores de instabilidade hemodinâmica, distúrbios metabólicos graves, que necessitem intervenção cirúrgica.

Esses pacientes requerem atenção médica e de enfermagem permanente, com pessoal técnico e profissional especializado, com equipamentos específicos e tecnologias destinadas ao diagnóstico e tratamento.

Objetivo do Serviço

- Atender a um parâmetro de qualidade que assegure a cada paciente o direito à sobrevivência, assim como a garantia, dentro dos recursos tecnológicos existentes, da manutenção da estabilidade de seus parâmetros vitais;
- Expor o paciente ao mínimo risco decorrente dos métodos propedêuticos e do próprio tratamento em relação aos benefícios obtidos.
- Proporcionar assistência integral e personalizada aos clientes considerando suas necessidades biopsicossomáticas.
- Manter a unidade em condições de atendimento normal e de emergência, com pessoal, material e equipamentos adequados.
- Manter a unidade equipada controlando os gastos no uso de materiais, medicamentos e equipamentos.

- Manter sigilo profissional e conduta ética com todo o pessoal das Unidades de Terapia Intensiva, a fim de manter um ambiente de trabalho seguro e harmonioso.
- Promover o melhor padrão de atendimento, estimulando a equipe ao constante desenvolvimento técnico-científico, oferecendo a oportunidade de progresso nas funções e crescimento dentro das especialidades;
- Promover a qualificação dos profissionais da enfermagem na instituição, através da educação contínua, visando uma melhoria na qualidade do atendimento;
- Colaborar com estudos e pesquisas científicas de profissionais de outras áreas, auxiliando-os em suas necessidades;
- Contribuir com Escolas de Enfermagem e outras Instituições Educacionais na formação dos profissionais;
- Participar como membro ativo de comissões existentes na Instituição sempre que os assuntos sejam pertinentes à enfermagem, ou a ela relacionados;
- Oferecer segurança e condições ambientais, que facilitem e agilizem a recuperação.

As unidades de terapia intensiva contam com profissionais de fisioterapia exclusivos para o atendimento.

No anexo III encontram-se as Instruções de trabalho relativas à Unidade.

### **2.3.6. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

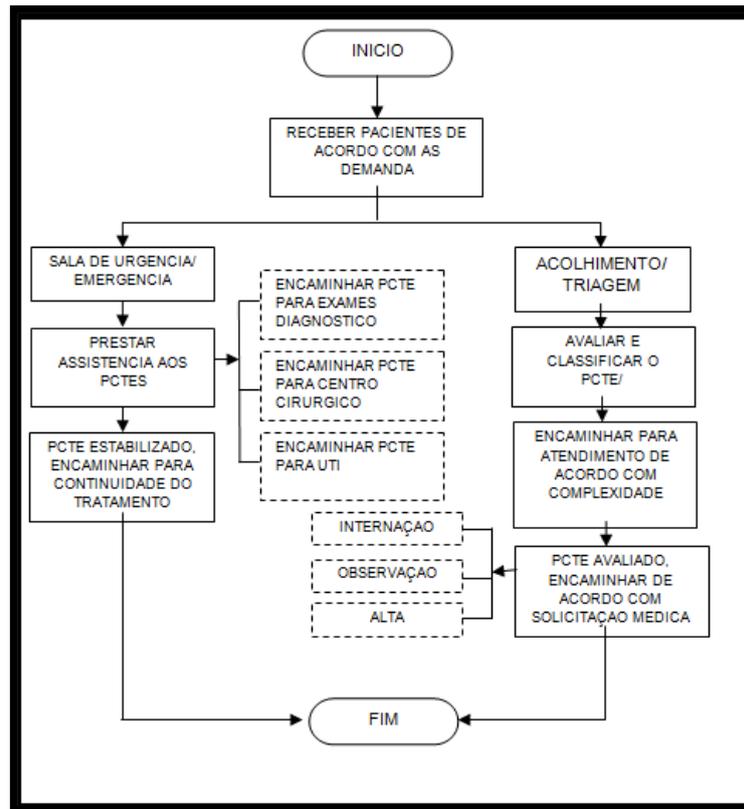
Sendo o Hospital do tipo “porta aberta”, o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo a demanda que lhe for encaminhada, conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria de Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

Os plantonistas farão o atendimento das pacientes nessas salas e caso necessário as mesmas serão encaminhadas para observação da unidade, sala de emergência, sala de cirurgia ou unidade de internação.

Esses consultórios serão equipados com móveis e materiais médicos adequados para realização da consulta.

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas do Pronto Socorro tornando-se necessário a reorganização do processo de trabalho desta unidade de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos de forma que, a assistência prestada fosse de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada, para operacionalizar este conceito faz-se necessária a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco que encontra-se descrito detalhadamente no item deste projeto e no anexo II.

## **Fluxo de Atendimento**



### 2.3.7. ORGANIZAÇÃO DA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

A CME é uma unidade de apoio técnico dentro do estabelecimento de saúde 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;
- Manter os equipamentos de preparo e esterilização em perfeita ordem;
- 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;
- Levantar mensalmente estatística do serviço realizado;
- Controlar diariamente o arsenal para que não se perca nenhum instrumental;
- Identificar o instrumental com as iniciais do Hospital;

- Não permitir que entrem no centro cirúrgico, instrumentais que não sejam esterilizados no CME do Hospital;
- Elaborar e colocar em prática um Manual de Organização específico para o Serviço.

### **2.3.8. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA**

O Serviço de Fisioterapia atua na prestação de serviços à pacientes internos e externos, sendo de grande valia na execução desta atividade na recuperação de pacientes queimados, da ortopedia, neurologia, pneumologia e de demais especialidades que o solicitem.

Compete aos Fisioterapeutas:

- I. Planejar, coordenar e avaliar as atividades do Serviço, assegurando uma execução profissional das atividades;
- II. Elaborar relatórios mensais, abrangendo o número de pacientes atendidos e tipos de atendimentos por fonte pagadora;
- III. Execução do tratamento e exames dos pacientes, prestando um serviço com qualidade;
- IV. Trabalhar conjuntamente com os demais profissionais, equipe multidisciplinar, de modo que o tratamento realizado seja condizente com o quadro clínico dos pacientes;
- V. Manter prontuário atualizado do tratamento dispensado aos pacientes internos e externos;
- VI. Atualizar-se tecnicamente, através da participação em cursos, seminários, jornadas e congressos inerentes à área de Fisioterapia, visando a prestação de serviços com qualidade ao paciente, de forma que atenda aos objetivos profissionais e pessoais dos mesmos.

O Manual do Serviço encontra-se no Anexo II.

### **2.3.9. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

A demanda por serviços sociais é cada vez mais crescente diante das múltiplas expressões da questão social resultante das redefinições no mundo do trabalho.

Nesse contexto, urge que o Serviço Social desenvolva propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos. Portanto, é nessa perspectiva, que o Serviço Social, ao buscar uma sintonia com a atual forma de gerenciamento,

com novas exigências e conceitos, tem por desafio precípua redescobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional nesse cenário e traçar horizontes para formulação de propostas que façam frente às diversas demandas que são apresentadas no nosso cotidiano.

O Serviço Social tem como missão:

Prestar assistência social de forma integral, desenvolvendo ações educativas de saúde e de cidadania que contribuam para uma melhor qualidade de vida da clientela atendida, além de favorecer o ensino, extensão e a formação profissional.

### **Estrutura organizacional**

O Setor de Serviço Social subordina-se à Diretoria Administrativa do hospital, tendo como função programar, coordenar, operacionalizar e supervisionar projetos sócio-educativos da área de sua abrangência.

### **Horário de funcionamento**

O serviço funcionará de segunda à sábado, das 8h às 18h.

### **Coordenação do serviço**

A Coordenação do Serviço Social será exercida exclusivamente por assistente social devidamente inscrito no Conselho Regional de Serviço Social – CRESS.

### **Atribuições**

- Participar na formulação da política social da Instituição, contribuindo para a humanização hospitalar, de forma a beneficiar o paciente na utilização dos serviços prestados;
- Assessorar o Diretor técnico-administrativo no âmbito de Serviço Social;
- Representar o serviço nas atividades e reuniões da instituição;
- Intermediar junto à Direção os assuntos inerentes à dinâmica do serviço;
- Elaborar escala e enviar cópias para os setores de pessoal e nutrição;
- Elaborar escalas de férias para o pessoal em exercício;
- Requerer material permanente e de consumo;

- Coordenar as reuniões setores;
- Elaborar relatórios de custos mensais;
- Elaborar relatórios das atividades do setor (mensal e anual);
- Promover o intercâmbio entre a instituição e o curso de Serviço Social da cidade, fomentando o desenvolvimento das atividades em ensino, pesquisa e extensão;
- Interagir com as demais coordenações para melhor viabilização dos processos institucionais;
- Representar a Instituição em fóruns, congressos ou seminários em atividades inerentes ao Serviço Social;
- Responsabilizar-se pelo controle e conservação dos bens patrimoniais alocados em seu âmbito administrativo;
- Avaliar com a equipe de colaboradores o desempenho do Serviço Social nas diversas unidades da Instituição;
- Delegar atividades à equipe de colaboradores do Serviço Social.

### **Atuação do serviço**

#### Na Emergência:

- O Assistente Social receberá o plantão ao final do turno;
- O plantonista que assumir deverá proceder à leitura do relatório do plantão anterior para:
  - a) Tomar conhecimento dos casos pendentes;
  - b) Dar encaminhamento aos casos em processo de resolução;
  - c) Verificar a existência de algum óbito não resolvido, existindo, dar prioridade e proceder de acordo com o procedimento operacional padrão para resolução de óbito hospitalar.
- Realizar visita à enfermaria da emergência coma finalidade de:

- a) Identificar a paciente, visando conhecer os motivos a sua internação, inteirando-se junto à equipe interdisciplinar sobre a conduta a ser dada ao caso;
- b) Esclarecer a paciente sobre os procedimentos a serem adotados;
- c) Realizar abordagens educativas individuais ou grupais, abordando temas relativos à saúde da mulher tais como:
- Revisão de curetagem;
  - DST/AIDS;
  - Prevenção do câncer ginecológico;
  - Direitos previdenciários e trabalhistas;
  - Métodos contraceptivos
- d) Identificar pacientes de alta hospitalar e quando necessário informar aos respectivos familiares com a finalidade de agilizar a remoção;
- Atendimento a familiares ou responsáveis com a finalidade de:
    - a) Orientá-los acerca da rotina e dinâmica da unidade, estabelecendo um elo entre a equipe interdisciplinar e a família;
    - b) Comunicar e esclarecer os familiares sobre a necessidade de encaminhamento a outra unidade hospitalar quando da falta de leitos;
    - c) Sensibilizar os familiares sobre a importância e necessidade da doação de sangue;
    - d) Orientar familiares quanto às normas e regulamentos do hospital;
    - e) Comunicar óbito aos familiares e orientá-los quanto às providências cabíveis de acordo com o procedimento operacional padrão para resolução de óbito hospitalar.
  - Nos casos de pacientes que necessitem de internamento e que tenham em sua companhia crianças ou adolescentes, o Serviço Social deverá contatar familiares ou SOS Criança para a devida remoção dos mesmos para os seus familiares;
  - Orientar pacientes por ocasião do atendimento no setor de emergência,

procurando atuar no sentido de minimizar a ansiedade e a tensão, esclarecendo ainda os procedimentos necessários;

- Entendimento com a equipe interdisciplinar sobre o estado de saúde das pacientes, coletando informações para posterior entendimento com familiares;
- Manter contato telefônico com familiares, notificando a admissão da paciente no hospital, quando solicitado;
- Orientar, juntamente com a equipe interdisciplinar, pacientes vítimas de violência sexual ou doméstica sobre as providências a serem adotadas:
  - a) Encaminhar paciente ou familiares à delegacia da mulher para registro da ocorrência;
  - b) Nos casos de violência sexual, encaminhar paciente ao Serviço de Enfermagem para administração de contracepção de emergência e, posteriormente, ao Hospital para que a mesma receba medicação preventiva para HIV;
  - c) Nos casos em que for necessário, encaminhar paciente para acompanhamento psicológico.

Nas Unidades de internamento:

A. Obstetrícia

O Serviço Social nas unidades de internamento em obstetrícia seguirá as seguintes normas:

- O Assistente Social receberá o plantão ao final do turno.
- Proceder à leitura do relatório do plantão anterior para:
  - a) Tomar conhecimento dos casos pendentes;
  - b) Dar continuidade aos casos em processo de resolução;
  - c) Verificar a existência de óbito que ainda não esteja resolvido (proceder conforme o procedimento operacional padrão para resolução de óbito hospitalar.
- Proceder ao entendimento com a equipe interdisciplinar e consulta ao prontuário, se necessário, para inteirar-se dos casos para efetivação da intervenção do Serviço Social;

- Realizar abordagens individuais ou grupais de cunho educativo em todas as enfermarias de puerpério (parto normal e cesariano), abordando os seguintes assuntos:

- A importância da revisão de parto e de curetagem:

- ✓ Revisão de parto e curetagem – deverá ser marcada no Setor de marcação de consultas no prazo de 08 dias após a alta hospitalar. As pacientes que realizaram curetagem por Aspiração Manual Intrauterina – AMIU – sairão com a data de retorno agendada.

- Planejamento Familiar – a paciente é esclarecida da importância de ser acompanhada por um serviço de planejamento familiar oferecido nos Postos de Saúde do Município ou em outros serviços na comunidade.

Caso a paciente tenha interesse em ingressar no Serviço de Planejamento Familiar da, a mesma deverá ser encaminhada através de consulta ginecológica ou revisão de parto/curetagem.

- Esclarecer os familiares da necessidade da doação de sangue, ressaltando o caráter da voluntariedade desse ato e de sua extrema importância;

- Reforçar a orientação sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida do bebê;

- Encaminhar ao ambulatório de pediatria do Hospital para agendar acompanhamento do recém-nato no serviço de puericultura;

- Orientar sobre a realização e a importância do teste do pezinho oferecido;

- Orientar sobre a os direitos previdenciários quando da existência de vínculo empregatício ou trabalho autônomo;

- Comunicar, quando possível, óbito de recém-nascido/natimorto à paciente internada, prestando-lhe a orientação e o apoio emocional necessários;

- Fazer a entrega de boletins informativos e certificados de mães que a instituição oferece como uma forma de homenagem à paciente;

- Verificada a existência de alta hospitalar, agilizar a remoção da paciente e recém-nascido através dos seguintes procedimentos:

- ✓ Pacientes residentes na cidade:

---

Rua Guaicurus, 563 – Lapa – CEP 05033-001 – São Paulo – SP – Telefax: (0xx) 11 2238-5566  
<http://www.prosaude.org.br> - e-mail: [prosaude@prosaude.org.br](mailto:prosaude@prosaude.org.br)

- Acionar familiares para agilizar a saída das pacientes por meio de telefonema ou atendimento em plantão de sala

✓ Pacientes residentes em outras localidades:

- Estabelecer contato telefônico com hospitais, Secretarias de Saúde, Prefeitura ou Casas de Apoio, solicitando transporte;

- Anotar as chamadas efetuadas para o interior do Estado registrando o horário da chamada, número do telefone e a respectiva localidade.

✓ Encaminhar pacientes a instituições de apoio em casos específicos como:

- SOS Criança, nos casos de doação de recém-nascido para adoção;

- Centros de Convivência, em casos de pacientes enfrentando situações problemáticas e que necessitem de apoio contínuo.

## B. Ginecologia (Cirúrgica)

O Serviço Social nas unidades de internamento em ginecologia (cirúrgica)

seguirá as seguintes normas:

- Proceder ao entendimento com a equipe interdisciplinar e consulta ao prontuário, se necessário, para inteirar-se dos casos e, conseqüentemente, efetivar a intervenção do Serviço Social;

- Orientar sobre os direitos previdenciários, quando a paciente tem vínculo empregatício ou trabalha como autônoma;

- Verificada a existência de alta hospitalar, agilizar a remoção da paciente, através de entendimento com familiares, Prefeituras ou Secretarias de Saúde Municipais;

- Abordagens grupais ou individuais:

. Orientações diversas como:

. Efetuar atendimento à paciente visando minimizar o medo e a ansiedade no momento em que aguarda a cirurgia, desmistificando tabus e preconceitos;

. Esclarecer a paciente e, posteriormente, os familiares sobre a necessidade de doadores de sangue quando torna-se necessária a transfusão sanguínea;

- . Encaminhar pacientes submetidas à mastectomia a instituições de assistência para aquisição de próteses;
- . Orientar as pacientes submetidas à conização sobre a importância do uso do condom e cuidados em DST/AIDS.

### **Unidade Ambulatorial**

#### A. Serviço de Planejamento Familiar

O atendimento do Serviço Social no Serviço de Planejamento Familiar visa prestar orientação e esclarecimento quanto ao conceito de planejamento familiar em seu amplo sentido, a definição dos métodos contraceptivos, abordando ainda questões como sexualidade, DST/AIDS, relação de gênero, etc. Busca-se estabelecer um momento de interação entre profissional e clientes, respeitando seus valores, conceitos e visões de mundo.

Será realizado um atendimento individual ou grupal, onde o profissional de Serviço Social obedecerá à seguinte rotina:

1. O Assistente Social deverá receber cordialmente as clientes, as quais serão encaminhadas do setor de marcação de consultas portando a ficha de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS;
2. Após a recepção das clientes, o Assistente Social recolherá as fichas de atendimento do SUS que também servirão de subsídio para a identificação das mesmas;
3. No momento do atendimento individual será preenchida a ficha específica do Serviço de Planejamento Familiar, que consiste em identificação da cliente e informações pessoais relativas a temas que normalmente são abordados nos atendimentos;
4. Após o atendimento individual iniciar-se-á a abordagem grupal, que será realizada com a utilização de um álbum seriado e de um kit dos vários tipos de métodos contraceptivos existentes;
5. Terminada a palestra, as clientes serão indagadas sobre possíveis dúvidas e quanto à decisão tomada em relação a escolha do método contraceptivo que melhor lhes convier;

6. Feita a escolha, o Assistente Social orientará as clientes a retornarem ao serviço quando estiverem menstruadas para então iniciarem o método.

Serão ainda esclarecidas que, nesse retorno, as mesmas serão atendidas por médico do Serviço de Planejamento Familiar;

7. Por último, o Assistente Social dará seu parecer, que ficará registrado na ficha de atendimento individual específica do serviço, onde constará a opção feita pela cliente acerca do método contraceptivo desejado;

8. Ao término de todo o atendimento, as clientes serão liberadas e, em seguida, o Assistente Social deverá entregar, ao ambulatório geral, as fichas de atendimento do SUS devidamente assinadas (pelo profissional e pela cliente). As fichas de atendimento específico do Serviço de Planejamento Familiar serão devolvidas ao setor de marcação de consultas para que sejam anexadas ao prontuário;

B. Serviço de Aconselhamento em DST/AIDS no pré-natal

O Serviço Social, juntamente com a equipe interdisciplinar, atuará no programa

de aconselhamento em DST/AIDS, com palestras sócio-educativas, quanto à rotina de pré-natal e a importância do exame de sorologia para HIV, prestando à gestante, a orientação necessária no pré e no pós-teste.

### **Plantão de sala**

O atendimento do Serviço social em sala não seguirá uma rotina pré-estabelecida na medida em que atendemos às demandas pontuais, dentre as quais podemos destacar:

- Orientação quanto às normas e rotinas da instituição;
- Encaminhamento para outras instituições conforme a especificidade dos casos (hospitais, maternidades, SOS criança, Juizado da Infância e da Juventude, Conselho Tutelar, Centros Comunitários etc);
- Nos casos de recebimento de reclamações da clientela em relação à impossibilidade ou qualidade do atendimento dos diversos serviços prestados pela instituição, o Assistente Social deverá buscar os meios mais adequados e disponíveis para as possíveis soluções;
- Comunicação e resolução de óbitos, prestando o devido apoio ao cliente;

- Liberação de mães de alta hospitalar deixando o recém-nascido na unidade neonatal com as devidas orientações;
- Assistência contínua à mãe liberada no acompanhamento diário ao seu filho em tratamento na unidade neonatal;
- Solicitação de comparecimento de mãe liberada para admissão no método mãe-canguru;
- Atendimento e encaminhamento da mãe liberada ao método mãe-canguru com as devidas orientações;
- Comunicação de alta hospitalar dos recém-nascidos internados na unidade neonatal, visando agilizar a imediata remoção da criança;
- Orientação e encaminhamento para o exame do teste do Pezinho;
- Autorização de visita fora do horário estabelecido em casos excepcionais;
- Autorização e liberação, com orientação, de acompanhamento à paciente internada (crianças e adolescentes da clínica ginecológica, pacientes cesareadas com recém-nascidos em Alojamento Conjunto durante as primeiras 24 horas e idosas acima de 65 anos);
- Entendimento com a equipe interdisciplinar a fim de agilizar a liberação de paciente e recém-nascido com identificação da alta hospitalar, principalmente nos casos de pacientes procedentes do interior do Estado;
- Entendimento telefônico com outros municípios (Prefeituras, Hospitais e Secretarias da Saúde) ou Casas de Apoio para comunicar alta hospitalar de pacientes ou outros assuntos;
- Anotação das chamadas telefônicas para outras localidades constando o número discado, a cidade e o assunto;
- Entendimento telefônico com familiares de pacientes (internadas) nos casos de:
  - alta hospitalar
  - transferência ou encaminhamento para outras unidades hospitalares;
  - solicitação de resultado de exames a pedido médico;
  - solicitação de medicamento específico a pedido médico;

- solicitação de comparecimento nos casos de agravamento do estado de saúde ou óbito de paciente;
- Mobilização de recursos que viabilizam a remoção da paciente ou recém-nascido para outras unidades hospitalares para os mais diversos fins;
- Atendimento às solicitações dos diversos setores;
- Atendimento ao funcionário quando solicitado;
- Encaminhamento de pacientes ou familiares ao SAME para aquisição de documentos em geral;
- Viabilização, nos casos excepcionais, da saída de pacientes de alta hospitalar após o horário pré-estabelecido;
- Atendimento a outros profissionais ou estudantes no sentido de fornecer instrumentos de aprendizagem e pesquisa;
- Colaboração junto à equipe interdisciplinar na viabilização de vagas em outras unidades hospitalares para possíveis transferências ou acompanhamento.

### **Resolução de óbitos**

Nos casos de óbitos neonatais ou natimortos, o Serviço Social agirá de acordo com a seguinte rotina:

#### **A. Notificação do óbito:**

O Serviço Social ao ser comunicado do óbito, por telefone ou recebimento da declaração de óbito, registrará em livro específico, o nome da mãe, dados do óbito e a procedência (emergência, centro obstétrico, centro cirúrgico ou unidade de neonatologia);

#### **B. Comunicação do óbito:**

- Nos casos de óbito estando a paciente internada:
  - Localizar a paciente através do sistema informatização ou junto ao setor de enfermagem;
  - Solicitar o Serviço de psicologia caso seja necessário;

- Nos casos de óbito estando a mãe do recém-nascido não mais internada;
  - estabelecer contato telefônico com os familiares preferencialmente ou, em última instância, com a própria mãe, solicitando o comparecimento ao Serviço Social;

#### C. Resolução do óbito (providências):

- Quando a família deseja realizar o funeral, mas não dispõe de condições financeiras para tal:

- a família, de posse da declaração de óbito, será encaminhada pelo Serviço Social a uma Instituição Governamental (Centros Comunitários do Estado) ou Unidade de Abrigo (dias não úteis) para obtenção do auxílio funeral que compreende traslado, urna, mortalha e registro de óbito. É ainda fornecida a guia de sepultamento, que ficará de posse da funerária conveniada;

- feito esse procedimento, a família retornará ao Serviço Social juntamente com o funcionário da funerária. Nesse momento, o Assistente Social solicitará o contínuo, o qual devesse conduzi-los ao velório para proceder à liberação do feto;

- caso a família não disponha de jazigo, o sepultamento será feito no Cemitério Público.

- Quando a família não deseja providenciar o funeral:

- o Serviço Social orientará sobre a opção de deixar o sepultamento a cargo da instituição, mediante autorização por escrito dos pais e guia de sepultamento expedida gratuitamente pelo cartório, após o registro do óbito;

- o sepultamento será realizado no Cemitério Público XXX e, na ocasião, o Assistente Social esclarecerá a família de que se trata de enterro coletivo. O Serviço Social, a cada quinze dias providenciará, junto ao contínuo, o envio dos fetos para sepultamento no cemitério anteriormente citado.

- Quando a família deseja realizar o funeral com recursos próprios:

- os familiares, de posse da declaração de óbito, deverão ser encaminhados pelo Serviço Social, a um cartório, onde será efetuado o registro de óbito e a obtenção da guia de sepultamento gratuitamente. Posteriormente, retornarão ao Serviço Social para proceder à liberação do feto.

#### D. Nos casos de óbito materno, o Serviço Social obedecerá a seguinte rotina:

- Paciente com causa-mortis definida:
  - receber a notificação do óbito do serviço de enfermagem com a devida declaração de óbito;
  - verificar prontuário a fim de colher dados para comunicação aos familiares;
  - convocar os familiares ao hospital quando não estiverem presentes;
  - receber os familiares, prestando apoio emocional junto aos mesmos e orientar quanto às providências necessárias para a realização do funeral;
  - encaminhar os familiares para a Instituição Governamental quando estes não dispõem de condições financeiras para providenciar o funeral. Os mesmos deverão retornar ao Serviço Social junto com a funerária para efetuar a liberação do corpo;
  - o Serviço Social solicitará o contínuo, que conduzirá os familiares até o velório da instituição a fim de proceder à remoção do corpo.
  
- Paciente com causa-mortis não definida:
  - o óbito ocorrendo após 24 horas de internamento da paciente, o corpo será encaminhado ao Serviço de Patologia para realização da necropsia e posterior expedição da declaração de óbito;
  - caso os familiares demonstrem resistência para o referido procedimento, o Serviço Social esclarecerá da necessidade deste, tendo em vista que a obtenção da declaração de óbito só será possível mediante a realização da necropsia.
  - o óbito ocorrendo com menos de 24 horas de internamento da paciente, o Serviço Social orientará a família a dirigir-se à Delegacia de plantão a fim de obter a guia de encaminhamento para o Instituto Médico Legal – IML, órgão que deverá fazer a remoção do corpo e, posteriormente, a realização da necropsia para fornecimento da declaração de óbito.

### **Serviço de Ouvidoria**

O Serviço Social atuará no Serviço de Ouvidoria se necessário, juntamente com profissionais da área de Enfermagem e do direito.

As reclamações, sugestões ou elogios serão recebidos por telefone e, principalmente, através do "Banco de Idéias e Sugestões" formado por urnas que

estrategicamente afixadas na instituição, sendo utilizadas pelos clientes internos e externos.

A coleta das caixas ou urnas será realizada, preferencialmente, do primeiro ao décimo dia útil de cada mês pela Assistente Social ou Enfermeira.

Após a coleta, todas as informações serão analisadas e separadas por categoria:

reclamações, sugestões, elogios e denúncias. Posteriormente, serão tabuladas e, para cada categoria, será conferido o percentual relativo à totalidade, permitindo visualizar a prevalência.

Entre os dias 15 (quinze) e 20 (vinte) de cada mês será realizada reunião da ouvidoria com o diretor e as coordenações dos setores que, porventura, tenham sido citados nas reclamações, elogios ou sugestões. Cada coordenação ficará ciente dos assuntos que lhe dirão respeito para as eventuais providências.

Os gráficos de demonstração das categorias com os respectivos percentuais serão expostos mensalmente para “feedback” dos clientes.

### 2.3.10. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS

A seguir apresentamos os horários de atendimento dos serviços de SADT, assim como os fluxos de atendimento do serviço:

#### Horário de Atendimento

SADT	Horários
<b>Análises Clínicas</b>	24 horas por dia, todos os dias para pacientes internos e horário comercial para pacientes externos.
<b>Anatomia Patológica</b>	Das 07 às 19 horas, de 2ª a 6ª feira (agendados previamente) e quando necessário, nos casos de Urgência e Emergência.
<b>Radiologia Convencional contrastada</b>	24 horas por dia, todos os dias para pacientes internos e horário comercial para pacientes externos.
<b>Ultrassonografia</b>	
<b>Endoscopia</b>	Das 07 às 19 horas, de 2ª a 6ª feira (agendados previamente) e quando necessário, nos casos de Urgência e Emergência.
<b>Colonoscopia</b>	
<b>Demais exames</b>	
<b>Tomografia</b>	24 horas por dia, todos os dias para pacientes internos e horário comercial para pacientes externos após início das atividades em 2015.

Visando o atendimento humanizado aos usuários do hospital, todos os colaboradores participarão da Oficina de Humanização, conforme proposto no item Proposta de Educação em Saúde/Capacitação.

### **2.3.11. SERVIÇOS EVENTUALMENTE TERCEIRIZADOS**

Serviços que poderão ser terceirizados:

- Segurança e Vigilância
- Serviços de Higiene e Limpeza
- Resíduos
- Serviços de Nutrição e Dietética
- Telefonia Fixa
- Locação de software de gestão hospitalar
- Manutenção corretiva e preventiva de equipamentos médicos hospitalares
- Manutenção e conservação de veículos
- Outras Manutenções
- Serviço de Anestesia
- Outros Serviços complementares de diagnóstico

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 procedimentos obrigatórios (controle de documentos, controle de registros, ação preventiva, ação corretiva)
- 4 - Implementação do manual da qualidade, política e objetivos da qualidade
- 5 - Mapeamento e interação entre processos

---

## **2.4. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA**

---

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.

### **a) Aquisição**

A aquisição dos materiais utilizados dentro de um hospital 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.

Esta qualificação deve ser feita através de avaliação rigorosa pelos profissionais de saúde do hospital, com auditorias nos locais de fabricação e armazenamento dos produtos, considerando cada critério determinado em legislação vigente, como Boas Práticas de Fabricação e Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento.

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.

Com uma rede de hospitais administrados e próprios, a Pró-Saúde tem um alto poder de negociação no mercado de compras de medicamentos e materiais hospitalares. Com a Central de Compras da Pró-Saúde essa vantagem está à disposição a todos os hospitais do grupo.

A Central de Compras da Pró-Saúde atua como um grande núcleo de negociação, com objetivo de oferecer aos seus hospitais economia de escala com agilidade e transparência. Com o auxílio de um moderno software de comércio eletrônico em ambiente B2B, a Central de Compras possibilita a organização de leilões reversos e

cotações conjuntas, em especial, dos produtos A e B, da curva ABC, com agilidade, transparência e redução de custos.

A Central de Compras Pró-Saúde permite que seus profissionais olhem de forma gerencial o processo de compras, evoluindo de compradores para negociadores, enquanto os fornecedores tornam-se parceiros. Isso significa uma mudança de cultura nos padrões tradicionais de negociação. Estimulando a padronização e integração dos profissionais dos hospitais para a realização de compras conjuntas com o auxílio de tecnologia aplicada ao negócio.

### **b) 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 hospital 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.

### **c) 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.

### **d) 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 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 24 horas.

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.

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.

Abaixo, descrevemos as rotinas administrativas para a Farmácia:

A Farmácia deverá funcionar 24 horas durante os 07 dias da semana, 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.

#### **2.4.1. DOSE UNITÁRIA E SISTEMA DE CONTROLE DE FÁRMACOS**

A Pró-Saúde trabalha 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 em folha de prescrição médica ou via sistema informatizado.

**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 plásticos individuais devidamente identificados com os dados do paciente.

**Funcionário da Farmácia:** Vai para a unidade com os medicamentos dispensados e uma das vias das prescrições médicas 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 e os medicamentos que não foram administrados aos pacientes.

A Equipe de Enfermagem confere diariamente:

- Armário dos medicamentos de uso esporádico (se necessário).
- Carro de urgência.
- Armário de reserva de S.G.V..
- Fazem a reposição de estoques das unidades.

**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;

A unidade deve manter e controlar receituários específicos. Conforme legislação vigente (receituário azul, amarelo, carbonado) para prescrição das drogas controladas.

**Cronograma de Implantação de Dose Unitária:**

CRONOGRAMA-DE-IMPLANTAÇÃO											
Atividade	1º.mês.de.gestão			2º.mês.de.gestão			3º.mês.de.gestão				
Conscientização para implementação da dose unitária	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Convite para os profissionais participarem do processo	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Realização de Oficina de Capacitação	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Reformula fisicamente os ambientes para o recebimento da dose unitária	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Adquire equipamentos necessários	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Implanta nas unidades de internação	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Acompanhamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Revisão	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Auditoria	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Justificativa das ações com andamento indesejável/interrompida											

## 2.4.2. SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

### 1. Objetivos:

- Distribuir os medicamentos de forma ordenada e racional.
- Prestar informações sobre os mesmos no que diz respeito a estabilidade, características organolépticas, indicação terapêutica, contra-indicação.
- Diminuir erros de medicação.
- Diminuir os custos com medicamentos.
- Aumentar a segurança para o paciente.
- Racionalizar a distribuição e administração.
- Aumentar o controle sobre os medicamentos, acesso do Farmacêutico as informações sobre o paciente.

### SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO COLETIVO DE MEDICAMENTOS

É um sistema onde os pedidos de medicamentos à Farmácia são feitos através da prescrição médica. Estes pedidos não são feitos em nome dos pacientes, mas sim, em nome do setor. A Farmácia envia uma certa quantidade de medicamentos para serem estocados na unidade, que de acordo com as prescrições médicas vão sendo ministradas aos pacientes.

### Rotina Operacional:

Rua Guaicurus, 563 – Lapa – CEP 05033-001 – São Paulo – SP – Telefax: (0xx) 11 2238-5566  
<http://www.prosaude.org.br> - e-mail: [prosaude@prosaude.org.br](mailto:prosaude@prosaude.org.br)

Médico: prescreve os medicamentos para os diversos pacientes nas folhas de prescrições médicas ou por sistema eletrônico.

Funcionário da Farmácia: separa e efetua a distribuição de medicamentos.

Auxiliar de Enfermagem: deve devolver à Farmácia os medicamentos não ministrados.

#### **Vantagens:**

- Grande arsenal terapêutico nas unidades, o que facilita o uso imediato dos medicamentos.
- Diminui os pedidos à Farmácia.
- Diminui as tarefas a serem executadas pela Farmácia.

#### **Desvantagens:**

Aumenta o gasto com medicamentos em conseqüências de:

- Incapacidade da Farmácia em controlar adequadamente os medicamentos.
- Desvio de medicamentos.
- Acondicionamento de medicamentos errado.
- Vencimento de prazo de validade.
- Devolução de medicamentos sem identificação.
- Pode ocorrer administração ao paciente de medicamentos vencidos.
- Aumenta o consumo de drogas.
- Aumenta o potencial de erros de administração de medicamentos resultante da falta de revisão feita pelo Farmacêutico das prescrições médicas de cada paciente.

#### **SISTEMA INDIVIDUAL DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Sistema no qual os pedidos de medicamentos são feitos especificamente para cada paciente (24horas), de acordo com a segunda via da prescrição médica.

#### **Rotina Operacional**

- Médico: Prescreve na folha de prescrição médica ou via sistema informatizado

- 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 plásticos individuais devidamente identificados com os dados do paciente.
- Funcionário da Farmácia: Retorna a unidade com os medicamentos dispensados e uma das vias das prescrições médicas e acompanha a conferência da medicação e do material
- Secretária da Unidade: 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 e os medicamentos que não foram administrados aos pacientes.
  - Equipe de Enfermagem: Diariamente confere:
    - a) Armário dos medicamentos de uso esporádico (se necessário).
    - b) Carro de urgência.
    - c) Armário de reserva de S.G.V..d) Fazem a reposição de estoques das unidades.

Observações:As prescrições médicas que contenham antimicrobianos a serem administrados ao paciente devem ir ao Serviço de Farmácia acompanhadas da Ficha de Controle de Antimicrobianos devidamente preenchida com:

- Os dados do paciente;- Os antimicrobianos a serem utilizados;
- Os antimicrobianos que já estão em uso e o resultado da cultura, dentre outras informações.

Cada paciente em uso de antimicrobianos possui uma Ficha Individual de Controle de Antimicrobianos .

### **Vantagens:**

- Diminuição dos estoques na unidade.
- 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;

#### **Desvantagens:**

- Incremento das atividades desenvolvidas pela farmácia;
- Necessidade de plantão na farmácia hospitalar;
- Permite ainda potencial erros de medicação.
- Exige um investimento inicial;
- Necessidade de Plantão na Farmácia Hospitalar.

#### **TIPOS DE S.D.M.U.D.**

São três os tipos de sistema distribuição por dose unitária:

- Centralizado.
- Descentralizado.
- Combinação dos dois tipos.

#### **A) Sistema Centralizado:**

As doses são preparadas na Farmácia Central e dali são distribuídas para todo o Hospital. Pelo fato da centralização, o controle de estoque e a supervisão da preparação das doses, pelo Farmacêutico, ficam mais contundentes.

#### **B) Sistema Descentralizado:**

As doses são preparadas nas Farmácias Satélite (descentralizadas) e ao final de cada preparação, os quantitativos do consumo são enviados à Farmácia Central.

#### **C) Sistema Combinado:**

Diz-se que o sistema é combinado, quando ao mesmo tempo que as Farmácias Satélites estão atuando na preparação de doses, a Farmácia Central deixara de operar e vice-versa. Este esquema facilita a adequação aos horários de administração de doses e objetiva uma redução nos recursos humanos, aproveitando da melhor forma possível, o horário de trabalho do pessoal existente no quadro de funcionários da Farmácia.

#### **Condições Básicas para um bom S.D.M.U.D.:**

Sem uma relação básica dos medicamentos a serem consumidos no Hospital, fica difícil se preparar "doses unitárias", levando-se em consideração a grande quantidade de especialidades farmacêuticas comercializadas no Brasil e a preferência de cada médico por uma certa especialidade.

\* Normas Escritas de Caráter Executivos:

Há necessidade que normas sejam publicadas como uma espécie de manual evitando, portanto, a omissão dos elementos que trabalharão no sistema. Neste manual deverá constar, também, os objetivos do sistema e sua vantagens.

#### **Vantagens do S.D.M.U.D.:**

- Possibilita uma maior interação do Farmacêutico com os diversos profissionais da saúde e com o paciente.
- Redução dos estoques das tarefas nos setores o que evita perdas e desvios.
- Diminuição das tarefas desenvolvidas pela enfermagem.
- Aumento do controle sobre a utilização dos medicamentos.
- Maior segurança do médico.
- Rapidez na administração das doses.
- Funcionamento mais dinâmico do serviço de farmácia.
- Redução no índice de erros de administração de medicamentos.
- Redução no tempo de distribuição de medicamentos.
- Fácil adaptação a computadores.
- Higiene e organização são superiores as dos sistemas tradicionais.
- Viabilização econômica.
- Prestigiar o hospital pelo melhor controle e uso dos medicamentos.
- Favorece o perfil farmacoterapêutico do paciente.
- Paciente recebe assistência de alto nível.
- Por ser atividade mais técnica é gratificante para o pessoal da farmácia.

### **Desvantagens:**

Aumento das necessidades de recursos humanos e infra-estrutura da Farmácia Hospitalar;  
Exigência de investimento inicial.

### **Diferença entre o sistema de distribuição por prescrição individual (dose individual) e o sistema de distribuição por dose unitária**

Dose individual:

A embalagem que acondicionamos (Sacos Plásticos) é violada por completo.

#### **2.4.3. IMPLANTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA**

O "Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP" é um Sistema de Informação capaz de captar e disponibilizar toda a informação clínica relevante de um paciente de uma determinada instituição de saúde.

O Sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente permite o registro das informações clínicas do Paciente durante os processos de atendimento realizados nos estabelecimentos de saúde. O PEP substitui o preenchimento manual do prontuário do paciente, contribuindo para a redução dos custos de armazenagem e manuseio do prontuário. Além disso, o sistema é acessível através da Internet e/ou Intranet, permitindo que as informações clínicas sejam compartilhadas entre os profissionais da rede de atendimento que tenham direito de acesso à esta informação.

O PEP foi estendido para acomodar o Registro do Atendimento em Saúde (RES), um conceito mais amplo, que incorpora todos os atendimentos, de doença e de saúde, onde quer que tenham sido realizados.

O RES é capaz de captar a informação clínica diretamente no ponto onde é gerada e integrar a informação proveniente de sistemas de diversas fontes, como o hospital, o laboratório e outros provedores de serviços de saúde. O sistema não compete com os já existentes, mas tem como objetivo estabelecer o ambiente de cooperação e colaboração.

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 ministrar.

Nota: será adquirido software de gestão administrativa e assistencial hospitalar com efetividade no mercado.

#### **2.4.4. PROTOCOLOS DO SERVIÇO DE FARMÁCIA**

Os protocolos do serviço estão no anexo III e o manual do setor de farmácia no anexo II.

---

### **2.5. 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. Elaborando cardápio mensal com quatro semanas entre as diferentes modalidades de dietas necessárias.

#### **A. ÁREAS DA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

##### **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, prateleiras de aço com etiquetas para identificação de produtos por grupo, as sacarias ficam em estrado fixo com altura mínima de 25 cm, separados da parede e entre pilhas no mínimo de 10 cm e distante do forro 60cm. As prateleiras com altura de 25cm do piso e não encostadas na parede.

##### **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. Possui geladeira para guarda da Dieta Enteral Sistema Aberto e uma Prateleira de aço para guarda da Dieta Sistema Fechado.

##### **Área de Copa e Lanches:**

Área exclusiva para o preparo de frutas, desjejuns, lanches, coffee break, ceias e sucos para os pacientes e colaboradores. Composto de pia para lavagem das mãos, bancadas e cubas em material liso (aço inox) e de fácil higienização, possui ar-condicionado e a iluminação é suficiente.

Com armários de MDF revestidos em fórmica.

**Área de Recebimento/Porcionamento das Dietas:** local exclusivo para recebimento, conferência e montagem das bandejas térmicas dos pacientes. Composto de pia para lavagem das mãos, balcão com pia em aço inox, armários em MDF revestidos em fórmica e equipamentos para recebimento e distribuição de alimentos. A área é climatizada e a iluminação é suficiente.

**Área de Higienização das Bandejas:**

Área destinada à higienização de bandejas e utensílios dos pacientes. Acesso independente evitando assim o fluxo cruzado. Composta de bancada com duas cubas em aço inox, guichê em granito para passagem dos utensílios limpos. A área é composta de ar-condicionado e a iluminação é suficiente.

**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. Composta de pia de lavagem de mãos. A área é composta de ar-condicionado e a iluminação é suficiente.

**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, as Nutricionistas e Técnicas de Nutrição. Ambiente climatizado e com iluminação suficiente.

**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.

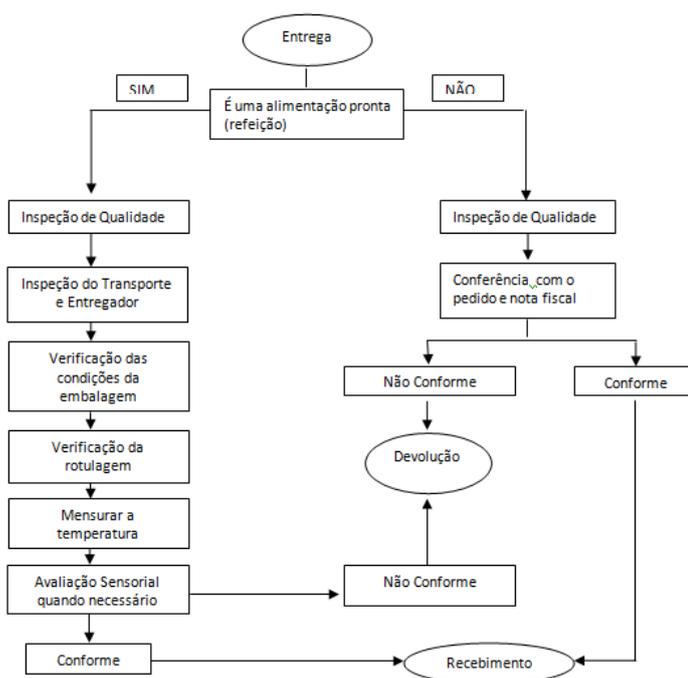
**Recebimento:**

O recebimento de alimentos não preparados é feito pelo almoxarifado juntamente com o serviço de Nutrição. O recebimento de alimentos já preparado é feita 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.

### Fluxo de recebimento:

Procedimento descrito detalhadamente na Instrução de Trabalho de Recebimento das Refeições.



### 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 grotesca como caixas de papelão ou madeira; acondicionando-as em monoblocos fechados;
- Armazenar imediatamente em local adequado.

#### **Recebimento de mercadorias resfriadas:**

- A temperatura deve se monitorada, não devendo ultrapassar os limites

Rua Guaicurus, 563 – Lapa – CEP 05033-001 – São Paulo – SP – Telefax: (0xx) 11 2238-5566  
<http://www.prosaude.org.br> - e-mail: [prosaude@prosaude.org.br](mailto:prosaude@prosaude.org.br)

estabelecidos.

### Temperatura de recebimento de gêneros perecíveis *in natura*:

Tipo de produto	Temperatura	Tolerância
Carnes e alimentos refrigerados	Até 6° C	Máximo 7° C
Laticínios e embutidos	Entre 6° a 8° C ou conforme orientação do fabricante	Máximo 10° C
Congelados	-18° C	Máximo -21° C
Sucos resfriados	Entre 6° e 10° c ou conforme orientação do fabricante	Máximo 10° C
Massas resfriadas	Entre 6° a 10° C ou conforme orientação do fabricante	Máximo 10° C

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 74° 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 dêem estar com temperatura maior ou igual a 75° 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;
- Acondicionar os alimentos em pequenos lotes, garantindo a circulação de ar frio;
- Atentar para a contaminação cruzada na câmara frigorífica ou geladeira evitando alimentos crus x cozidos, produtos de origem animal x produtos de origem vegetal;
- Não utilizar caixas de madeira ou papelão par armazenar nenhum produto sob refrigeração;
- Produtos retirados da embalagem original devem ter seus rótulos recortados e embalados em saco plástico transparente e afixados (preso ou amarrados) na nova embalagem;
- 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 semiprontos 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 devem permanecer nos locais de armazenamento sob refrigeração ou congelamento a menos que haja um local exclusivo para produtos contidos nestas embalagens;
- 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;

#### **Alimentos quentes:**

- Podem ficar na distribuição ou esperar a 65° C ou mais por no máximo 12h ou a 60° C por no máximo 6 h ou abaixo do 60° C por 3h.
- 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;
- Quando a temperatura estiver entre 10° C e 21° C, só podem permanecer na distribuição por 2 horas.
- Alimentos frios que ultrapassarem 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 (tipo perflex);
- 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. Somente podem ser utilizadas sobras que tenham sido monitoradas permanecendo na temperatura ideal até o tempo permitido. **Alimentos prontos que foram servidos não devem ser reaproveitados, serão pesados e descartados.**

#### **Controle 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.

#### **Descarte de Sobra Limpa:**

1º Passo: Retirar o avental antes de iniciar o descarte.

2º Passo: Descartar todas as sobras limpas, após o término das refeições (Almoço e/ou Jantar).

3º Passo: Descartar a sobra limpa em sacos de lixo apropriados para matéria

orgânica (cor marrom). Utilizar dois sacos de lixo juntos para ficar mais reforçado.

4º Passo: Fracionar o descarte em vários sacos de lixo, contendo cada um no máximo 25 Kg.

5º Passo: Fechar o saco de lixo e etiquetar identificando o tipo de sobre (limpa), a data, hora e o colaborador responsável.

6º Passo: Acondicionar os sacos de lixo na lixeira correta identificada como “Lixo Orgânico”, utilizando o pedal da lixeira. Ter o cuidado para não tocar na lixeira, nem em lixo contaminado.

7º 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 da Hotelaria e realizado pelas colaboradoras da Hotelaria.

#### **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 branca, bucha dupla face branca e rosa.

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 branca ou bucha dupla face branca e rosa.

4º passo: Retirar o detergente com pano descartável azul umedecido em água.

5º passo: Verificar se foi retirado todo detergente.

6º passo: Enxugar com pano descartável azul limpo.

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

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 branca, bucha dupla face branca e rosa.

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

6º passo: Deixar escorrer toda água.

7º passo: Secar com pano descartável azul limpo.

8º passo: Desinfetar com álcool 70%, friccionando com pano descartável azul 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 álcool 70%, friccionando com pano descartável azul 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 branca, ou bucha dupla face branca e rosa externamente.

3º passo: Lavar com detergente neutro utilizando escovinha com haste (tipo escova de mamadeira) internamente.

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 branca, bucha dupla face branca e rosa toda parte removível retirada.

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

6º passo: Deixar escorrer toda água.

7º passo: Secar com pano descartável azul limpo.

8º passo: Desinfetar com álcool 70%, friccionando com pano descartável azul novo.

9º passo: Limpar com pano descartável azul 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 (2º a 8ºC) para recolocar os alimentos.

### **Higienização de Fogão Elétrico.**

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 todos os dias da semana do horário de 6 da manhã às 23 horas.

#### **Horário de Refeições**

O horário das refeições para os pacientes é o seguinte:

- Café da manhã – 07h00min
- Colação – 09h00min
- Almoço – 12h00min
- Lanche tarde – 14h30min
- Jantar – 17h30min
- Ceia – 19h00min

O horário das refeições para os funcionários é o seguinte:

- Café da manhã – das 05h30min às 06h00min (funcionários noturno) e das 08h30min às 09h30min (funcionários diurno)
- Almoço – das 11h00min às 13h30min





### **2.5.1. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

A avaliação do estado nutricional tem por objetivo identificar distúrbios nutricionais e possibilitar a intervenção nutricional adequada.

A avaliação nutricional do paciente deve ser feita através de métodos objetivos e subjetivos pelo Nutricionista.

#### **1. Investigação dietética**

A investigação dietética consiste no cálculo das calorias e proteínas ingeridas ou infundidas no paciente. Quando o paciente internado está recebendo dieta por via oral, este cálculo deve ser elaborado através da ficha de recordatório alimentar de 24 horas que é preenchida pela equipe de enfermagem, pelo acompanhante do paciente, pelo nutricionista ou pelo próprio paciente. O cálculo da quantidade de calorias e proteínas da ingesta via oral do paciente deve ser feito através de uma listagem resumida das calorias e proteínas contidas nos alimentos.

#### **2. Investigação antropométrica**

Antropometria é a medida do tamanho corporal e de suas proporções. É um dos indicadores diretos do estado nutricional.

As medidas antropométricas utilizadas para a avaliação do estado nutricional são o peso, a altura, o índice de massa corpórea, a circunferência do braço, as pregas cutâneas (tricipital e bicipital) e a circunferência média do músculo do braço.

#### **3. Exame físico**

O exame físico é um método clínico utilizado para detectar sinais e sintomas associados à desnutrição. Esses sinais e sintomas apenas se desenvolvem em estágios avançados de depleção nutricional. Portanto, o diagnóstico da deficiência nutricional não deve basear-se exclusivamente neste método. Além disso, algumas doenças apresentam sinais e sintomas semelhantes aos apresentados na desnutrição, sendo, então, importante conhecer a história clínica do paciente para evitar um diagnóstico nutricional incorreto.

#### **4. Investigação bioquímica**

Alguns fatores e condições podem limitar o uso dos indicadores bioquímicos na avaliação do estado nutricional, como a utilização de algumas drogas, condições ambientais, estado fisiológico, estresse, lesão, inflamação. Portanto, embora os parâmetros de avaliação laboratorial sejam importantes auxiliares na identificação precoce de alterações nutricionais, eles não devem, de maneira nenhuma, ser utilizados isoladamente para estabelecer um diagnóstico nutricional.

### **2.5.2. PROTOCOLOS DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO**

Os Protocolos do Serviço encontram-se no Manual do Serviço no Anexo II

---

## **2.6. ATIVIDADES DE APOIO**

---

### **2.6.1. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA**

O serviço de Higiene e Limpeza será de responsabilidade da SES.

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

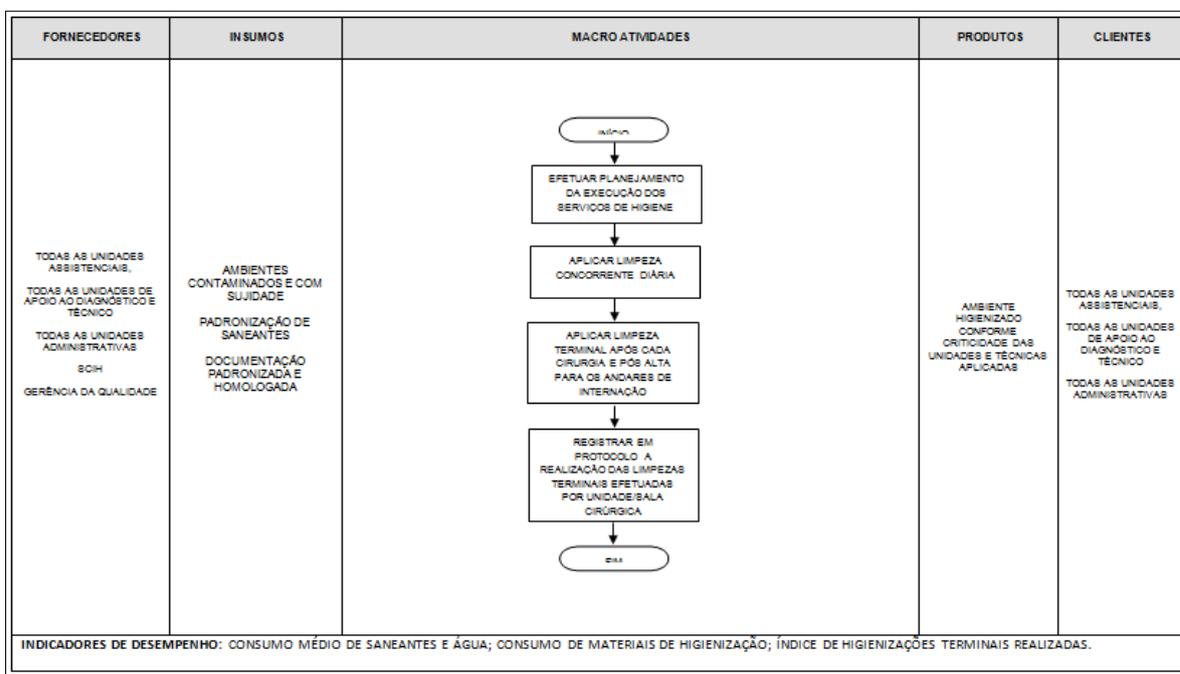
#### **Finalidades:**

- Promover a higienização e limpeza de toda a unidade, levando em consideração a característica de cada área;
- Fixar um horário para o serviço, em consonância com as atividades desenvolvidas;
- Coletar todo o lixo da unidade 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;

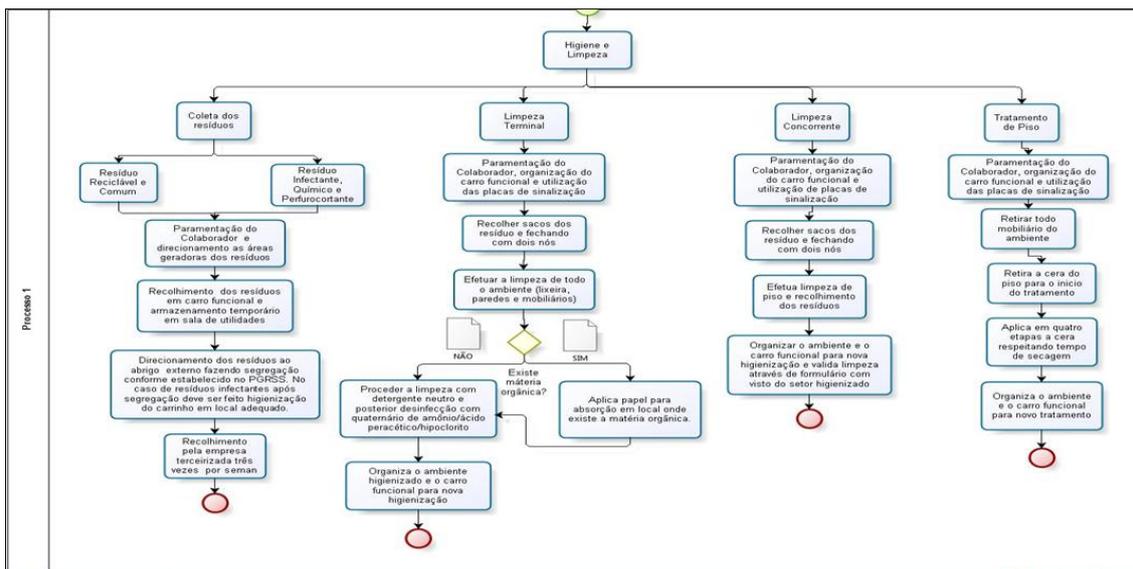
- Observar e comunicar aos responsáveis, sobre defeitos encontrados em instalações e móveis
- Elaborar e colocar em prática o Regimento e Manual de Organização específico do Serviço.

Este o serviço será terceirizado, seguindo os pré-requisitos da norma ISO 9001 que tem como objetivo garantir a qualidade no atendimento aos requisitos estabelecidos pelo cliente na prestação de serviços.

### Macro Processo



### Fluxos



O manual do serviço encontra-se no Anexo II.

## 2.6.2. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL E 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).

Tal a importância que está sendo dada à manutenção que até mesmo uma profissão nova foi criada: a do Bioengenheiro (Engenharia Clínica), ou seja, a do Engenheiro das máquinas e aparelhos relacionados com a vida das pessoas.

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.

Desta forma, todo o pessoal do hospital está ligado a manutenção. Por exemplo: o objetivo do médico é manter vivos seus pacientes. Para desempenhar bem sua função precisa manter-se atualizado em sua área de atuação e valer-se das conquistas da ciência relativas às técnicas de diagnóstico e tratamento dos doentes. O médico necessita também de uma série de equipamentos, como: raios x, bombas de cobalto, aparelhos de respiração artificial, carros móveis e fixos, entre outros e estes só lhe poderão ser úteis no desempenho de sua função se estiverem “conservados”, ou seja, se estiverem em bom estado de funcionamento.

Se isto não ocorrer, isto é, se qualquer um destes equipamentos todos apresentar qualquer falha no momento de ser utilizada, a própria função do médico ficará comprometido e, o que é pior, a vida do paciente poderá correr sério perigo. Grande parte destes equipamentos está sujeita a um funcionamento contínuo e indispensável, o que exige uma total prevenção contra qualquer falha possível. E se ela ocorrer, devem existir meios adequados para um rápido saneamento da mesma.

A importância da manutenção deduz-se do valor que o equipamento e as instalações hospitalares representam no capital necessário para toda a construção do hospital. Não basta, pois que o equipamento do hospital seja o melhor. É necessário também que o mesmo tenha garantida a vida mais longa possível através do planejamento e execução de um adequado programa de manutenção.

## **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.

## **ÂMBITO DE APLICAÇÃO**

Todos os órgãos da Unidade da Saúde, em especial ao Serviço de Manutenção de Equipamentos.

## **Conceitos Básicos**

### **Manutenção Preventiva**

É aquela destinada a prevenir os desgastes provocados nos equipamentos e instalações, através de um programa de revisão periódica.

Ela se ocupa com a inspeção periódica dos aparelhos, equipamentos e instalações, e com a execução de um serviço planejado e programado com a finalidade de evitar a sua paralisação imprevista, por necessidade de reparos.

A manutenção preventiva aumenta a vida útil das instalações e equipamentos e a redução dos custos.

### **Manutenção Emergencial**

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

### **Manutenção Corretiva**

É aquela destinada a corrigir os defeitos que podem ocorrer nos equipamentos por seu uso prolongado e constante.

### **Organização do Serviço de Manutenção**

O planejamento e a organização do serviço de manutenção devem contemplar diversos fatores que exigem conhecimento especializado, entre eles: espaço para a instalação do serviço, seleção do equipamento e ferramentas adequados, quadro de pessoal e material de consumo.

### **Normas**

#### **SOLICITAÇÃO NORMAL**

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

### **Atividades**

- Manutenção preventiva, predial e equipamentos;
- Manutenção corretiva, predial e equipamentos;
- Diagnose técnica, das instalações e equipamentos sujeitos a riscos;
- Executar pequenas reformas;
- Gerenciar suprimentos para execução das atividades;
- Gerenciar e fiscalizar os serviços de terceiros (equipamentos hospitalares e unidades);

- Gerenciar custos;
- Executar e controlar as atividades de áreas internas e externas do hospital;
- Administrar recursos humanos da unidade funcional.

### Produtos

- Serviços programados e realizados eliminando o risco de paradas ou de outras ocorrências que prejudicam a segurança do patrimônio técnico;
- Áreas/instalações/equipamentos sujeitos a paradas ou outras ocorrências, identificados;
- A satisfação dos clientes avaliada;
- A aquisição de materiais de reposição programada;
- Conserto de equipamentos médico-hospitalar, de informática de escritório e utilidades, orçados e avaliados;
- Reformas executadas;
- Custos gerenciais mantidos em níveis aceitáveis.

### 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.

Proposta de cronograma para manutenção técnica preventiva e corretiva da estrutura predial e de equipamentos do hospital.

DISCRIMINAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	PERIODICIDADE
Mesas	Semestral
Cadeiras	Semestral
Estantes	Semestral
Aparelhos de Televisão	Semestral
Armários	Semestral
Arquivo de Aço	Semestral
Máquina Seladora para Plástico	Trimestal

Enceradeira Industrial	Trimestral
Bebedouro de Água Tipo Garrafão	Mensal
Camas Fawler	Mensal
Macas	Mensal
Balança Antropométrica	Semanal
Foco para Consultórios	Mensal
Aparelhos de Ar Condicionado	Mensal
Aparelho de Eletrocardiografo	Semanal
Refrigerador	Mensal
Aparelho Negastocópio	Mensal
Aparelho Respirador	Mensal
Carro para Transporte de Mat. p/ sala cirurgica	Mensal
Aspirador Cirurgico	Semanal
Biombo Hospitalar	Mensal
Aparelho Eletrocardiografo	Semanal
Monitor Elecardiografo	Semanal
Aparelho Desfibrilador	Semanal
Carro p/ Sistema de Cardioversão	Semanal
Aparelho Cirurgico	Semanal
Cadeira de Rodas	Mensal
Autoclave	Semanal
Destilador Água do Laboratório	Mensal
Máquina de Costura	Trimestral
Foco Cirurgico	Semanal
Mesa Cirurgica	Mensal
Bisturí Eletrónico	Mensal
Carro de Anestesia	Mensal
Lavadora de Bandejas Industrial	Trimestral
Extintores de Incendio	Trimestral
Ventiladores de Teto	Trimestral
<b>Central e rede de Gases Mediciniais</b>	
Pontos de Oxigênio	Mensal
Pontos de Vácuo	Mensal
Pontos de Ar	Mensal
Pontos de Oxido Nitroso	Trimestral
<b>Estrutura Predial</b>	
Pintura de Paredes Externas	Anual
Pintura de Paredes Internas	Anual
Pintura de Portas e Janelas	3 anos
<b>Climatização</b>	
Ar Condicionado	Mensal
Ventiladores	Mensal
<b>Instalações Hidráulica e Elétrica</b>	
Análise Bacteriológica da água	Semanal
Limpeza das Caixas de Água	Trimestral
Checar goteiras nas torneiras	Semanal
Vistoriar os quadros de energia	Mensal
<b>Casa das Máquinas/Mecânica</b>	
Checar lubrificação dos componentes mecanicos	Mensal
Calandras	Quinzenal
Centrifugas	Quinzenal

Máquinas de Lavar	Quinzenal
Secadoras	Quinzenal
Elevadores	Mensal
<b>Extintores</b>	
Teste Hidrostático das Mangueiras	Trimestral
Verificar carga dos Extintores de Água Pressurizada	Semestral
Verificar carga dos Extintores de Pó Químico	Semestral
Verificar carga dos Extintores de Gás	Semestral

## IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE MANUTENÇÃO GERAL E DE ENGENHARIA CLÍNICA

Departamento responsável pelo planejamento, controle, organização e supervisão de toda a conservação, manutenção preventiva e corretiva da Estrutura Predial, incluindo todas as instalações elétricas, hidráulica e mecânica, bem como de todo o parque de equipamentos: eletromecânicos, hospitalares, incluindo o mobiliário clínico ou administrativo.

### Conceitos de Manutenção

**A Manutenção Preditiva** também chamada de manutenção predial, está ligada diretamente a arquitetura hospitalar. Neste campo aborda-se toda a parte estrutural do edifício hospitalar, a rede elétrica, hidráulica, rede de gases medicinais, ar condicionado, sistema de abastecimento de água entre outros.

### Conceito de Engenharia Clínica

**Bioengenharia:** voltada ao desenvolvimento da ciência biomédica; por exemplo, estudando o funcionamento de neurônios e de células cardíacas com o auxílio de modelos matemáticos e simulações;

**Engenharia de Reabilitação:** objetivando desenvolver sistemas eletrônicos e mecânicos que melhorem as condições de vida de deficientes;

**Engenharia Médica:** direcionada ao estudo, projeto e execução de instrumentação (principalmente eletrônica), sensores, próteses, etc., para a área médica;

**Engenharia Clínica ou Hospitalar:** voltada às atividades de certificação e ensaios de equipamentos médicos, e atividades em hospitais incluindo projeto, adequação e execução de instalações, assessoria em processos de tomada de decisão na aquisição de equipamentos, treinamento e orientação de equipes de manutenção. As atividades da Engenharia Clínica auxiliam na gerência dos equipamentos

médicos das instituições de saúde, com ferramentas para administrar seus recursos tecnológicos desde a aquisição até o abandono, utilizando ao máximo sua capacidade e utilização mais apropriada destes equipamentos.

### **Horário de Funcionamento**

O serviço de Manutenção funcionará 24 horas com escalas de trabalho específicas por profissionais.

### **Estrutura Predial: Instalações**

Com a evolução da complexidade dos métodos e dos equipamentos em hospitais, cada vez mais se necessita, nestes locais, de instalações que atendam às exigências técnicas e que não venham a causar riscos às pessoas envolvidas nos procedimentos assistenciais e de apoio.

Tal proteção, que abrange quem assiste e quem é assistido (colaboradores e pacientes), é obtida através do enquadramento das instalações prediais às normas pertinentes, do correto planejamento das manutenções e por meio da elaboração de procedimentos padronizados, normatizando fluxos, sistemas de segurança, e demais cuidados necessários para o perfeito funcionamento da estrutura Hospitalar.

### **Sistema de Proteção contra Descargas Atmosféricas (SPDA).**

O raio é responsável por grandes prejuízos físicos, podendo provocar até mesmo a morte, com danos custosos em sistemas de eletricidade e de telecomunicações. Conforme orientações de *CREDER, Hélio. Instalações elétricas. Ed. Livros Técnicos e Científicos.*

A instalação de um sistema de proteção contra descargas atmosféricas tem as seguintes funções:

Neutralizar, pelo poder de atração das pontas, o crescimento do gradiente de potencial elétrico entre o solo e as nuvens;

Oferecer à descarga elétrica que for cair em suas proximidades um caminho preferencial, reduzindo os riscos de sua incidência sobre as estruturas;

O sistema *SPDA* não impede e não assegura a proteção total da estrutura física, mas reduz de forma significativa os riscos de danos, conforme a norma NBR 5419. Em locais de grande afluência de público e que prestam serviços públicos

essenciais, pelo tipo de ocupação e tipo de material de construção utilizado a sua utilização é obrigatória.

**O nível de risco da edificação do Hospital é definido como -**

$$R = A+B+C+D+E/F = 10+5+7+1+9/7 = 4,5$$

A edificação Hospitalar é considerada de **RISCO MODERADO A SEVERO**.

**Sistema Elétrico, composto pelo Sistema de Aterramento.**

Um sistema de aterramento é o conjunto de condutores, haste e conectores interligados que permitem a condução e dissipação para a terra das correntes que sejam impostas a esse sistema.

O aterramento elétrico tem três funções principais:

Proteger o usuário do equipamento das descargas atmosféricas, através da viabilização de um caminho alternativo para a terra, de descargas atmosféricas;

“Descarregar” cargas estáticas acumuladas nas carcaças das máquinas ou equipamentos para a terra;

Facilitar o funcionamento dos dispositivos de proteção (fusíveis, disjuntores, etc.), através da corrente desviada para a terra.

A portaria nº 2662 de 22/12/1995 do Ministério da Saúde determina que novos projetos de instalações elétricas, de reforma ou ampliação de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde devem adotar as prescrições da NBR 13543/95. Em todo o setor do estabelecimento hospitalar onde o paciente estiver em tratamento ou recuperação, deverá ser previsto um sistema de aterramento para garantir o mesmo nível de equipotencialidade, isto é, deverá ser evitada a utilização de dois pontos de aterramento para um mesmo paciente.

O diferencial máximo admitido nas superfícies condutoras em contato com o paciente será de 05 mv.

Todas as partes metálicas da edificação ou tubulações metálicas ao alcance do paciente deverão ser aterradas.

Toda a instalação do sistema de aterramento deverá atender a NBR 5410 - Instalações elétricas de baixa tensão da ABNT e outras.

## **Sistema Elétrico, composto pelo sistema de Protetores de Surto – UPS.**

Os DPS são **D**ispositivos **P**rotetores contra **S**urtos, isto é, utilizados na proteção de equipamentos elétricos e eletrônicos, ou conforme a definição da norma *IEC 61643-1*, "é um dispositivo destinado a limitar as sobre-tensões transitórias e a desviar correntes de surtos, contendo pelo menos um componente não-linear". É integrada a grupos geradores de emergência, sem exceção, pois o hospital busca a disponibilidade da fonte como forma de assegurar confiabilidade, entretanto, essa confiabilidade não é medida, em termos quantitativos.

A maioria dos projetos prevê alguma das muitas alternativas possíveis, combinando ramais de recurso da concessionária com unidades UPSs e grupos geradores dotados de partida automática, baseados nas disponibilidades de produtos que o mercado proporciona. Descrição, Orientação e Grau de Prioridades vistoriadas.

## **Sistema de Elétrico Geral**

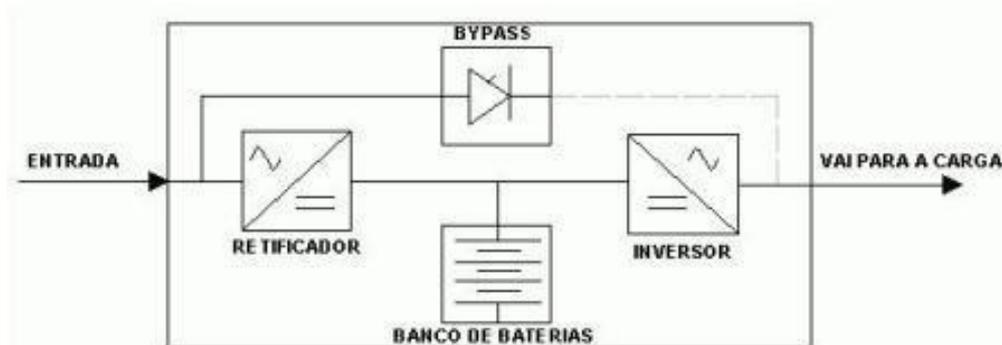
O sistema elétrico é o sistema mais empregado e também o mais exigido das instalações hospitalares. Porque dele transcorrem todos os procedimentos nas áreas críticas tais como, de emergência, cirurgia, nas atividades meio e nos serviços de apoio.

Ao conceber o Projeto do Edifício Hospitalar há que se considerar uma larga folga na Potência a ser instalada, pois face à dinâmica da tecnologia na área médica nele constantemente são ancorados novos equipamentos, muitas vezes tornando a demanda maior do que a capacidade existente. Aliado a todos os aspectos técnicos, não podemos esquecer a necessidade de atendermos itens como expansibilidade e flexibilidade que são fatores extremamente corriqueiros, dentro das necessidades de mudança, quer seja em função de acréscimos de novas atividades ou substituição de equipamentos, dentro de uma entidade hospitalar, conforme descrito em. *BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Série Saúde & Tecnologia — **Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde** — Instalações Prediais Ordinárias e Especiais. -- Brasília, 1995, autor - **Salim Lamha Neto**.*

É bem verdade que outras matrizes energéticas se verificarão no Conjunto Hospitalar, tais como gás natural, GLP, óleo combustível, vapor, todavia o sistema elétrico será considerado o sistema mãe, que requer cuidados 24 horas, todos os dias das semana.

Ainda não é possível à utilização de fontes de energia que ofereçam 100% de disponibilidade e para o hospital, não bastam 99,9%, suficientes para atender os requisitos da instalação. Assim, podemos nos deparar com aplicações que justifiquem os investimentos na medida em que as consequências de uma interrupção sejam avaliadas e consideradas adequadamente.

Abaixo segue gráfico que representa a conformidade de uma instalação elétrica para Estabelecimento Assistencial de Saúde.



Instalação elétrica para EAS.

As Cargas críticas se caracterizam, principalmente, pelas necessidades de:

A) Disponibilidade - A operação deve ser contínua 24 horas por dia, 365 dias por ano. Disponibilidade de 99,99% significa que em  $365 \times 24 = 8.760$  horas há uma indisponibilidade de 0,01%, ou seja, 0,876 hora ou aproximadamente 53 minutos de interrupção por ano.

B) Confiabilidade - O MTBF (Mean Time Between Failures) do sistema deve ser elevado.

C) Manutenção rápida - Baixo valor de MTTR (Mean Time To Repair).

### **Sistema Elétrico composto pelo Sistema de Iluminação.**

O cálculo do índice luminotécnico deverá ser baseado nas características e utilização de cada ambiente, conforme NBR 5413 e NR 15 do MTB, segundo FITCH (1972) define que a complexidade do processo da visão está condicionada a fenômenos físicos, fisiológicos e psicológicos, assim como os outros sentidos humanos. É, contudo, a fonte de informação mais importante a respeito do espaço ambiental – forma, tamanho, locação e características físicas do mundo dos objetos, sendo que dividimos em áreas:

### **- Unidade de Internação.**

Nos quartos de internação em hospitais deverão ser adotados os tipos:

- A) Iluminação geral de conforto;
- B) Iluminação de cabeceira para leitura, tipo arandela;
- C) Iluminação de vigília (noturna) instalada a 50 cm do piso, acionada na cabeceira do leito e/ou na entrada do quarto,
- D) Iluminação de exame, que deverá ser desenvolvida em função do uso específico.

### **- Salas Cirúrgicas.**

Deverão ser adotadas luminárias fluorescentes, do tipo embutidas, atendendo ao índice estabelecido. Deverá ser prevista, também, a instalação de luminárias específicas para iluminamento do campo cirúrgico.

### **- Cozinha, Central de Esterilização e Copa.**

Deverão ser adotados luminárias e equipamentos resistentes ao tempo e corrosão, devido à excessiva umidade.

### **- Unidade de Radiologia.**

Deverão ser adotadas luminárias de teto de modo geral e, em casos específicos, como tomografia computadorizada, deverá ser adotado um sistema de iluminação indireta.

### **Sistema de Elétrico composto pelos Geradores e No Breaks.**

O sistema de alimentação de energia elétrica de toda as unidades hospitalares deverá obrigatoriamente ser constituído de 02 (duas) fontes, sendo a principal suprida pela rede de energia elétrica da concessionária local e a outra poderá ser:

- A)** acumuladores de corrente contínua (bateria);
- B)** grupos geradores,

A autonomia do conjunto deverá ser de tal forma que garanta o abastecimento contínuo por 24 horas de todas as cargas alimentadas pelo conjunto. Para tanto, será necessário o armazenamento de combustível, cujas instalações deverão atender as normas do Corpo de Bombeiros. Os equipamentos, as máquinas e

outros sistemas que necessitam de cargas elétricas em setores críticos são todas aquelas cuja interrupção de funcionamento possa resultar em prejuízos para os usuários e/ou beneficiários dos serviços aos quais se destinam.

As cargas de missão crítica necessitam de energia segura e de boa qualidade. Em estabelecimentos assistenciais de saúde isto se agrava devido à vida de pacientes serem dependentes de equipamentos médicos hospitalares.

### **Sistema de Combate a Incêndio.**

Para que uma edificação seja considerada segura, dar-se-á importância às medidas ou ações de segurança que estão ligadas à ocorrência de um sinistro (incêndio), como também o comportamento da edificação diante do sinistro.

O atendimento aos requisitos de segurança das medidas ou ações serve de base para o estudo sobre o sucesso ou não de uma evacuação, que tem como destaque a questão do tempo.

A formação da Brigada de Incêndio é obrigatória e prevista na Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho (NR 23), no Decreto Estadual nº. 38069/93 do Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo e é conformidade nas Diretrizes do decreto nº. 46.076, de 31 de agosto de 2001, que Institui o Regulamento de Segurança contra Incêndio das edificações e áreas de risco para os fins da Lei nº. 684, de 30 de setembro de 1975.

Conforme NBR 13714 que configura o seu sistema, o plano de inspeção e a sua periodicidade para a extinção do fogo por intermédio das proteções ativas com o uso de extintores, mangotinho, chuveiros automáticos, detecção, alarme, sinalização e iluminação de emergência.

Esclarecemos que as edificações que não possuem este sistema de proteção passiva e a equipe de brigadistas, pode ter suas atividades suspensas pelo Corpo de Bombeiros.

### **Sistema de Transporte Vertical - Elevadores.**

Os sistemas de transporte vertical são considerados um meio seguro e eficiente desde que utilizado adequadamente e mantidas as orientações do fabricante. É constituído normalmente por cabine, casa de máquinas caixa do elevador e chamadas nos pavimentos. A sua manutenção compete a firmas especializadas.

Neste sistema é importante que permaneça na casa de máquinas a ficha de atendimento, que retratará todo o histórico do equipamento. Em hospitais o tempo de atendimento deve ser o mais reduzido possível custo/benefício, e isto se agrava quando o estabelecimento apresenta máquinas obsoletas que acarretam maior número de problemas técnicos.

### **Sistema de Caldeira e Água Quente:**

O sistema de água quente se origina em máquinas de aquecimento como a caldeira a gás. Após o aquecimento da água fria, ela segue por tubulações, registro e válvulas, geralmente de cobre e envelopadas até o ponto de consumo.

O uso do vapor nas Unidades de Saúde pode auxiliar em muito os serviços de apoio, tais como: Lavanderia, Nutrição e Dietética, Lactário, Central de Material Esterilizado, Laboratório e em alguns casos a Farmácia, sem contar com o aquecimento de água para os diversos procedimentos necessários às equipes multidisciplinares do Hospital e aos banhos dos pacientes. Esta energia se bem aplicada, alivia de sobremaneira a carga que se atribuiria ao sistema elétrico, reservando esta para os equipamentos médicos hospitalares. A operacionalização deste serviço deve ser no máximo, 16h/dia, dependendo da unidade hospitalar.

A manutenção preventiva e corretiva acompanhará os critérios convencionais, fugindo à regra as inspeções anuais em cumprimento da legislação para caldeiras e vasos sob pressão a que trata a Norma Regulamentadora – NR13 da Portaria 3214/78 do Ministério do Trabalho. Esclarecemos que as edificações que não possuem este auto de controle podem ter suas atividades suspensas pela fiscalização do Ministério do trabalho.

### **Sistema de Ar Condicionado e Ventilação.**

O sistema é formado por máquinas que deveram atender todos os requisitos de conforto e assepsia do estabelecimento hospitalar. Os setores destinados ao condicionamento para fins de conforto, como salas administrativas, quartos de internação e os setores destinados à assepsia e conforto, tais como salas de cirurgias, UTI, berçário, etc. Deverão ser atendidos pelos índices de temperatura e umidade especificados nas normas NBR-7256 e NBR 6401: Instalações Centrais de Ar Condicionado para conforto.

Nos setores descritos deverão ser adotados os índices da tabela 3 (Ventilation Requirements for Hospital Areas Affecting Patient Care) – NBR-7256 e NBR-6401.

No atendimento dos recintos citados acima deverão ser tomados os devidos cuidados, principalmente por envolver trabalhos e tratamentos destinados a análise e erradicação de doenças infecciosas, devendo portanto ser observados os sistemas de filtragens, conforme tabela 2 (*Filter Efficiencies for Central Ventilation and Air Conditioning Systems in General Hospitals*) - NBR-7256 e NBR-6401.

Toda a compartimentação do estabelecimento definida pelo estudo arquitetônico, visando atender a segurança do hospital e, principalmente, evitar contato de pacientes com doenças infecciosas, deverá ser respeitada quando da setorização do sistema de ar condicionado, conforme determinação do *Ministério da Saúde – Portaria 3523 de 28/08/98 e da ANVISA – Resolução RE Nº 176 de 24/10/00*. Estabelecimentos acima de 05TR (15.000 Kcal/h = 60.000 BTU/H) devem implantar PMOC (Plano de Manutenção, Operação e Controle).

### **Sistema de Gases Medicinais:**

De acordo com a Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, o sistema de abastecimento de gases medicinais (oxigênio, ar comprimido e óxido nitroso) pode ser de três tipos: Cilindros transportáveis; Centrais de reservação: centrais de cilindros e tanques; Usinas Concentradoras de Oxigênio.

Ainda segundo a RDC nº50, "O primeiro é utilizado no caso de emergências e uso eventual. O abastecimento é descentralizado em cilindros transportáveis até os pontos de utilização. O segundo e terceiro sistemas são centralizados. Neste caso o gás é conduzido por tubulação da central até os pontos de utilização. Os sistemas de baterias de cilindros devem estar conectados a uma válvula reguladora de pressão capaz de manter a vazão máxima do sistema centralizado de forma contínua. Os sistemas de tanques e/ou usinas concentradoras, devem manter suprimento reserva para possíveis emergências, que devem entrar automaticamente em funcionamento quando a pressão mínima de operação preestabelecida do suprimento primário for atingida."

## **PROCESSOS CRÍTICOS**

### **Macroprocesso de Engenharia Clínica:**

O macroprocesso de Engenharia Clínica divide-se nos seguintes processos em relação aos equipamentos:

- **Aquisição de Equipamentos:** especificação, estudo de viabilidade e planejamento para a aquisição;
- **Instalação de Equipamentos:** organização e preparação do layout e da estrutura para o correto funcionamento;
- **Capacitação:** capacitação de operadores para a utilização;
- **Manutenção corretiva e preventiva/calibração:** continuidade e confiabilidade na operação;
- **Resultados:** avaliação do desempenho e da real eficiência dos equipamentos na instituição;
- **Sucateamento:** descontinuar o uso de acordo com critérios pré-estabelecidos.

#### **Macroprocesso de Manutenção Predial:**

- **Aquisição de Equipamentos e insumos:** especificação, estudo de viabilidade e planejamento para a aquisição tais como geradores, caldeiras, tubulações e outras;
- **Instalação de Equipamentos e construção/adequação da estrutura:** organização e preparação do layout e da estrutura para o correto funcionamento;
- **Capacitação:** capacitação de operadores para a utilização;
- **Manutenção corretiva e preventiva/calibração:** continuidade e confiabilidade na operação;
- **Resultados:** avaliação do desempenho e da real eficiência dos equipamentos na instituição;
- **Sucateamento:** descontinuar o uso de acordo com critérios pré-estabelecidos.

#### **Normas Legais aplicáveis ao Serviço de Manutenção e Engenharia**

A aplicação de conformidades que é um processo elaborado e validado de acordo com a política institucional e legislação vigente é necessária para evitar transtornos legais.

A aplicação das leis espera-se também que a meta mínima deva ser atendida sem uma ocorrência não prevista durante todas as fases de implementações.

#### Algumas Leis e Normas Relacionadas

- Boas práticas de Gerenciamento;
- NR4 - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho;
- NR7 - Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional;
- NR9 - Programas de Prevenção de Riscos Ambientais;
- NR12 - Máquinas e Equipamentos;
- NR13 – Norma Regulamentadora de Caldeiras e Vasos de Pressão;
- NR 32 - Norma Regulamentadora de segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de assistência a saúde;
- LEI 6360/76 - Vigilância sanitária de produtos para saúde:
  - Lei nº. 6.360, de 23/09/1976 – Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências.
  - Resolução RDC50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
  - Resolução RDC nº 97, de 9/11/2000 - Define e caracteriza o termo "grupo de produtos" e suas aplicações. Resolução RDC nº 56, de 06/04/2001 - Dispõe sobre os Requisitos Essenciais de Segurança e Eficácia de Produtos para Saúde.
  - Resolução RDC nº. 185, de 22/10/2001 – Dispõe sobre o registro de produtos médicos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.
  - Resolução RDC nº. 260, de 23/09/2002 – Regula os produtos para saúde.
  - Norma Técnica ABNT NBR ISO 14971:2004 – Produtos para Saúde – Aplicação de Gerenciamento de Risco em Produtos para a Saúde.
  - Resolução RDC nº. 32, de 29/05/2007 – Dispõe sobre a certificação compulsória

dos equipamentos elétricos sob regime de Vigilância Sanitária e dá outras providências

- Decreto nº. 79.094, de 05/01/1977 – Regulamenta a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que submete ao sistema de vigilância sanitária os medicamentos, insumos farmacêuticos, drogas, correlatos, cosméticos, produtos de higiene, saneantes e outros.

- Resolução RDC nº. 59, de 27/06/2000 – Dispõe sobre o Certificado de boas práticas de fabricação de produto médicos.

## Indicadores

### Indicadores de acompanhamento

Indicador	Fórmula	Eficiência/eficácia
% de serviços solucionados internamente	No. De Solicitações de Serviços	Eficiência
	$\frac{\text{Solucionadas internamente}}{\text{No. De Solicitações de Serviços recebidos}} \times 100$	
Tempo Médio de Indisponibilidade e dos Equipamentos Críticos	$\frac{\Sigma \text{ tempos entre parada e retorno dos equipamentos à atividade}}{\text{Nº de equipamentos consertados}}$	Eficácia
% de Cumprimento do Cronograma de Manutenções Preventivas	$\frac{\text{Nº de serviços de manutenção preventiva/calibração realizados}}{\text{Nº de serviços de manutenção preventiva programados}} \times 100$	Eficácia
% de Cumprimento do Cronograma de Manutenções Preventivas	$\frac{\text{Nº de serviços de manutenção preventiva/calibração realizados}}{\text{Nº calibrações programadas}} \times 100$	Eficácia
Custo Médio de Reparo de Equipamentos	$\frac{\Sigma \text{ gastos com manutenção de equipamentos}}{\text{Nº de equipamentos consertados}}$	Eficiência
Custo Médio de Reparos com estrutura*	$\frac{\Sigma \text{ gastos com manutenção de estrutura}}{\text{Nº de reparos/manutenções realizadas}}$	Eficiência

\*Desdobramento da fórmula para hidráulica, elétrica, reformas arquitetônicas e outras.

No anexo II encontre-se o Manual do Serviço de Manutenção.

## 2.7. ORGANIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO FINANCEIRA

### **2.7.1. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE CUSTOS**

O setor de custos tem como objetivo de fornecer informações gerenciais ao hospital para o processo de tomada de decisão, informações de todas as movimentações no Patrimônio entre outros. É caracterizada como uma ferramenta necessária dentro dos procedimentos contábeis com o objetivo de auxiliar nas decisões ad alta direção. Consiste em obter valores concisos e seguros da posição em que a entidade encontra-se.

#### **Finalidades do Setor de Custos:**

- direcionamento dos custos, diretos ou indiretos, durante um determinado período, por departamento ou setor da Instituição;
- Realizar o rateio do custo total por determinado período em casos de custo indireto;
- Lançar no sistema os custos diretos de cada departamento/setor da instituição no período referente;
- Contabilizar toda a produção, em termos de quantidade (atendimentos/exames/sessões etc..), a qual é registrada diária ou semanalmente, sendo preparado, no fim do mês, um demonstrativo dos resultados finais;
- Determinar o critério de rateio para cada departamento/setor;
- Cálculo do custo total de cada processo o qual é dividido pelo total da produção, obtendo-se um custo médio por serviço/sessões/atendimentos/exames para o período.

#### **Horário de Funcionamento**

O serviço de faturamento tem o seu horário de funcionamento de Segunda à Sexta-feira das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 18:00 horas, horário administrativo, com duas horas de intervalo para o almoço. Sendo as folgas estabelecidas pelos feriados.

#### **Atribuições Funcionais:**

#### **Compete ao Profissional de Custos**

- Certificar-se quanto ao preenchimento correto de todos os campos cabíveis, nos documentos exigidos pelo órgão competente;

- Zelar para que todas as informações sejam encerradas dentro dos prazos preconizados pelo órgão competente;
- Comunicar à chefia direta quaisquer informações julgadas necessárias.
- Realizar comparativo de custo mensal de cada serviço com o período anterior, questionando e analisando divergências significativas no custo;
- O fornecimento de todos os dados solicitados pela direção do serviço ou outrem autorizado pela mesma;
- Programar e desenvolver métodos de trabalho;
- Comparecer as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Cuidar para que o ambiente de trabalho seja higiênico e agradável;
- Realizar reuniões, sempre que necessário, com outros setores;
- Elaborar relatórios estatísticos mensais e anuais;
- Zelar pelo material de trabalho;

### **2.7.2. SERVIÇOS DE CONTABILIDADE**

Para a organização e implantação dos serviços de gestão de custos bem como processos das rotinas de administração financeira, que ficarão sob responsabilidade da Direção Administrativo Financeira.

O Setor de Contabilidade está subordinado à Diretoria Administrativa, obedecendo sempre ao preconizado pelo instrumento máximo desta Instituição, o Regulamento da Unidade. É responsável pela confecção do Balanço Patrimonial e as demonstrações, buscando simplificar as contas para colaborar com a Administração e demais serviços.

Ao Setor de Contabilidade atribuem-se:

- Classificação das contas.
- Confecção das Demonstrações Contábeis.
- Manutenção dos relatórios contábeis em dia.
- Emissão de relatórios gerencial e setorial.

- Zelo pela organização, arquivamento e segurança de toda documentação fiscal, tributária e de pessoal, inerentes ao Setor de Contabilidade.
- Providência das provisões previstas em Lei
- Análise de contas.
- Conciliações bancárias.

---

## **2.8. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FATURAMENTO**

---

A unidade é responsável pelo processamento das contas hospitalares dos clientes assistidos nos diversos serviços do Hospital de forma a garantir o correspondente afluxo de recursos financeiros que serão processados e encaminhados para que a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás possa ser ressarcida pelo Ministério da Saúde. É de responsabilidade deste departamento o credenciamento de todos os serviços assistenciais e atualização constante no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, bem como a auditoria da adequada permanência dos clientes internados, das evoluções e prescrições médicas e de outros profissionais, de acordo com as resoluções e padronizações implementadas pelas Comissões Hospitalares.

### **Finalidades do Faturamento:**

- Confecção das contas de todos os pacientes que adentram no Hospital, tanto internos como externos, cada qual através do seu respectivo convênio, segundo tabelas e normas firmadas através de contrato prévio.
- Conservação dos sistemas de registro de todas as despesas tais como; materiais de consumo, medicamentos e exames complementares, para posteriores cobranças dos pacientes, convênios, organizações, seguradoras e previdenciárias
- Confecção de relatórios estatísticos à administração, que dará subsídios para tomada de decisões, avaliação do desempenho e da produtividade da instituição.

### **Atribuições Orgânicas**

- Recolher e ordenar toda a documentação que deve ser utilizada para serem faturados os débitos dos serviços que foram prestados a pacientes de convênio.

- Recolher os prontuários dos pacientes que tiveram alta e comparar as prescrições, analisando a possibilidade da cobrança do mesmo respeitando os critérios estabelecidos pelo convênio e ministério da saúde.
- Extrair notas fiscais de prestação de serviços para os pacientes particulares e consigná-las à tesouraria e contabilidade para que sejam cobradas e faturadas.
- Extrair notas fiscais de prestação de serviços aos convênios para serem entregues aos mesmos dentro do prazo fixado e da forma que o mesmo exige.
- Preencher as autorizações de internação hospitalar para serem encaminhadas ao mesmo, dentro do prazo fixado e da forma que o mesmo exige.
- Encaminhar relatórios consistente de produção e receita das faturas existentes tanto de convênio como do Sistema Único de Saúde para fins de gerenciamento.
- Manter sempre atualizada uma tabela de preços dos produtos e serviços.
- Elaborar critérios escritos e de comum acordo com a administração, para os repasses dos honorários profissionais.
- Fazer relação escrita, em quadros comparativos mensais, do faturamento de cada convênio.
- Montar mapas de controle dos valores faturados, glosados, recebidos, por convênio.
- Preparar recurso contra glosas do convênio.

### **Quadro de Pessoal**

O quadro de pessoal do setor de faturamento é composto da seguinte forma:

- I- Gerente de Faturamento (nível Superior)
- II- Auxiliar Administrativo (faturista)

Os trabalhos desenvolvidos pelos profissionais dividem-se em faturamento interno e externo, onde o interno são as contas dos pacientes internados e o externo são as contas do atendimento ambulatorial, pronto socorro e outras atividades de diagnóstico e tratamento.

### **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.

### **Atribuições Funcionais:**

#### **Compete ao Faturista S.U.S Interno.**

- Certificar-se quanto ao preenchimento correto de todos os campos cabíveis ao hospital, 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 e pela Direção do Hospital;
- Comunicar à chefia direta quaisquer informações julgadas necessárias.
- A execução das contas de todos os pacientes internos que usufruírem dos serviços prestados pelo hospital e seus profissionais;
- A verificação da procedência de glosas, recorrendo às mesmas quando necessário;
- O fornecimento de todos os dados solicitados pela direção do hospital 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 as reuniões ordinárias e extraordinárias das chefias do Hospital;
- Cuidar para que o ambiente de trabalho seja higiênico e agradável;
- Realizar reuniões, sempre que necessário, com outros setores ligados as atividades do faturamento;
- Elaborar relatórios estatísticos mensais e anuais;
- Zelar pelo material de trabalho;
- Elaborar escala de serviço e controlar frequência;

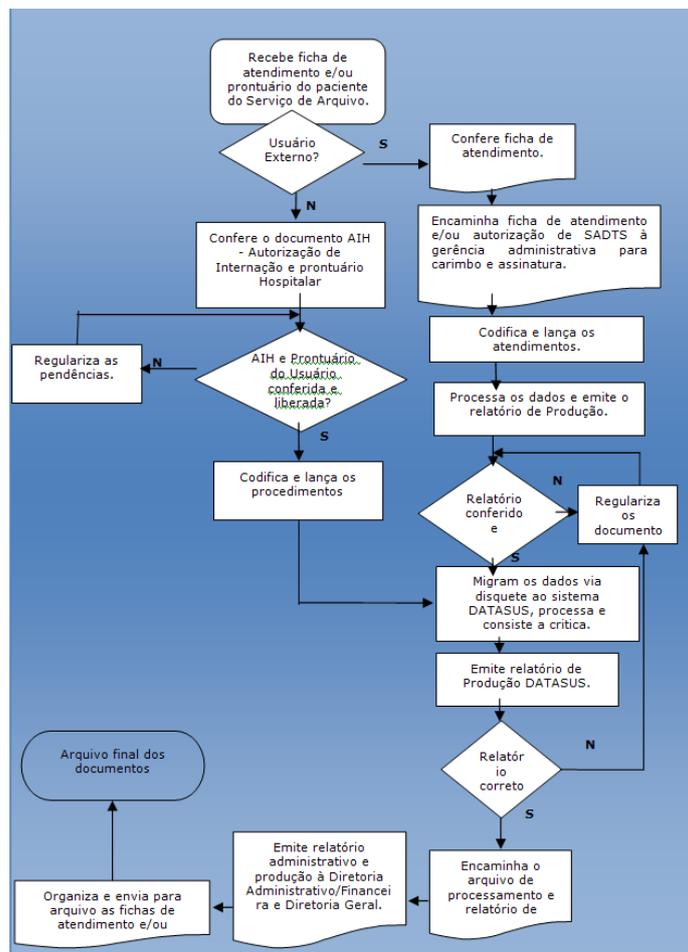
- Realizar o relatório de gratuidade mensalmente;
- Realizar o relatório das AIHs, enviando a Secretaria Estadual de Saúde em tempo hábil.

**Compete ao Faturista de SUS Externo:**

- Elaborar conta hospitalar de serviços prestados a pacientes internos e externos atendidos pelo hospital;
- Emitir faturas de serviços prestados a pacientes dos respectivos convênios;
- Analisar as glosas recebidas dos convênios, recorrendo-as quando de direito;
- Zelar para que todas as contas sejam encerradas dentro dos prazos preconizados;
- Certificar se os débitos contidos na C/C do paciente correspondem aos MAT/MED e SADT utilizados pelo mesmo, segundo a prescrição médica e relatórios de enfermagem;
- Comunicar à chefia imediata quaisquer informações julgadas necessárias;
- Zelar para que sejam devidamente documentados os serviços prestados aos pacientes internos e externos, evitando assim, glosas;
- Manter-se atualizado quanto a novas deliberações da Direção do hospital, dos convênios;
- Zelar pelo sigilo das informações contidas nos prontuários dos pacientes;
- Comunicar à Diretoria Geral e/ou Assistência Administrativa quaisquer anormalidades;
- Frequentar cursos, treinamentos e atividades de ensino no que se refere a faturamento hospitalar;
- Programar e desenvolver métodos de trabalho;
- Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias das chefias do Hospital;
- Promover reunião com os setores afins;
- Controlar e zelar pelo material de trabalho;
- Colocar os preços nas notas de débitos de materiais, medicamentos

## Fluxo de Faturamento:

### Macroprocesso do Faturamento



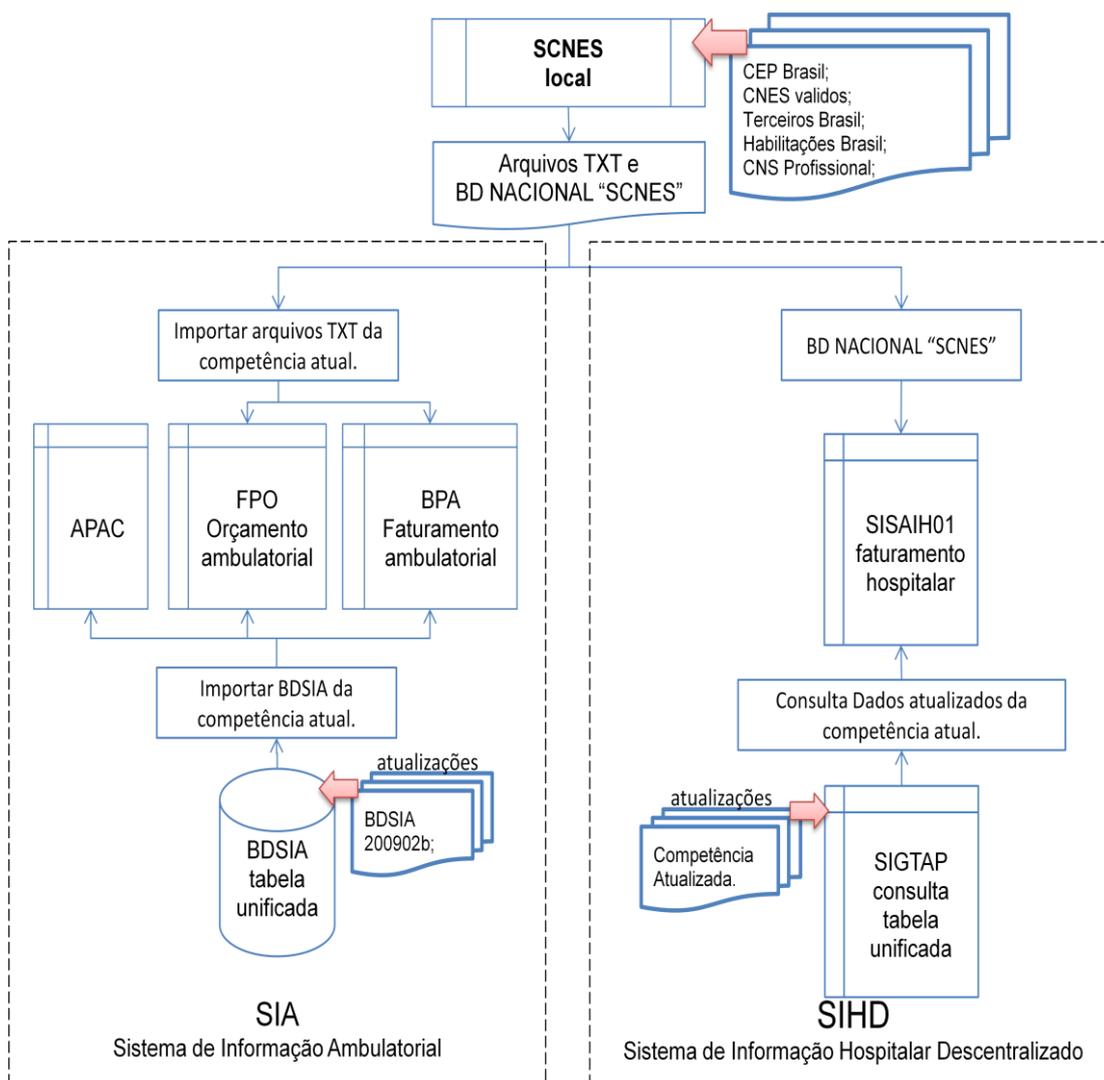
Pela metodologia utilizada na Pró-Saúde, as rotinas administrativas são consideradas Instrução de Trabalho. No anexo I encontram-se as principais rotinas administrativas do serviço, que poderão ser adaptadas para a confecção de um manual.

Na sequência encontra-se o Manual do serviço.

## 2.7.1. MANUAL OPERACIONAL DE SISTEMATIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FATURAMENTO

### LÓGICA DO FATURAMENTO

Os sistemas do DATASUS trabalham todos integrados, iniciando a partir do cadastro do SCNES e a concluir no FATURAMENTO. Devemos manter todos os sistemas atualizados e todos na mesma competência, mantendo este fluxo você não terá problemas no fechamento de seu faturamento.



#### 1. ATUALIZANDO SEU SISTEMA DEVIDAMENTE

Todo início de mês e/ou início de competência o Sistema DATASUS disponibiliza atualizações na maioria de seus sistemas: BDSIA, BPA MAGNETICO, FPO MAGNETICO, APAC, SISSA, SIGTAP, SISAIH01 e CNES.

**ATENÇÃO: Antes de efetuar qualquer atualização efetue SEMPRE O BACKUP da sua base de dados atual.**

Para uma maior organização você poderá criar um diretório (pasta) para armazenar todas as atualizações dos sistemas, salvando assim o arquivo na referida pasta de seu sistema. EX: C:\Atualizacoes\XXX, onde XXX – é o nome da pasta de seu sistema.

Abaixo segue como atualizar seu sistema:

**BDSIA:** baixe atualização no site <http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php>, opção SIA, clique no link referente à base atual BDSIAAAAMML.exe, onde AAAA - ano da competência, MM – mês da competência e L – letra referente à atualização corrente da base (dentro de uma competência poderá haver mais de uma atualização). EX: BDSIA200902b.

Salvar o arquivo na pasta C:\SIA ou na pasta de atualizações, execute-o após o termino, confirmando as perguntas com Y = "SIM".

**ATENÇÃO: Este procedimento é realizado apenas no servidor aonde se encontra a base de dados do SIA.**

**APAC MAGNETICO:** baixe atualização no site <http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php>, opção APAC MAGNÉTICO, clique no link referente ao arquivo de atualização APACVVVV.exe, onde APAC – nome do sistema, VVVV – versão atual do sistema. EX: APAC0116.exe

Salvar o arquivo na pasta C:\APAC ou na pasta de atualizações, copie-o para o diretório do sistema e execute-o. Copie o arquivo da base de dados do SAI para o diretório da APAC, o arquivo BDSIA, referente à atualização da competência vigente, execute o arquivo BDSIA. Para este procedimento siga os passos da atualização do BDSIA.

**ATENÇÃO: Mantenha o sistema fechado para efetuar a atualização e que deverá ocorrer em todas as máquinas que possuem o sistema, caso tenha em outras máquinas.**

**BPA MAGNETICO:** baixe atualização no site <http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php>, opção BPA MAGNÉTICO, clique no link

referente ao arquivo de atualização BPAVVVV.exe, onde BPA – nome do sistema, VVVV – versão atual do sistema. EX: BPA0115.exe

Salvar o arquivo na pasta C:\Datusus\BPA ou na pasta de atualizações, execute-o após o termino, clicando na opção browser, selecione o caminho C:\Datusus\BPA e clique em UNZIP, OK e Close.

***ATENÇÃO: Mantenha o sistema fechado para efetuar a atualização e que deverá ocorrer em todas as máquinas que possuem o sistema.***

**FPO MAGNETICO:** baixe atualização no site <http://w3.datusus.gov.br/siasih/siasih.php>, opção FPO MAGNÉTICO, clique no link referente ao arquivo de atualização.

Salvar o arquivo na pasta C:\Datusus\FPO ou na pasta de atualizações, execute-o após o termino, clique nas opções avançar até concluir.

**SISSA:** baixe atualização no site <http://autorizador.datusus.gov.br>, opção downloads, usuário: SUPER, senha: SUPER.

Salvar o arquivo na pasta C:\Datusus\SISSA ou na pasta de atualizações, execute-o após o termino, clique nas opções avançar até concluir.

**SIGTAP:** baixe atualização no site <http://sigtap.datusus.gov.br/tabela-unificada/app/download.jsp>, clique no link referente à competência atual.

Salvar o arquivo na pasta C:\Datusus\Sigtap ou na pasta de atualizações, execute o SIGTAP e importe a nova competência.

**SISAIH01:** baixe atualização no site <http://sihd.datusus.gov.br>, clique no link referente ao novo arquivo da competência atual.

Salvar o arquivo na pasta C:\Datusus\SISAIH01 ou na pasta de atualizações, execute-o após o termino, clique nas opções avançar até concluir.

***ATENÇÃO: Mantenha o sistema fechado para efetuar a atualização e que deverá ocorrer em todas as máquinas que possuem o sistema.***

**SCNES:** baixe atualização no site <http://cnes.datusus.gov.br>, selecione a opção SERVIÇOS, clique no link referente à nova versão disponibilizada. EX: SCNES\_XXXX.exe, onde X – número da versão disponibilizada.

**Atenção:** O SCNES é disponibilizado na versão completa ou atualização, se você já possui uma instalação, utilize a opção atualização, caso contrário utilizar a versão completa.

Após o término do download da nova versão, selecione a opção SERVIÇOS, selecione a opção RECEBIMENTO DE ARQUIVOS e baixe os arquivos atualizados referente ao SCNES Válidos e Expirados, Terceiros Brasil, Habilitações Brasil, CEP Brasil, CNS Profissional Brasil.

**Estes arquivos são atualizados semanalmente.**

Na opção Terceiros Brasil baixe o arquivo TerceirosBrasilXX.zip e após o término renomeie o arquivo para TerceirosBrasil.zip, onde XX – número de sua região.

Salvar os arquivos na pasta C:\Datusus\CNES ou na pasta de atualizações e importe cada uma dos arquivos para a base de dados do sistema do SCNES.

**2. EXPORTANDO TABELA SCNES**

Antes de exportar é necessário verificar a competência vigente, caso esteja incorreta, entre em outros\fechar competência.

**“Repita o procedimento até chegar à competência desejada.”**

Depois de realizada as importações das atualizações e correções (inclusão e/ou exclusão de procedimento e/ou profissionais) realize a advertência e consistência.

**ATENÇÃO: caso haja erros, favor corrigi-las.**

**Gerando arquivos TXT:**

Para gerar os arquivos TXT que serão importados nos sistemas do SIA, entre em Outros\Gerar Base Padrão TXT\SIA/SIH/CIH.

Selecione a opção estabelecimentos e informe qual instituição esta desejando exportar, clique em OK.

Será solicitado o caminho a ser gerado os arquivos TXT. Informe C:\DATASUS\CNES\_TXT.

**Gerando arquivos BD NACIONAL:**

Para gerar os arquivos da bd nacional para enviar por email e CD, entre em Movimento\Exportação.

Selecione Secretaria Estadual, opção Seleção, clique em adicionar, selecione a sua instituição, depois não se esqueça de marcar e informe o local em que serão gerados os arquivos exportados, C:\DATASUS\CNES, clique em FINALIZAR.

Após o término selecione os arquivos gerados e grave os no CD e envie por email, para seus respectivos responsáveis.

EX: exp\_CNES2PAXXXXXDDMMAAAAHHMMZZYYYYVVVV.qrp, onde exp – nomenclatura utilizada para informa arquivo exportado, CNES2PA – informa que é para o ESTADO, XXXXXX – numero do estabelecimento, DDMMAAAA – dia/mês/ano da exportação, HHMM – hora minuto da exportação, ZZYYYY – mês\ano da competência, VVVV – versão da competência.

CNES2PAXXXXXDDMMAAAAHHMMZZYYYYVVVV.bck, onde CNES2PA – informa que é para o ESTADO, XXXXXX – numero do estabelecimento, DDMMAAAA – dia/mês/ano da exportação, HHMM – hora minuto da exportação, ZZYYYY – mês\ano da competência, VVVV – versão da competência.

**ATENÇÃO: Observe que são 02 (dois) arquivos exportados de diferentes extensões (QRP e BCK), onde QRP – relatório e BCK – dados (informações).**

#### **Gerando arquivos BD REGIONAL:**

Para gerar os arquivos da bd regional para enviar por email e CD, entre em Movimento\Exportação.

Selecione Região de Saúde, opção Seleção, clique em adicionar, selecione a sua instituição, depois não se esqueça de marcar e informe o local em que serão gerados os arquivos exportados, C:\DATASUS\CNES, clique em FINALIZAR.

Após o término selecione os arquivos gerados e grave os no CD e envie por email, para seus respectivos responsáveis.

EX: exp\_CNES1PAXXXXXDDMMAAAAHHMMZZYYYYVVVV.qrp, onde exp – nomenclatura utilizada para informa arquivo exportado, CNES1PA – informa que é para a REGIAO DE SAÚDE, XXXXXX – número do estabelecimento, DDMMAAAA – dia/mês/ano da exportação, HHMM – hora minuto da exportação, ZZYYYY – mês\ano da competência, VVVV – versão da competência.

CNES1PAXXXXXXDDMMAAAHHMMZZYYYYVVVV.bck, onde CNES1PA – informa que é para a REGIAO DE SAÚDE, XXXXXX – número do estabelecimento, DDMMAAAA – dia/mês/ano da exportação, HHMM – hora minuto da exportação, ZZZYYY – mês\ano da competência, VVVV – versão da competência.

### **3. EXPORTANDO AUTORIZAÇÕES (SISSA)**

Entre no menu Operacional/Exportações, ou clique no botão EXPORTAÇÃO, selecione a opção que deseja [TODAS, HOSPITALAR, AMBULATORIAL, BPA-I] e clique em EXPORTAR. Será solicitado para salvar o arquivo de exportação que é um arquivo XML. Salve na área de trabalho [DESKTOP] e certifique-se que o arquivo foi salvo. Após verificado, abra-o e visualize as informações se estão corretas.

**GRAVANDO NO CD:** Selecione o arquivo salvo na área de trabalho [DESKTOP] e coloque-o no CD e depois peça para gravar CD.

### **RESTAURANDO UMA EXPORTAÇÃO**

Caso seja necessário re-exportar uma solicitação entre no menu Movimento/Hospitalar ou Ambulatorial pesquise as solicitações que deseja re-exportar, para selecionar mais de uma solicitação, pressione a tecla shift+seta para baixo ou caso deseje de forma alternada pressione a tecla ctrl+clique do mouse. Após ter selecionado, clique em RESTAURAR.

### **4. FECHAMENTO DO FATURAMENTO**

No fechamento do faturamento deve-se verificar se não existe nenhum erro e/ou advertência, caso exista corrija-la antes de gerar CD de envio ao estado.

#### **SISAIH01:**

*mono-usuário:* Consistir Produção, Apurar Prévia, Exportar Produção.

*multi-usuário:* PC01 - Consistir Produção, Apurar Prévia, Exportar Produção.

**ATENÇÃO: caso haja erros e/ou advertências, favor corrigi-las.**

“Salve o arquivo exportado, para que este seja importado no computador que se fará o fechamento.” Utilize a unidade da rede disponível no momento ou um dispositivo externo.

EX: AAAAMMAIHNNNNNN\_PC01.txt – onde AAAA – ano da competência, MM – mês da competência, NNNNNN – código do estabelecimento, PC01 – computador 01.

**\* Repetir operação para os demais computadores.**

No computador que será efetuado o fechamento, entre na opção manutenção\importar\produção. "Selecione o arquivo gerado dos outros computadores." EX: AAAAMMAIHNNNNN\_PC01.txt

**\* Repetir operação para os demais arquivos.**

Execute: Consistência, Apuração de Prévia e Exportar Produção.

**ATENÇÃO: caso haja erros e/ou advertências, favor corrigi-las.**

Salve 01 (uma) cópia do arquivo de prévia e do protocolo de exportação gerado.

Imprima 02 (duas) vias do arquivo de prévia, do protocolo de exportação e do relatório de valores por AIH.

**ATENÇÃO:** Para facilitar, crie uma pasta e vá criando subpastas referentes a cada competência, para que se mantenham juntos os 03 (três) arquivos gerados. "protocolo, prévia e exportação"

**ATENÇÃO:** Salve estes arquivos em C:\DATASUS\APRESENTACAO\2009\SISAIH01\xxx , onde

xxx – são as pastas referidas para cada apresentação exportada, seja ela para o grupo.

Gravação do CD: Gravar no CD que será enviado ao GRUPO, os seguintes arquivos: "protocolo.qrp", "previa.qrp" e "arquivo exportado.txt"

**REAPRESENTAÇÃO:** Reapresente as AIH's.

Execute: Consistência, Apuração de Prévia e Exportar Produção.

**ATENÇÃO: caso haja erros e/ou advertências, favor corrigi-las.**

Salve 01 (uma) cópia do arquivo de prévia e do protocolo de exportação gerado.

Imprima 02 (duas) vias do arquivo de prévia, do protocolo de exportação e do relatório de valores por AIH.

**ATENÇÃO:** Salve estes arquivos em C:\DATASUS\APRESENTACAO\2009\SISAIH01\xxx, onde

xxx – são as pastas referidas para cada apresentação exportada, seja ela para a SESP.A.

Gravação do CD: Gravar no CD que será enviado a SESP.A, os seguintes arquivos: **“protocolo.qrp”, “previa.qrp” e “arquivo exportado.txt”**

### **BPA MAGNÉTICO/:**

O sistema permite trabalhar em rede, se você estiver trabalhando em rede, é necessário efetuar o fechamento, somente na máquina que se destina ser a servidora.

Após executada a consistência, feche o programa e abra novamente para liberá-lo para digitação.

**ATENÇÃO: verifique sempre o mês de sua competência antes de iniciar os lançamentos.**

### **EXPORTAR:**

O arquivo gerado será criado automaticamente em uma pasta chamada EXPORTA, que fica em C:\DATASUS\BPA\EXPORTA.

É solicitado para informar um nome de arquivo que será gerado com os dados. Informe o nome HRT, pois o sistema automaticamente irá gerar um arquivo contendo os dados da exportação.

EX: PAXXX.MMM, onde – PA – nomenclatura do sistema, xxx – nome da instituição, mmm – mês de sua competência. “Lembrando que MMM, será automático em todos os meses de sua competência atual.”

**ATENÇÃO:** Será solicitado efetuar um backup antes de exportar as informações, realize o backup, salvando-o com BKP\_DDMMAAAA, onde BKP – nomenclatura para backup, DD – dia do mês, mm – mês corrente, AAAA – ano corrente.

Imprimir relatório de controle de remessa em 02 (duas) vias, onde é gerado um arquivo contendo as informações deste relatório em C:\DATASUS\BPA\EXPORTA de nome **RELEXP.PRN**

Gravação do CD: Gravar no CD que será enviado, os seguintes arquivos: **“RELEXP.PRN” e “PAXXX.MMM”**

### **APAC MAGNÉTICO:**

O sistema permite trabalhar em rede, se você estiver trabalhando em rede, é necessário efetuar o fechamento, somente na máquina que se destina ser a servidora.

Depois de gerada prévia, feche o programa e abra novamente para liberá-lo para digitação.

**ATENÇÃO: verifique sempre o mês de sua competência antes de iniciar os lançamentos.**

### **EXPORTAR:**

O arquivo gerado será criado automaticamente em uma pasta chamada EXPORTA, que fica em C:\DATASUS\APAC\EXPORTA.

É solicitado para informar um nome de arquivo que será gerado com os dados. Informe o nome HRT, pois o sistema automaticamente irá gerar um arquivo contendo os dados da exportação.

EX: PAXXX.MMM, onde – PA – nomenclatura do sistema, xxx – nome da instituição, mmm – mês de sua competência. “Lembrando que MMM, será automático em todos os meses de sua competência atual.”

**ATENÇÃO:** Será solicitado efetuar um backup antes de exportar as informações, realize o backup, salvando-o com BKP\_DDMMAAAA, onde BKP – nomenclatura para backup, DD – dia do mês, mm – mês corrente, AAAA – ano corrente.

Imprimir relatório de controle de remessa em 02 (duas) vias, onde é gerado um arquivo contendo as informações deste relatório em C:\DATASUS\APAC\EXPORTA de nome **RELEXP.PRN**

Gravação do CD: Gravar no CD que será enviado, os seguintes arquivos: **“RELEXP.PRN”** e **“PAXXX.MMM”**

### **SISMAMA:**

O sistema permite trabalhar em rede, se você estiver trabalhando em rede, é necessário efetuar o fechamento, somente na máquina que se destina ser a servidora.

Após executada a consistência, feche o programa e abra novamente para liberá-lo para digitação.

**ATENÇÃO: verifique sempre o mês de sua competência antes de iniciar os lançamentos.**

**EXPORTAR:**

O arquivo gerado será criado automaticamente em uma pasta chamada EXPORTA, que fica em C:\DATASUS\SISMAMA\EXPORTA.

É solicitado para informar um nome de arquivo que será gerado com os dados. Informe o nome HRT, pois o sistema automaticamente ira gerar um arquivo contendo os dados da exportação.

EX: PAXXX.MMM, onde – PA – nomenclatura do sistema, xxx – nome da instituição, mmm – mês de sua competência. “Lembrando que MMM, será automático em todos os meses de sua competência atual.”

**ATENÇÃO:** Será solicitado efetuar um backup antes de exportar as informações, realize o backup, salvando-o com BKP\_DDMMAAAA, onde BKP – nomenclatura para backup, DD – dia do mês, mm – mês corrente, AAAA – ano corrente.

Imprimir relatório de controle de remessa em 02 (duas) vias, onde é gerado um arquivo contendo as informações deste relatório em C:\DATASUS\SISMAMA\EXPORTA de nome **RELEXP.PRN.**

Gravação do CD: Gravar no CD que será enviado, os seguintes arquivos: **“RELEXP.PRN”** e **“PAXXX.MMM”**

**OBS.:**

- **Todo e qualquer atualização deverá ocorrer em bases de teste;**
- **Realizar backup antes de promover qualquer alteração junto ao banco de dados.**

## 2.9. PROPOSTA DE QUANTIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA,

### 2.9.1. ATIVIDADES HOSPITALARES - INTERNAÇÃO

O hospital deverá realizar um número de saídas hospitalares no compatível e de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Os quadros abaixo demonstram as estimativas de metas mediante o cronograma operacional proposto pela SMS. A abertura dos leitos de internação está prevista para o ano de 2016.

<b>SAÍDAS HOSPITALARES - 2016</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Clínica Médica	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	852
Clínica Cirúrgica	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	852
Pediatria	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	708
Total	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	2.412
% de implantação	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	
<b>SAÍDAS HOSPITALARES - 2017</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Clínica Médica	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	1.140
Clínica Cirúrgica	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	1.140
Pediatria	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	948
Total	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	3.228
% de implantação	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	
<b>SAÍDAS HOSPITALARES - 2017</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Clínica Médica	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	1.140
Clínica Cirúrgica	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	1.140
Pediatria	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	948
Total	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	3.228
% de implantação	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	

## 2.9.2. CIRURGIA AMBULATORIAL

Os quadros abaixo demonstram as estimativas de metas mediante o cronograma operacional proposto pela SMS. O início das atividades do serviço de cirurgia ambulatorial está previsto para 2015.

<b>CIRURGIA AMBULATORIAL - 2015</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Cirurgia Ambulatorial	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	2.112
Total	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	2.112
% de implantação	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	

<b>CIRURGIA AMBULATORIAL - 2016</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Cirurgia Ambulatorial	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	4.224
Total	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	4.224
% de implantação	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

<b>CIRURGIA AMBULATORIAL - 2017</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Cirurgia Ambulatorial	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	4.224
Total	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	4.224
% de implantação	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

<b>CIRURGIA AMBULATORIAL - 2018</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Cirurgia Ambulatorial	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	4.224
Total	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	4.224
% de implantação	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

### 2.9.3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Os quadros abaixo demonstram as estimativas de metas mediante o cronograma operacional proposto pela SMS. O início das atividades do ambulatório está previsto para 2014.

<b>ATENDIMENTO AMBULATORIAL - 2014</b>													
	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 6	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
1ª consulta	NA	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	33.000
Retorno	NA	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	11.000
Intercorrências/Interconsulta	NA	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	5.500
consulta não médica	NA	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	14.850
<b>TOTAL</b>	NA	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	49.500
% da Implantação	NA	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	

<b>ATENDIMENTO AMBULATORIAL - 2015</b>													mês	total
	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	12		
1ª consulta	3.450	3.450	3.450	3.450	3.450	3.450	3.450	3.450	3.450	3.450	3.450	3.450	41.400	
Retorno	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	13.800	
Intercorrências/Interconsulta	575	575	575	575	575	575	575	575	575	575	575	575	6.900	
consulta não médica	1.553	1.553	1.553	1.553	1.553	1.553	1.553	1.553	1.553	1.553	1.553	1.553	18.636	
<b>TOTAL</b>	5.175	5.175	5.175	5.175	5.175	5.175	5.175	5.175	5.175	5.175	5.175	5.175	62.100	
% da Implantação	58%	58%	58%	58%	58%	58%	58%	58%	58%	58%	58%	58%		

<b>ATENDIMENTO AMBULATORIAL - 2016</b>													mês	total
	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	12		
1ª consulta	4.485	4.485	4.485	4.485	4.485	4.485	4.485	4.485	4.485	4.485	4.485	4.485	53.820	
Retorno	1.495	1.495	1.495	1.495	1.495	1.495	1.495	1.495	1.495	1.495	1.495	1.495	17.940	
Intercorrências/Interconsulta	748	748	748	748	748	748	748	748	748	748	748	748	8.976	
consulta não médica	2.019	2.019	2.019	2.019	2.019	2.019	2.019	2.019	2.019	2.019	2.019	2.019	24.228	
<b>TOTAL</b>	6.728	6.728	6.728	6.728	6.728	6.728	6.728	6.728	6.728	6.728	6.728	6.728	80.736	
% da Implantação	76%	76%	76%	76%	76%	76%	76%	76%	76%	76%	76%	76%		

<b>ATENDIMENTO AMBULATORIAL - 2017</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
1ª consulta	5.158	5.158	5.158	5.158	5.158	5.158	5.158	5.158	5.158	5.158	5.158	5.158	61.896
Retorno	1.719	1.719	1.719	1.719	1.719	1.719	1.719	1.719	1.719	1.719	1.719	1.719	20.628
Intercorrências/Interconsulta	860	860	860	860	860	860	860	860	860	860	860	860	10.320
consulta não médica	2.321	2.321	2.321	2.321	2.321	2.321	2.321	2.321	2.321	2.321	2.321	2.321	27.852
<b>TOTAL</b>	<b>7.737</b>	<b>92.844</b>											
% da Implantação	87%	87%	87%	87%	87%	87%	87%	87%	87%	87%	87%	87%	

<b>ATENDIMENTO AMBULATORIAL - 2018</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
1ª consulta	5.932	5.932	5.932	5.932	5.932	5.932	5.932	5.932	5.932	5.932	5.932	5.932	71.184
Retorno	1.977	1.977	1.977	1.977	1.977	1.977	1.977	1.977	1.977	1.977	1.977	1.977	23.724
Intercorrências/Interconsulta	989	989	989	989	989	989	989	989	989	989	989	989	11.868
<b>TOTAL</b>	<b>2.669</b>	<b>32.028</b>											
% da Implantação	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
consulta não médica	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	16.200

#### 2.9.4. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS:

Os quadros abaixo demonstram as estimativas de metas mediante o cronograma operacional proposto pela SMS. O início das atividades do serviço de urgência e emergência está previsto para o ano de 2016.

<b>ATENDIMENTO URGÊNCIA - 2016</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Consulta de Urgência	3900	3900	3900	3900	3900	3900	3900	3900	3900	3900	3900	3900	46.800
<b>Total</b>	<b>3.900</b>	<b>46.800</b>											
% de Implantação	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	

<b>ATENDIMENTO URGÊNCIA - 2017</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Consulta de Urgência	5200	5200	5200	5200	5200	5200	5200	5200	5200	5200	5200	5200	62.400
Total	5.200	5.200	5.200	5.200	5.200	5.200	5.200	5.200	5.200	5.200	5.200	5.200	62.400
% de Implantação	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	

<b>ATENDIMENTO URGÊNCIA - 2018</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Consulta de Urgência	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	78.000
Total	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	78.000
% de Implantação	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

### 2.9.1. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO SADT

Os quadros abaixo demonstram as estimativas de metas mediante o cronograma operacional proposto pela SMS. O início das atividades do serviço de urgência e emergência está previsto para o ano de 2014

<b>SADT - 2014</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	mês 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Laboratório de Análises Clínicas	2.000	2.400	2.880	3.456	4.147	4.976	5.971	7.165	8.598	10.317	12.381	15.000	79.291
Anatomia Patológica	15	18	22	26	31	37	45	54	65	77	92	100	582
Radiologia	150	180	216	259	311	373	448	537	645	774	930	1.000	5.823
USG	100	118	139	164	194	228	270	318	376	444	523	600	3.474
Endoscopia Digestiva Alta	100	111	123	137	152	169	187	208	230	256	284	300	2.257
Colonoscopia	50	56	62	68	76	84	94	104	115	128	142	150	1.129
Exames para Diagnóse (outros)	300	366	446	545	665	811	989	1.207	1.472	1.796	2.191	2.500	13.288
<b>TOTAL</b>	<b>2.715</b>	<b>3.249</b>	<b>3.888</b>	<b>4.655</b>	<b>5.576</b>	<b>6.678</b>	<b>8.004</b>	<b>9.593</b>	<b>11.501</b>	<b>13.792</b>	<b>16.543</b>	<b>19.650</b>	<b>105.844</b>

<b>SADT - 2015</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	me 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Laboratório de Análises Clínicas	17.250	17.250	17.250	17.250	17.250	17.250	17.250	17.250	17.250	17.250	17.250	17.250	207.000
Anatomia Patológica	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	1.380
Radiologia	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	13.800
USG	690	690	690	690	690	690	690	690	690	690	690	690	8.280
Endoscopia Digestiva Alta	345	345	345	345	345	345	345	345	345	345	345	345	4.140
Colonoscopia	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	2.076
Exames para Diagnóse (outros)	2.875	2.875	2.875	2.875	2.875	2.875	2.875	2.875	2.875	2.875	2.875	2.875	34.500
<b>TOTAL</b>	<b>22.598</b>	<b>271.176</b>											

<b>SADT - 2016</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	me 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Laboratório de Análises Clínicas	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	180.000
Anatomia Patológica	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1.200
Radiologia	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	12.000
USG	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	7.200
Endoscopia Digestiva Alta	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
Colonoscopia	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1.800
Exames para Diagnóse (outros)	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	30.000
<b>TOTAL</b>	<b>19.650</b>	<b>235.800</b>											

<b>SADT - 2017</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	me 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Laboratório de Análises Clínicas	25.789	25.789	25.789	25.789	25.789	25.789	25.789	25.789	25.789	25.789	25.789	25.789	309.465
Anatomia Patológica	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	2.070
Radiologia	1.719	1.719	1.719	1.719	1.719	1.719	1.719	1.719	1.719	1.719	1.719	1.719	20.631
USG	1.032	1.032	1.032	1.032	1.032	1.032	1.032	1.032	1.032	1.032	1.032	1.032	12.379
Endoscopia Digestiva Alta	516	516	516	516	516	516	516	516	516	516	516	516	6.196
Colonoscopia	259	259	259	259	259	259	259	259	259	259	259	259	3.105
Exames para Diagnóse (outros)	4.298	4.298	4.298	4.298	4.298	4.298	4.298	4.298	4.298	4.298	4.298	4.298	51.571
<b>TOTAL</b>	<b>33.785</b>	<b>405.416</b>											

<b>SADT - 2018</b>	mês 01	mês 02	mês 03	mês 04	mês 05	me 06	mês 07	mês 08	mês 09	mês 10	mês 11	mês 12	total
Laboratório de Análises Clínicas	29.657	29.657	29.657	29.657	29.657	29.657	29.657	29.657	29.657	29.657	29.657	29.657	355.885
Anatomia Patológica	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	2.381
Radiologia	1.977	1.977	1.977	1.977	1.977	1.977	1.977	1.977	1.977	1.977	1.977	1.977	23.726
USG	1.186	1.186	1.186	1.186	1.186	1.186	1.186	1.186	1.186	1.186	1.186	1.186	14.235
Endoscopia Digestiva Alta	594	594	594	594	594	594	594	594	594	594	594	594	7.126
Colonoscopia	298	298	298	298	298	298	298	298	298	298	298	298	3.571
Exames para Diagnóse (outros)	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	30.000
<b>TOTAL</b>	<b>36.410</b>	<b>436.923</b>											

Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada no Pacto pela Saúde 2006 para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

## **2.10. POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS**

---

A Política de Gestão de Recursos Humanos contempla os aspectos relacionados à produção de bens e serviços e representa o estabelecimento de gamas e filosofias que devem orientar o relacionamento com a força de trabalho de uma organização.

A determinação da força de trabalho necessária para o cumprimento da “missão” da instituição será definida, respeitando-se as características próprias do segmento e mercado que a mesma atua, seja na produção de bens ou serviços.

As atividades pertinentes à gestão de pessoas, talentos humanos ou recursos humanos, adota a conceituação que melhor se adequa ao perfil da empresa, serão realizadas de forma abrangente e corporativa, com a implementação da “Função de Gestão de Recursos Humanos”.

A “Função de Gestão de Recursos Humanos” será conhecida como o conjunto constituído por:

- Política de Gestão de Recursos Humanos,
- As Finalidades Departamentais,
- Instrumentos Aplicados (programas, planos e atividades realizadas).

A Política de Gestão de Recursos Humanos deverá propiciar o balizamento dos salários praticados interna e externamente, através da elaboração e implantação do Plano de Cargos e Salários que determinará o patamar do salário nominal para as diversas funções e poderão ser complementados com salário variável, decorrente dos ganhos de produtividade e da lucratividade empresarial.

O processo de recrutamento e seleção de pessoas será direcionado a partir de fontes adequadas de recrutamento e técnicas de seleção aplicáveis conforme as características das diversas funções existentes. Particularmente, para as funções relacionadas à atividade essencial e de características explicitamente operacionais e que exijam, a aplicação de testes de aptidão, personalidade e similares. Estas deverão ter o potencial de determinação dos eventuais desvios de comportamento e serem obrigatoriamente aplicados.

A gama de benefícios sociais a disponibilizar, poderá ser definida a partir do estabelecimento do perfil social dos funcionários ou em decorrência do histórico de demandas evidenciadas no relacionamento com o corpo funcional. A co-participação percentual dos funcionários no acesso a determinados benefícios e a análise da vida pregressa na empresa, servirão como parâmetro para liberação dos benefícios. Terá como objetivo, evitar o paternalismo e propiciar a ampliação gradativa da gama de benefícios e a sua abrangência, de forma a atender a maioria dos funcionários.

A qualidade de vida no trabalho será determinada pelas condições ergonômicas do ambiente e pelas atitudes empresarias de prevenção às doenças ocupacionais e das demais doenças e sem nexos com a atividade profissional. As ações que visam a proteção da saúde e a integridade físico-emocional dos colaboradores deverão ter os seus cumprimentos determinados para a execução de, no mínimo, o limite da exigência legal das normas regulamentadas.

O treinamento e desenvolvimento de pessoal terão como premissa adequar continuamente, as pessoas para atingirem os objetivos e atenderem as necessidades da empresa. O processo deverá desenvolver os aspectos técnicos e comportamentais da força de trabalho e atuar no aprimoramento das Unidades Operacionais, das equipes e na performance individual. O levantamento das necessidades de treinamento de pessoal será realizado através do processo formal da avaliação de desempenho e o investimento destinado ao desenvolvimento do corpo funcional, seja por iniciativa da empresa ou pelo empregado, serão registrados e acompanhados sistematicamente, viabilizando os planos de carreira e sucessão. O recurso financeiro destinado ao cumprimento deste objetivo será considerado como investimento e caberá a área de recursos humanos determinar a taxa interna de retorno aferida nos médios e longos prazos.

O cumprimento da atividade referente aos processos de contratação, registro, folha de pagamentos, férias e desligamentos, assim como as demais formalidades legais para manutenção do vínculo empregatício do colaborador, serão conduzidas dentro de princípios legais e respeitados o espírito legítimo do direito, expresso na Consolidação das Leis do Trabalho e nas convenções Coletivas das diferentes categorias profissionais. As relações trabalhistas e o estabelecimento de acordo psicológico firmado com trabalhadores e sindicatos terão como objetivo a redução dos riscos de reclamação e de eventual passivo trabalhista. A austeridade no controle e apontamento, bem como no cumprimento dos prazos legais de pagamentos de verbas e recolhimentos de encargos, serão determinantes no processo da conduta departamental.

A Política de Gestão de Recursos Humanos toma evidência com a aplicação de instrumentos que lhe dê tangibilidade. Desta forma, as iniciativas adotadas deverão responder a determinado aspecto aqui formulado ou exigir a sua inserção. O atendimento aos padrões de qualidade em vigor, exige o estabelecimento da presente Política, contudo não constitui motivo único para a sua elaboração, sendo

a principal razão a necessidade que a organização tem de materializar a sua forma conduta e de relacionamento equitativo para com todos os seus colaboradores.

## **DIRETRIZES OPERACIONAIS**

### **1. RECRUTAMENTO E SELEÇÃO**

- 1.1. O recrutamento e seleção serão feitos pela área de RH, com assessoria de empresa especializada.
- 1.2. A decisão final do processo seletivo fica a cargo da chefia da área requisitante, com anuência da Diretoria da respectiva área.
- 1.3. Todos os candidatos, para contratação ou promoção, se submeterão ao processo seletivo existente na Empresa.
- 1.4. Todo colaborador recém admitido, participará de um programa de integração.
- 1.5. Competência interpessoal é imprescindível a todos os colaboradores e competência de negociação aos profissionais de curso superior.

### **2. TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO**

- 2.1. A responsabilidade pelo desenvolvimento é, em primeiro lugar, do colaborador e, posteriormente, da Pró-Saúde.
- 2.2. O treinado tem o compromisso de aplicar e repassar os conhecimentos adquiridos, funcionando como multiplicador.
- 2.3. As atividades de treinamento e desenvolvimento visam maximizar a competência dos colaboradores, objetivando atingir os resultados organizacionais.
- 2.4. As ações de treinamento serão avaliadas sistematicamente, verificando sua efetividade.
- 2.5. Será elaborado, anualmente, um plano de treinamento, sob coordenação da área de RH.
- 2.6. As ações de formação especializada, capacitação e treinamento abrangem todos os níveis hierárquicos.
- 2.7. Incentiva-se a polivalência, sem prescindir da especialização.

- 2.8. Programas fechados de treinamento tem prioridade sobre programas abertos.
- 2.9. Incentiva-se que os profissionais de nível superior atuem como instrutores palestrantes em programas desenvolvidos pela Pró-Saúde.
- 2.10. Formas diversificadas de desenvolvimento devem ser incrementadas, aumentando a disseminação da informação: treinamento à distancia, estágios, palestras, visitas técnicas, treinamento em serviço, rodízio funcional, etc.

### **3. GESTÃO DE PESSOAL**

- 3.1. A Pró-Saúde manterá um sistema de acompanhamento e avaliação de pessoal, como instrumento de melhoria da performance dos seus colaboradores.
- 3.2. A Pró-Saúde manterá um banco de dados do seu pessoal.
- 3.3. Será realizada, anualmente, uma pesquisa de clima organizacional.
- 3.4. Haverá reconhecimento dos colaboradores em destaque, segundo critérios pré-estabelecidos.
- 3.5. Estimula-se a permanência dos colaboradores na Pró-Saúde.
- 3.6. O acompanhamento do desempenho dos colaboradores no período de experiência, fica a cargo da chefia da área, com apoio de RH.
- 3.7. O dimensionamento e planejamento de pessoal são de responsabilidade dos gestores das áreas, com aprovação da Diretoria.
- 3.8. Os colaboradores que saírem da Pró-Saúde farão entrevista de desligamento.
- 3.9. A descrição de cargos e sua atualização é de responsabilidade de cada área, com assessoria de RH. Esta descrição permite às pessoas visualizar seu crescimento na Organização.
- 3.10. A Pró-Saúde se compromete com a qualidade de vida de seus colaboradores.

- 3.11. A comunicação formal, interna e externa, é de relevância para a Pró-Saúde.
- 3.14. Os salários dos colaboradores serão definidos e realinhados, tendo como referência o mercado de trabalho, da área da saúde.

#### **4. GERENCIAMENTO DO SETOR DE PESSOAL**

**Admissão, Demissão** - Atividades correspondentes a contratação e desligamento dos colaboradores de maneira que garantam o atendimento aos requisitos legais trabalhistas e civis das partes interessadas.

##### **Gerenciamento de Salários, Encargos e Benefícios:**

Atividades relacionadas ao gerenciamento dos benefícios e da folha de pagamento institucional garantindo o atendimento aos requisitos legais trabalhistas e civis das partes interessadas.

##### **Gerenciamento da Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional**

**Gerenciamento do SESMT**, incluindo o **PPRA, PCMSO e CIPA**: atrelados às NR – Normas Regulamentadoras, correspondem às atividades de gerenciamento dos riscos ocupacionais (identificação, análise, minimização).

##### **Monitoramento da Brigada de Combate a Incêndio:**

Atividade determinada por ato normativo do Corpo de Bombeiros (em nível estadual), que estabelece aspectos de segurança construtiva do ambiente e composição do corpo de brigadistas, as contingências e as adequações necessárias aos riscos presentes.

O dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento, constantes na figura a seguir, observadas as exceções previstas nesta NR.

O Quadro de Pessoal previsto para a prestação de serviços será regido por CLT e de contratação da Pró-Saúde.

A Organização Social adotará as Rotinas estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde respeitando a de legislação de funcionários públicos do Estado. Todos os funcionários ativos serão cadastrados no CNES.

## Ponto Eletrônico

O hospital utilizará o ponto eletrônico conforme a Portaria 1510 do MTE. Esta consiste basicamente em utilizar um aparelho e sistema de ponto eletrônico inviolável e homologado por este órgão, em que permite a emissão de comprovantes de registro de marcação do colaborador a cada registro realizado pelo mesmo. Caberá o colaborador registrar rigorosamente os seus horários – **entrada, intervalos/intrajornada – saída** - realizando o seu horário de trabalho de acordo com a escala de trabalho mensal. A tolerância permitida será para a antecipação de horários, atrasos e saídas em até 10 minutos diários.

O colaborador que cumprirá sobreaviso, conforme definição em escala, sempre que acionado para comparecer ao hospital deverá registrar os seus horários de entrada e saída, bem como em casos de colaboradores que cumprirão horas extras, as quais ocorrerão somente com a autorização previa do responsável pelo setor/área mediante justificativa

## Escala de Trabalho

As escalas de trabalho mensais serão elaboradas pela chefia imediata, respeitando o limite e regras estabelecidos por lei (informadas anteriormente). As mesmas serão entregues ao setor de RH até 15 de antecedência do mês de competência. Desta forma, o colaborador estará ciente e apondo a sua assinatura na escala de trabalho conhecendo os seus horário e folgas com pelo menos 15 dias de antecedência.

Somente em situações de extrema necessidade será permitida a troca de plantão (horário de trabalho ou dia de serviço) com outro colega. Para tanto, a troca de plantão deverá respeitar algumas regras. A primeira refere-se à troca de dias de serviço, a qual deverá ocorrer entre o dia 1º e o dia 30 do mês da troca, visando o melhor acompanhamento do colaborador e da chefia imediata e a realização de carga horária mensal. A segunda regra refere-se à solicitação de troca, a qual deverá ser realizada com a antecedência mínima de 72 horas e mediante formulário próprio para trocas de plantão, a qual deverá ser preenchida em todos os campos, justificada e assinada pelos dois colaboradores envolvidos. A terceira regra refere-se à validade da solicitação de troca que ocorrerá somente se autorizada pelo responsável do setor/área, o qual fará o encaminhamento ao setor de RH.



4. Networking – redes de contato.

#### 5.3.2. Seleção

A seleção com foco em competência visa absorver, no quadro profissional, pessoas potencialmente capazes para suprir as necessidades específicas a cada cargo. Para tanto, a seleção é composta de:

1. Triagem ou análise de currículos – Compatibilidade entre requisitos do cargo e do candidato;
2. Entrevista comportamental com foco em competências;
3. Entrevista técnica com foco em competências;
4. Testes específicos e/ou teste informatizado;
5. Testes psicológicos e/ou dinâmicas de grupo; e
6. Avaliação de Desempenho (Em casos de seleção interna)

As ferramentas serão definidas e utilizadas de acordo com a necessidade para a identificação das competências (Conhecimentos, habilidades e atitudes) específicas para cada cargo.

Estas técnicas têm por objetivo reunir o maior número de informações do candidato, visando confirmar se o mesmo apresenta os requisitos necessários para ocupar a vaga, com o objetivo de obter qualidade nos processos e nas escolhas.

#### **PRINCÍPIOS BÁSICOS DO RECRUTAMENTO & SELEÇÃO**

- O processo de recrutamento e seleção de novos funcionários obedecerá a rotinas estabelecidas;
- O RH deverá auxiliar a direção no que concerne ao dimensionamento de pessoal, de acordo com as especificidades de cada diretoria setorial, disponibilizando seus relatórios mensais atualizados, informando as admissões, demissões e afastamentos, com quantitativos reais;
- Para participação do processo seletivo interno o colaborador deverá apresentar os requisitos estabelecidos para o cargo e desejável fazer parte do quadro funcional da empresa no mínimo de três meses;
- Será considerado também para análise prévia do processo seletivo as informações do histórico funcional (pontualidade, assiduidade, medidas disciplinares, dentre outros);
- A avaliação de experiência será utilizada como ferramenta de análise para o processo seletivo interno até seis meses da data de admissão. Após os seis meses a

avaliação de desempenho anual será antecipada na data de envio e devolução, sendo considerada a nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual;

- A avaliação de Desempenho anual será válida até 11 meses após sua realização para fins de análise ao processo seletivo interno;
- Após a avaliação prévia do histórico funcional e avaliação de experiência e/ou de desempenho anual, o candidato participará do processo seletivo, onde realizará algumas das atividades programadas para o processo seletivo interno;
- Em caso de aprovação em processo seletivo interno, o colaborador terá como nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual a data efetiva da mudança de função;
- O processo seletivo interno ocorrerá somente quanto à mudança de função for para diferentes cargos, atividades e áreas. Em caso de mudança de função simples ou incentivos de carreiras o procedimento será diferenciado. Este será detalhado a seguir;
- As normas, procedimentos e o manual de descrição de cargos e competências ficará sob responsabilidade do RH e será atualizado e divulgado sempre que se fizer necessário.

### **Avaliação de Experiência dos 45 e 90 dias**

Para acompanhamento no desenvolvimento do colaborador, visando avaliá-lo e potencializá-lo, será realizada, aos 45 e 90 dias após admissão, a Avaliação de experiência com foco em competências. A avaliação será direta, realizada pela chefia imediata e acompanhada de feedback ao colaborador.

O formulário será encaminhado à Linha de Comando pelo menos 15 dias antes do término dos dois períodos de experiência. O mesmo deverá retornar ao RH devidamente preenchido em até 5 dias após a entrega, justificado e assinado pelos envolvidos.

A justificativa será obrigatória, em casos de solicitação de desligamento, formulário de justificativa de demissão e solicitação de vaga e caso o colaborador apresente deficiências acentuadas. Neste segundo caso, deverá ser definido pela chefia imediata o plano de desenvolvimento Individual, contido no verso da avaliação.

### **Avaliação de Desempenho Anual com foco em Competência**

A avaliação de desempenho com foco em competência é um retrato fiel da realidade no trabalho, uma vez que identifica se o profissional e o cargo estão alinhados a estratégia da empresa. Esta ferramenta busca melhorar a atuação do potencial do colaborador, identificando e desenvolvendo as competências técnicas ou comportamentais.

A avaliação de desempenho será encaminhada e realizada pela Linha de Comando no mês em que o colaborador completar 1 ano da sua admissão. 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.

Optou-se por este método visando o acompanhamento programado, iniciando a avaliação com o processo de seleção, seguindo com a avaliação de experiência (45 dias e 90 dias) e por fim, a avaliação de desenvolvimento anual.

A avaliação de desempenho obedecerá este critério de realização em virtude da importância em manter uma linha de continuidade ao processo: Seleção, Avaliação de experiência e Avaliação de Desempenho Anual. A intenção é proporcionar o tempo necessário para a identificação e o desenvolvimento das ações ao colaborador a cada etapa do processo.

A avaliação adotada será formal (formulário pré-estabelecido), direta (realizado pela chefia imediata) e acompanhada de feedback (retorno da avaliação ao funcionário), pois considera-se que este é um bom momento para o líder reforçar uma relação de confiança com o liderado, comunicando as suas percepções e expectativas referente a atuação e o desempenho do funcionário, uma vez que o principal objetivo é o DESENVOLVIMENTO de pessoas.

Vale ressaltar que a **Avaliação de Desempenho** é uma importante ferramenta de Gestão de Pessoas que corresponde a uma análise sistemática do desempenho do profissional em função das atividades que realiza, das metas estabelecidas, dos resultados alcançados e do seu potencial de desenvolvimento, tendo como objetivo a promoção do crescimento pessoal e profissional do funcionário e fornecer informações importantes para a tomada de decisões acerca de salários, promoções, demissões, treinamento e planejamento de carreira, bem como proporcionando o crescimento e o desenvolvimento da pessoa avaliada, além de estimular resultados de cunho administrativo, motivacionais e de comunicação, dentre elas:

- A identificação de pontos de melhoria a empresa no que concerne a atenção ao colaborador – futuros projetos para o Grupo de Humanização em parceria com o RH;
- A identificação de diferenças e ritmos individuais;
- O estímulo ao Feedback;
- O desenvolvimento da Linha de Comando;
- O estímulo a comunicação e ao relacionamento interpessoal;
- O direcionamento do funcionário na busca do auto-desenvolvimento;
- O auxílio na verificação de aprendizagem, pois a Avaliação de Desempenho permite a evidência do GAP individual;
- A motivação e satisfação do colaborador com o seu trabalho e com a empresa; e
- Apoio as Pesquisas de Clima Organizacional.

#### **PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO**

- O processo de Avaliação de Desempenho obedecerá às rotinas estabelecidas e conforme IT.RH.005;
- O formulário será encaminhado pelo RH, via e-mail até o 15º dia útil do mês em que o colaborador completar 1 ano da sua admissão, o qual deverá ser preenchido, justificado, impresso e devidamente assinado pelos envolvidos. O prazo de devolução do formulário impresso ao RH será até o último dia do referido mês, o qual será tabulado e encaminhado, em casos de deficiências, ao NEP para programação e definição do PDI;
- O avaliador deverá levar em consideração algumas observações:
  1. Conhecer e compreender bem o significado dos critérios avaliados;
  2. Conhecer cada funcionário que está sob sua responsabilidade;
  3. Conhecer a atividade desenvolvida pelo avaliado;
  4. Avaliar de forma: Clara e objetiva; isenta de interferências pessoais; baseada em fatos concretos e sem julgamentos de valores.
- Após o preenchimento da avaliação de desempenho, o Avaliador da área realizará o feedback com o avaliado - colaborador, mantendo uma comunicação bilateral, com retorno motivacional e desenvolvidor, ressaltando os pontos fortes e pontuando os pontos fracos. Após o feedback, o avaliador ouvirá as considerações do avaliado e discutirá e acordará com o mesmo os principais pontos a serem desenvolvidos.
- Atenção: Após avaliação do 1 ciclo de Avaliação de Desempenho (2011), identificou-se o alguns pontos frágeis, ao qual foram sugeridos ações ou

medidas corretivas. Dentre eles a sugestão de um cronograma diferenciado de datas de entrega e devolução das avaliações de desempenho a equipe de enfermagem (DENF), visando garantir a eficácia do feedback e por consequência garantir os objetivos da Avaliação de Desempenho. A sugestão deste cronograma deu-se pela observação de constantes atrasos na devolução da avaliação a partir do mês de junho e consequente dificuldade de realização e compreensão do avaliador e avaliado quanto a esta ferramenta em sua importância e benefícios. Os meses de junho concentra aproximadamente 33,33,% dos colaboradores contratados para esta área, tendo em vista ser o mês que antecedeu a inauguração deste hospital, o que tornou difícil e justifica as dificuldades encontradas no primeiro ciclo de avaliações de desempenho por este grupo. Abaixo, o cronograma de entrega e devolução das avaliações a enfermagem a partir do 2 ciclo de avaliações.

- ✚ Janeiro - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 31
- ✚ Fevereiro - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 28 ou 29
- ✚ Março - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 31
- ✚ Abril - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 30
- ✚ Maio - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 31
- ✚ Junho - Entrega: dia 15 de junho/ Devolução: dia 31 de julho
- ✚ Julho - Entrega: dia 1 de agosto/ Devolução: dia 15 de agosto
- ✚ Agosto - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 31
- ✚ Setembro - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 30
- ✚ Outubro - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 31
- ✚ Novembro - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 30
- ✚ Dezembro - Entrega: dia 15/ Devolução: dia 31

Com base no mapeamento de competências e metodologia especificada, criamos critérios de pontuação para melhor compreensão do avaliado e avaliador e maior eficácia na mensuração dos dados. Portanto:

- **Competências Comportamentais** - Foco no cliente, Foco nos resultados e Gestão de Pessoas:
  - 4 – Máxima (Forte evidência da competência avaliada);
  - 3 – Alta (Boa evidência da competência avaliada);
  - 2 – Baixa (Pouca evidência da competência avaliada); e
  - 1 – Inexistente (Não há evidências da competência avaliada).

- **Competências Técnicas:**

- 4 – Máxima (Domínio do conhecimento e da prática);
- 3 – Alta (Bom conhecimento e consegue por em prática);
- 2 – Baixa (Conhecimento Insuficiente para por em prática); e
- 1 – Inexistente (Não conhece).

Os resultados das avaliações serão tabulados para a definição do Plano de Desenvolvimento de Competências (PDC). Em casos, de deficiências ou lacunas apresentadas pelo colaborador, entre o esperado e o atingido (GAPs), estas informações serão repassadas ao Núcleo de Educação Permanente (NEP), o qual definirá o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) para cada colaborador, visando o desenvolvimento frente ao desempenho e a satisfação do colaborador no exercício de sua função e, por conseguinte, a valorização dos objetivos e estratégias organizacionais e melhorias nos resultados.

### **5.6. Desenvolvimento com foco em Competência**

Na sequência da avaliação de desempenho com foco na competência, o PDI é uma importante ferramenta que apresenta as condições atuais de cada colaborador e ao mesmo tempo, mostra o que pode (ou deve) ser realizado no seu desenvolvimento.

O Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) será realizado com a finalidade de suprir eventuais *gaps*, entre o que se entende ser necessário para cada colaborador e o que efetivamente se apresenta dentro do conceito de competências essenciais e específicas para o exercício da função.

A partir da correta identificação das competências essenciais e específicas o *NEP* avaliará a melhor forma de encaminhar os planos de desenvolvimento e criar estratégias que não, necessariamente, podem ser TREINAMENTOS.

Podemos e devemos recorrer a todos os tipos de trabalhos para desenvolver os GAPs, tais como:

- Grupos de estudos,
- Workshop,
- Seminários,
- Teatros,
- Sessões de filmes,
- Dinâmicas de grupo,
- Dentre outros.

Após definição de cronograma, as convocações serão realizadas pelo NEP através de e-mail as linhas de comando e convites individuais entregues pessoalmente a cada colaborador convocado.

Como medida preventiva os PDI1s serão abertos a todos os colaboradores interessados em aprimora-se independente do apontamento na avaliação de desempenho anual. Nesta, poderão participar ainda funcionários que tiveram apontamentos em avaliações de experiência. Estas informações serão pontuadas pelo RH ou chefia imediata.

### **Incentivos de carreira com foco em competências**

Os incentivos, carreiras e sucessão ocorrerão tendo como base para 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 03 meses de permanência no cargo atual na condição de contrato por tempo indeterminado ou determinado.

#### **PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA O INCENTIVO DE CARREIRA**

- RH deverá auxiliar a direção no que concerne ao dimensionamento de pessoal, de acordo com as especificidades de cada diretoria setorial, disponibilizando seus relatórios mensais atualizados, informando as admissões, demissões e afastamentos, com quantitativos reais;
- Para o incentivo de carreira o colaborador deverá apresentar os requisitos estabelecidos para o cargo e desejável fazer parte do quadro funcional da empresa no mínimo de três meses;
- Será considerada também para análise prévia as informações do histórico funcional (pontualidade, assiduidade, medidas disciplinares, dentre outros);
  - A avaliação de experiência será utilizada como ferramenta de análise até seis meses da data de admissão. Após os seis meses a avaliação de desempenho anual será antecipada na data de envio e devolução, sendo considerada a nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual;
  - A avaliação de Desempenho anual será válida até 11 meses após sua realização para efeitos de análise;
  - O incentivo de carreira será considerado para casos de crescimento profissional na ascendência de nível hierárquico, considerando as atribuições e responsabilidades

diferenciadas e salário superior;

- Para cargos de mesmo nível hierárquico e responsabilidades, atribuições e salários semelhantes será necessário apenas a análise do histórico funcional e o mínimo de três meses de permanência na empresa, sendo considerada mudança de função simples;
- Caso o incentivo de carreira ou mudança de função simples seja efetivado o colaborador terá como nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual a data efetiva da mudança de função;
- O incentivo de carreira poderá ocorrer no máximo até duas vezes em um período de 12 meses. Contudo, será necessário que haja o mínimo de três meses na função atual para se ter um tempo mínimo para a avaliação. Neste caso poderá ser utilizada para a segunda análise de promoção a avaliação de desempenho anual, a qual será antecipada a data de entrega e devolução, sendo considerada a nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual;
- 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.

### **Absenteísmo**

O absenteísmo é um problema para a organização, seja ele causado por motivos de saúde ocupacional (acidentes típico 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).

A Pró-Saúde incentiva a presença e desestimula as ausências ao trabalho através de praticas gerenciais e culturais que privilegiam a participação, ao mesmo tempo em que desenvolvem atitudes, valores e objetivos dos colaboradores favoráveis a participação. Gerando assim maior satisfação da parte dos colaboradores.

### **Desligamento**

Em casos solicitação de desligamento, será obrigatório o preenchimento e devida justificativa no formulário de solicitação de desligamento, isso pela chefia imediata

e assinada pela diretoria da área. O procedimento para desligamento ocorrerá conforme Instrução de Trabalho.

## **PREMISSAS BÁSICAS**

Por acreditar na capacidade de promover o desenvolvimento de pessoas, o hospital define e estabelece a política de Gestão de Pessoas, porém 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;
- 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 empresa, 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.

## **Atividade que serão desenvolvidas nos Recursos Humanos, Aprendizado e SESMT**

### **Recrutamento e Seleção:**

Atividades de planejamento e seleção de recursos humanos conforme as competências definidas para os cargos e funções correspondentes.

### **Gerenciamento do Programa de Treinamento e Desenvolvimento Organizacional:**

Atividades de planejamento, acompanhamento e monitoramento da eficácia dos treinamentos. A capacitação deverá assegurar ao pessoal, as competências essenciais para que sejam atingidos os objetivos estabelecidos pela organização.

### **Gestão do Clima:**

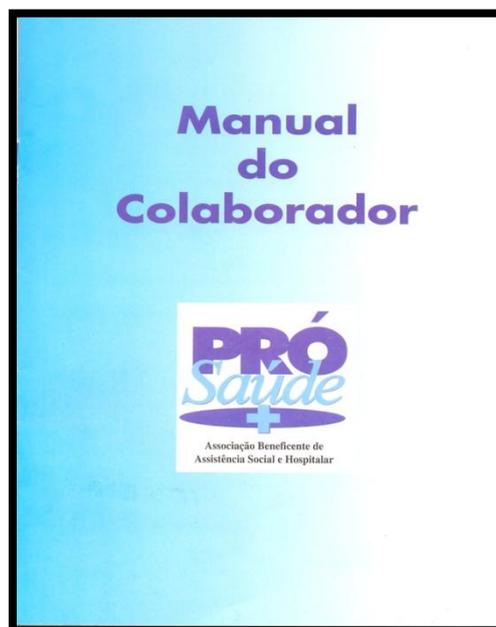
Atividade de planejamento de ações de melhorias nos processos sistêmicos que impactam nas relações interpessoais e na satisfação dos trabalhadores, definidas a partir da aplicação de pesquisa institucional.

### **Absenteísmo**

Atividade de monitoração e controle do absenteísmo, utilizando medidas que eliminem os problemas relacionados à segurança, saúde e bem estar do trabalhador.

### **Manual de Integração do Colaborador**

No anexo III, encontram-se o Procedimento de Gestão para Recrutamento e Seleção de Pessoas e no Anexo II o Manual do Colaborador.



### Macroprocesso de Recursos Humanos (Gestão de Pessoas e Aprendizado)

INICIO	FORNECEDOR	ENTRADAS	PROCESSOS CRÍTICOS	TERMINO	PRODUTOS OU SERVIÇOS	CLIENTES
1. Abertura de vaga	Mercado	Candidatos e currículo.	1. Recrutamento e Seleção	1. Vaga preenchida;	Profissional selecionado apto ao trabalho	Gestores dos setores da organização
	Gestores dos setores da organização	Solicitação de recrutamento			Trabalhadores capacitados	Diretoria e Gestores dos setores da organização
	Gestores dos setores da organização	LNT, planejamento de treinamento				
2. Levantamento de necessidade de de treinamento (LNT)	Empresa externa especializada	Avaliação do Clima Interno	2. Gerenciamento do Programa de Treinamento e Desenvolvimento Organizacional	2. Programa de Treinamento Executado	Análise crítica dos resultados da pesquisa de clima interno, com definição das ações a serem desenvolvidas	Diretoria e Gestores dos setores da organização
3. Levantamento de necessidade de pesquisa de clima interno			3. Gerenciamento do Clima	3. Pesquisa de clima interno realizada		

### Gerenciamento do Departamento de Pessoal

**Admissão, Demissão** - Atividades correspondentes a contratação e desligamento dos colaboradores de maneira que garantam o atendimento aos requisitos legais trabalhistas e civis das partes interessadas.

**Gerenciamento de Salários, Encargos e Benefícios** - Atividades relacionadas ao gerenciamento dos benefícios e da folha de pagamento institucional garantindo o atendimento aos requisitos legais trabalhistas e civis das partes interessadas.

### Macroprocesso de Gerenciamento de Salários, Encargos e Benefícios

INICIO	FORNECEDOR	ENTRADAS	PROCESSOS CRÍTICOS	TERMINO	PRODUTO S OU SERVIÇOS	CLIENTES
1 e 2. Necessidade de aumento/redução do quadro e/ou preenchimento de vaga	DRH – Recrutamento e Seleção	Candidatos selecionados aptos à admissão, documentos necessários a admissão.	1. Admissão, Demissão 2. Gerenciamento de Benefícios, Salários, Encargos e outros	1. Admissão e/ou demissão efetivada  2. Cumprimento da legislação trabalhista	Colaborador admitido	Gestores dos setores da organização
	Gestores dos setores da organização	Comunicados: Troca de função, escalas, agendamento de rescisões.			Colaborador desligado	Sociedade
	Empresa externa especializada	Benefícios saúde, alimentação, transporte, entre outros			Folha de pagamento e benefícios disponibilizados	Colaboradores

### Gerenciamento da Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional<sup>1</sup>

**Gerenciamento do SESMT<sup>2</sup>**, incluindo o **PPRA<sup>3</sup>**, **PCMSO<sup>4</sup>** e **CIPA**: atrelados às NR – Normas Regulamentadoras, correspondem às atividades de gerenciamento dos riscos ocupacionais (identificação, análise, minimização).

<sup>1</sup> A Norma Regulamentadora 32 (NR 32), publicada em 2005, é a norma geral de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimento de Saúde, a qual deve ser complementada, quando aplicável, com as demais NRs.

### Monitoramento da Brigada de Combate a Incêndio:

Atividade determinada por ato normativo do Corpo de Bombeiros (em nível estadual), que estabelece aspectos de segurança construtiva do ambiente e composição do corpo de brigadistas, as contingências e as adequações necessárias aos riscos presentes.

O dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento, constantes na figura a seguir, observadas as exceções previstas nesta NR.

Figura: Dimensionamento do SESMT segundo NR

Grau de Risco	N° de Empregados no Estabelecimento	Técnicos							
		50 a 100	101 a 250	251 a 500	501 a 1000	1001 a 2000	2001 a 3500	3501 a 5000	Acima de 5000 Para cada grupo De 4000 ou fração acima de 2000**
1	Técnico Seg. Trabalho Engenheiro Seg. Trabalho Aux. Enferm. Do Trabalho Enfermeiro do Trabalho Médico do Trabalho				1	1	1 1*	2 1 1 1*	1 1*
2	Técnico Seg. Trabalho Engenheiro Seg. Trabalho Aux. Enferm. Do Trabalho Enfermeiro do Trabalho Médico do Trabalho				1	1 1*	2 1 1 1	5 1 1 1	1 1*
3	Técnico Seg. Trabalho Engenheiro Seg. Trabalho Aux. Enferm. Do Trabalho Enfermeiro do Trabalho Médico do Trabalho		1	2	3 1*	4 1 1	6 1 2 1	6 2 1 2	3 1 1
4	Técnico Seg. Trabalho Engenheiro Seg. Trabalho Aux. Enferm. Do Trabalho Enfermeiro do Trabalho Médico do Trabalho	1	2 1*	3 1*	4 1 1	5 1 1	8 2 2 1	10 3 1 3	3 1 1

(\*) – Tempo parcial (mínimo de três horas);

(\*\*) – O dimensionamento total deverá ser feito levando-se em consideração o dimensionamento de faixas de 350.1 a 5000 mais o dimensionamento do(s) grupo(s) de 4000 ou fração acima de 2000.

<sup>2</sup> SESMT (Serviço de Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho): serviço definido na NR 4 da CLT.

<sup>3</sup> PPRA (Programa de Prevenção de Risco Ambiental): programa definido na NR 9 e 32 da CLT.

<sup>4</sup> PCMSO (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional): programa definido na NR 7 e 32 da CLT.

**Obs.:** Hospitais, ambulatórios, maternidades, casas de saúde e repouso, clínicas e estabelecimentos similares com mais de 500 (quinhentos) empregados deverão contratar um enfermeiro de trabalho em tempo integral.

**Macroprocesso do Gerenciamento da Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional (Gerenciamento do SESMT, incluindo PPRA, PCMSO e CIPA e Monitoramento da Brigada de Combate a Incêndio)**

INICIO	FORNECEDOR	ENTRADAS	PROCESSOS CRÍTICOS	TERMINO	PRODUTOS OU SERVIÇOS	CLIENTES
Necessidade de garantir ambiente de trabalho seguro	Gestores dos setores da organização e/ou colaborador	Comunicados: Troca de função, comunicação de acidentes, atestados médicos	6. Gerenciamento do PPRA e PCMSO 7. Monitoramento do funcionamento da CIPA e Brigada	Normas Regulamentadoras atendidas	Exame médico de mudança de função realizado; CAT* emitida; afastamentos médicos gerenciados	Colaborador; Gestores dos setores da organização
	Saúde no Trabalho	Elaboração do PCMSO			PCMSO cumprido	Colaborador; Gestores dos setores da organização
	Segurança do Trabalho	Elaboração do PPRA; treinamento de brigadistas			PPRA cumprido; Brigada organizada e treinada	Colaborador; Gestores dos setores da organização

\*CAT: Comunicação de Acidente de Trabalho

---

## **2.11. DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS ESTIMADOS**

---

A Tabela com o demonstrativo de dos recursos humanos estimados encontra-se no anexo V.

---

### **III. C2: PROPOSTA DE ATIVIDADES VOLTADAS PARA QUALIDADE**

---

#### **3.1. 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.

A seguir as propostas de organização das comissões a serem implantadas

##### **3.1.1. 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.

### Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	QTD
Médico Infectologista	Profissional com formação em medicina, residência médica em infectologia	01
Médico	Profissional com formação em medicina, residência médica e que atua na emergência, UTI e/ou Centro Cirúrgico do Hospital	02
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua na emergência, UTI e/ou Centro Cirúrgico do Hospital	02
Farmacêutico	Profissional com formação em Farmácia, com título de especialista e que atua no Serviço de Farmácia e dispensação do hospital	01
Biólogo, 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

### 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.

## Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Revisão: Semestral													
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR													
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 CCIH	■											
Reunião Mensal da Comissão	Equipe CCIH	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implantação dos Indicadores hospitalares	Equipe CCIH	■	■										
Levantamento das necessidades de treinamentos	Equipe CCIH			■	■	■							
Capacitação em Biossegurança	Equipe CCIH				■			■			■		
Capacitação em Lavagem das mãos	Equipe CCIH					■			■			■	
Avaliação dos Indicadores	Equipe CCIH			■			■			■			■

### 3.1.2. 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.

### Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	QTD
Presidente	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital	01
Secretário	Profissional e que atua na emergência e/ou Unidades de Internação/UTI 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

### 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	Continuo
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

### Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES		Revisão : Semestral											
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA													
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	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implantação de Indicadores da Comissão	Equipe	■	■										
Levantamento das necessidades do Corpo Clínico	Equipe		■	■	■								
Oficina de capacitação sobre Ética Médica	Equipe				■	■			■	■			■
Realização de reunião com Comissão de Prontoário	Equipe				■				■				■
Realização de reunião com Comissão de Óbito	Equipe					■					■		

### 3.1.3. 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

Rua Guaicurus, 563 – Lapa – CEP 05033-001 – São Paulo – SP – Telefax: (0xx) 11 2238-5566  
<http://www.prosaude.org.br> - e-mail: [prosaude@prosaude.org.br](mailto:prosaude@prosaude.org.br)

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.

### 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.

### 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	Continuo
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

### Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
												Revisão : Semestral	
COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM													
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	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implantação de Indicadores	Equipe		■	■	■								
Levantamento das necessidades para treinamento da Enfermagem	Equipe		■	■	■								
Realização de Oficinas sobre Ética na Enfermagem	Equipe				■			■			■		
Reunião com a Comissão de Prontuário	Equipe					■						■	

#### 3.1.4. COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO 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.

## Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	QTD
Médico Pediatra	Profissional com formação em medicina, residência médica em Pediatria, e que atua na emergência e/ou Unidades de Internação do Hospital	01
Médico Clínico	Profissional com formação em medicina, residência em clínica médica e/ou intensivismo e que atua na emergência e/ou Unidades de Internação/UTI do Hospital.	01
Médico Cirurgião	Profissional com formação em medicina, residência em áreas cirúrgicas e que atua na emergência e/ou Centro Cirúrgico do Hospital	01
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua na emergência, UTI e/ou Centro Cirúrgico do Hospital	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 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 do no. De prontuários analisados, identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas

## Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES		Revisão: Semestral											
COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO		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	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implantação de 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				■			■			■		

### 3.1.5. COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO 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 anatomo patológicos das peças cirúrgicas;
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

### Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	QTD
Médico Pediatra	Profissional com formação em medicina, residência médica em Pediatria, e que atua na emergência e/ou Unidades de Internação do Hospital	01
Médico Clínico	Profissional com formação em medicina, residência em clínica médica e/ou intensivismo e que atua na emergência e/ou Unidades de Internação/UTI do Hospital.	01
Médico Cirurgião	Profissional com formação em medicina, residência em áreas cirúrgicas e que atua na emergência e/ou Centro Cirúrgico do Hospital	01
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua na emergência, UTI e/ou Centro Cirúrgico do Hospital	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

Rua Guaicurus, 563 – Lapa – CEP 05033-001 – São Paulo – SP – Telefax: (0xx) 11 2238-5566  
<http://www.prosaude.org.br> - e-mail: [prosaude@prosaude.org.br](mailto:prosaude@prosaude.org.br)

<b>Fundamento: Implantar Comissão</b>	
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.

### Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
												Revisão : Semestral	
COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS													
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						█					█	

### 3.1.6. COMISSÃO INTERNA DE ACIDENTES DE TRABALHO - 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.

## 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.

## Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES		Revisão : Semestral											
COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA													
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	Predidente												
Reunião Mensal da Comissão	Equipe												
Implantação dos Indicadores hospitalares	Equipe												
Levantamento das necessidades de treinamentos	Equipe												
Capacitação em Biossegurança	Equipe												
Avaliação dos Indicadores	Equipe												

### 3.1.7. COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS

A Comissão 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 comissão é um órgão de natureza técnico-científico/permanente vinculado à diretoria do hospital.

#### 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.

#### Composição

Formação	Perfil do Componente	Qtd
Médico	Profissional com formação em medicina, residência em clínica médica e/ou intensivista e que atua na emergência e/ou Unidades de Internação/UTI do Hospital.	02
Representante da CCIH	Profissional da área de saúde que atue na CCIH do hospital	01
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, que atue na assistência do hospital	02
Farmacêutico	Profissional com formação em Farmácia, com experiência em farmácia hospitalar	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
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

## Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Revisão : Semestral													
COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS													
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 para Capacitação da Equipe e legislação	Equipe		■	■									
Elaboração de Plano de Ação	Equipe		■	■	■	■	■						
Realização de reunião com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem	Equipe		■						■				
Realização de reunião com a Comissão de Infecção Hospitalar	Equipe			■				■				■	

### 3.1.8. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA - CFT

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 por via sonda enteral (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.

### 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	04
Enfermeiro	Profissional com formação em enfermagem, designado pela Gerência de Enfermagem do Hospital	04
Administrador	Profissional com formação em administração, designado pela Direção Geral do Hospital	04

### 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)

### Cronograma de atividades:

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES		Revisão: Semestral											
COMISSÃO DE FARMÁCIA		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
AÇÕES	Responsável												
Nomeação dos Membros da Comissão	Presidente Comissão	█											
Reunião Mensal da Comissão	Equipe	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Realização de Oficina para Capacitação da Equipe	Equipe		█	█	█								
Implantação das Instruções de Trabalho e Manuais	Equipe			█	█	█	█						
Implantação dos Indicadores da Comissão	Equipe				█	█							
Realização de reunião com a Comissão de Infecção Hospitalar	Equipe			█				█					█

### 3.1.9. COMISSÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA

A Comissão de Qualidade e Segurança, tem como missão dinamizar, suportar e coordenar o processo e atividades de melhoria contínua da qualidade no serviço.

A gestão da qualidade, é entendida como um sistema de princípios, instrumentos e práticas necessários à gestão de uma organização, o que lhe têm permitido melhorar os cuidados de saúde aos pacientes.

#### Atribuições

Garantir a harmonização das diferentes vertentes operacionais da melhoria da qualidade, através da articulação com as restantes estruturas do serviço, no sentido da maior complementaridade nas ações a desenvolver, tendo em vista o objetivo comum de melhorar as práticas e os resultados assistenciais.

- Desenvolver um Programa de Melhoria da Qualidade e Acreditação
- Desenvolver um Sistema Documental da Qualidade
- Colaborar com todas as áreas/unidades do serviço utilizando as Auditorias Internas como ferramenta do ciclo de melhoria
- Promover uma cultura de qualidade utilizando ferramentas de comunicação diversas, como sejam a participação em Projetos Específicos e a realização de Eventos (workshops, conferências, ...)

#### Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	Qtd
Presidente	Profissional administrativo indicado pela Direção	01
Secretário	Profissional administrativo indicado pela Direção	01
Membros Efetivos	Profissionais administrativos indicados pela Direção	02

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

Fundamento	Implantar Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Atas das Reuniões
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

## Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
												Revisão : Semestral	
COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA													
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	Presidente Comissão	■											
Reunião Mensal do Grupo	Equipe	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Realização de Oficina para Capacitação da Equipe e legislação	Equipe		■	■	■								
Elaboração de Plano de Ação	Equipe			■	■								
Divulgação das Atividades	Equipe					■	■						

### 3.1.10. COMISSÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional tem com atividade assegurar um tratamento nutricional adequado para os pacientes que necessitam de uma terapia nutricional sendo ele desnutrido ou em risco nutricional. Isso engloba desde a indicação, o acompanhamento até a alta dos pacientes.

#### Finalidades

- Propor rotinas e padronização de protocolos referentes à Terapia de Nutrição Enteral e Parenteral;
- Dar parecer para pacientes em risco nutricional ou desnutridos que necessitam de Terapia de Nutrição Enteral e Parenteral;
- Promover educação continuada;
- Manter um banco de dados sobre Terapia de Nutrição Enteral e Parenteral;
- Congregar profissionais da área de saúde interessados Terapia de Nutrição Enteral e Parenteral.

#### Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	Qtd
Médico Nutrólogo	Profissional com formação em medicina, especialista em terapia nutricional e parenteral e enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral	02
Nutricionista	Profissional com formação em nutrição, preferencialmente com especialização em terapia nutricional e parenteral e enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral	02
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem	02
Farmacêutico	Profissional com formação em Farmácia, preferencialmente com Especialização em Nutrição	01

	Humana pelo GANEP.
--	--------------------

### 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	Relatório do Registro das Investigações realizadas e providências adotadas.
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma reunião no trimestre.
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e análise crítica dos dados levantados

### Cronograma de atividades

		CRONOGRAMA DE ATIVIDADES											
		Revisão : Semestral											
EIMN													
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	Equipe												
Definição e implantação de Indicadores	Equipe												
Realização de reunião com CCIH	Equipe												
Apresentação de Indicadores	Equipe												

## 3.2. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS

### ARQUIVO

O Serviço de Arquivo de Prontuários é um serviço imprescindível ao hospital 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.

#### Seção de Arquivo:

Controla, confere, ordena e arquivava 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.

No Hospital teremos prontuário eletrônico, mas devido a algumas controvérsias de legislações e como segurança utilizaremos o **Sistema Dígitos Terminal em Cores**, através do Arquivo Deslizante também.

- 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. Veja a sistemática:

ESTANTE 0...

**BRANCA**

PRATELEIRAS

00 BRANCA

**01 MARROM**

**02 VERDE**

**03 PRETA**

**04 VIOLETA**

**05 AMARELA**

**06 LARANJA**

**07 AZUL**

**ESTANTE 1...**

**MARROM**

**09 VERMELHA**

**PRATELEIRAS**

10 BRANCA

**11 MARROM**

**12 VERDE**

**13 PRETA**

**14 VIOLETA**

**15 AMARELA**

**16 LARANJA**

**17 AZUL**

**18 CINZA**

**19 VERMELHA**

**ESTANTE 2...**

**VERDE**

PRATELEIRAS

20 BRANCA

**21 MARROM**

**22 VERDE**

**23 PRETA**

**24 VIOLETA**

**25 AMARELA**

**26 LARANJA**

**27 AZUL**

**28 CINZA**

**29 VERMELHA**

Para entender a sistemática, suponhamos que se queira arquivar o prontuário de número 00025. O prontuário (envelope ou pasta) será arquivado na estante de número 2 (de cor verde) na prateleira número 5 (cor amarela).

### **3.2.1. ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE ESTATÍSTICA:**

Tem como finalidade organizar dados para a pesquisa clínica, avaliar a instituição e observar a eficiência dos serviços prestados dentro do menor tempo. Sob esse aspecto é responsável pela coleta, apuração, análise e interpretação dos dados obtidos a partir dos prontuários e outras fontes de informação. Realiza o controle das admissões, transferências, altas, óbitos e cirurgias. Além disso, analisam taxas, índices, coeficientes e elabora o relatório das atividades estatísticas. Fornece informações epidemiológicas (nosologia, incidência de doenças, etc.), realiza estimativa e ajuste de modelos de tempo de vida, entre outros. Os dados e os resultados obtidos servem de base ao corpo clínico para atividades de pesquisa e extensão, bem como ao corpo administrativo para o controle de gastos e custos.

A Estatística é composta do movimento geral da unidade, médias, taxas, e da estatística dos setores, como os SADTs, Manutenção, com mais de 100 Indicadores Hospitalares utilizados na avaliação.

O uso das informações proporciona a avaliação da Instituição (parâmetro), bem como permite saber se os programas implantados estão surtindo o efeito desejado.

Enfim, a administração é feita com o auxílio dos números, que são fornecidos pela estatística.

Com base na implementação do Plano Estatístico, é preenchido mensalmente um Relatório Estatístico que servirá para a Administração na Tomada de Decisões.

No anexo II encontra-se o Manual do Serviço de Estatística.

---

## **3.3. MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR**

---

Captação e processamento de informação e análise do desempenho da unidade, através de relatórios e planos de trabalho. Avaliação da capacidade produtiva e do custeio de toda atividade, através dos seguintes instrumentos:

- **PLANO ESTATÍSTICO**

A estatística é composta do movimento geral da unidade e também da estatística de produção dos setores como os Serviços de Diagnóstico, Lavanderia, Manutenção e de outros tantos, reunindo mais de 100 indicadores hospitalares utilizados na avaliação de desempenho.

A gestão é feita com o auxílio dos números que são fornecidos pela estatística.

- **RELATÓRIO DE ATIVIDADES**

Este relatório permite o acompanhamento sistematizado do desempenho da unidade sob vários aspectos, análise crítica dos resultados previstos e alcançados, entre outros.

Os registros realizados são os seguintes:

**Atividades Assistenciais**

- Número de Internações (Admissões e Saídas)
- Porcentagem de Ocupação
- Média de Permanência
- Taxa de Mortalidade
- Número de Exames por Tipo
- Número de Consultas de Urgência e Emergência
- Número de Procedimentos

**Recursos Humanos**

- Número de Funcionários por Área de Atuação
- Rotatividade de Pessoal
- Taxa de Absenteísmo
- Colaborador por Leito
- Colaborador por Paciente
- Relatório com pessoal Médico, Enfermagem, Outros de Nível Superior e Nível Técnico com nome, função, turno e jornada de trabalho

### **Atividades Sociais**

- Cursos Ministrados

### **Atividades Econômicas**

- Composição das Receitas
- Composição das Despesas

### **Indicadores Hospitalares**

- Assistenciais
- Recursos Humanos
- Econômicos

### **Informações de Custos**

- Alimentação (Desjejum, Colação, Almoço, Lanche, Jantar, Ceia e fórmulas lácteas)
- Custo do Kg de roupa lavada
- Custo do m<sup>3</sup> de oxigênio

### **Informações de Faturamento**

- Faturamento Total (Previsto e Realizado), com variação

### **DESEMPENHO DE INDICADORES ESTRATÉGICOS**

Este relatório permite o acompanhamento sistematizado do desempenho dos indicadores estratégicos referidos no mapa estratégico.

Abaixo encontram-se alguns indicadores estatísticos, que devem ser adequados ao perfil do hospital.

### **LEITOS/PACIENTES**

#### **Número de leitos por especialidade:**

É o número de leitos distribuídos entre as especialidades médicas básicas do hospital e/ou aquelas de maior representatividade frente ao volume de

atendimento. O administrador o faz de acordo com as reais necessidades do hospital em relação à demanda num determinado período.

Devido às variações da demanda, o número de leitos pode ser alterado de um mês para outro.

#### **NOTAS:**

\* Os **Leitos de Isolamento** serão computados separadamente caso a unidade de Isolamento seja centralizada. Do contrário tais leitos serão incluídos nas respectivas unidades nas quais estão alocados.

\* Exceto por orientação da Administração, as **Camas de Observação** alocadas no Pronto Socorro não devem ser contadas como Leitos. Contudo, os **Leitos de Observação** alocados nas unidades de internação serão considerados Leitos Hospitalares e constarão do Censo Diário.

#### **Média de paciente-dia por unidade:**

Total de Paciente-dia dividido por no. De dias do período (28, 30 ou 31 dias)

$$\text{Média Geral} = \frac{\text{Total de Pacientes /Dia}^{\text{A}}}{\text{N}^{\circ} \text{ dias do período}}$$

A mesma lógica deverá ser aplicada em Paciente-dia por especialidade.

#### **Internações por unidade:**

Essa informação será colhida através do Mapa de Internações, observando-se, todavia, os Setores / Unidades existentes.

**NOTA:** A mesma lógica deverá ser aplicada em Internações por especialidade.

#### **Internações por procedência:**

Igualmente ao item anterior, essa informação será colhida através do Mapa de Internações, observando-se, todavia, os Municípios de procedência dos Pacientes.

#### **Internações por faixa etária:**

Igualmente ao item anterior, essa informação será colhida através do Mapa de Internações, observando-se, todavia, as faixas etárias dos pacientes que internaram no período.

---

**Altas por unidade:**

A mesma lógica deverá ser aplicada em Leitos por especialidade.

**Óbitos por unidade:**

Retrata o número de óbitos ocorridos no período, desmembrados pelas unidades existentes no hospital. Estas informações devem ser extraídas do Mapa de Óbitos por Setor/Unidade.

**Óbitos não institucionais por unidade (-24horas):**

Representa o número de óbitos ocorridos antes de 24 horas a contar da data de internação do paciente. Será extraído do mapa de mesmo nome, considerando-se as especialidades devidas.

**Óbitos institucionais por unidade (+24 horas):**

Representa o número de óbitos ocorridos após de 24 horas a contar da data de internação do paciente. Será extraído do mapa de mesmo nome, considerando-se as especialidades devidas.

**Óbitos por faixa etária:**

O desdobramento minucioso por faixa etária foi realizado para facilitar o fornecimento de informações à Secretaria de Estado da Saúde.

**Transferência interna por unidade:**

É obtido através do número de pacientes que foram transferidos de setor / unidade, dentro de um determinado período. Exemplo: Da UTI para a Ala "A".

**Transferência externa por unidade:**

É obtido através do número de pacientes que foram transferidos de qualquer unidade do Hospital para outro Hospital.

**Pacientes saídos por unidade:**

A obtenção deste item diferencia-se do item anterior apenas quando desdobramos o número de saídos do hospital, não mais pelas especialidades, e sim, pelas unidades existentes.

Este item será preenchido mediante Mapa de Saídos por Setor /Unidade.

### **Porcentagem de ocupação por unidade**

Este item indica quantos leitos, em porcentagem, foram utilizados em cada Unidade frente à capacidade operacional estipulada para o período considerado. A fórmula a seguir é:

$$\% \text{ Ocupação} = \frac{\text{N}^\circ \text{ Paciente/ Dia por Unidade "A"} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Leitos/dia da Unidade "A"}}$$

**NOTA:** A mesma lógica deverá ser aplicada em % de ocupação por especialidade.

### **Porcentagem geral de ocupação**

Considera-se, para o cálculo deste item, o número total de pacientes - dia do hospital, bem como, o número total de leitos - dia no período considerado. Sua fórmula é dada por:

$$\% \text{ Ocupação} = \frac{\text{N}^\circ \text{ Paciente/dia} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Leitos/dia}}$$

### **Média de permanência por unidade:**

Representa o número de dias, em média, que os pacientes daquela unidade permaneceram utilizando o leito hospitalar. A fórmula é:

$$\text{Média de Permanência} = \frac{\text{N}^\circ \text{ Paciente} - \text{dia da Unidade "A"}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes saídos na Unidade "A"}}$$

\* O número de Pacientes Saídos Da Unidade será obtido somando-se o número de pacientes saídos daquela unidade (Mapa de Saídos por Setor/ Unidade) com o número de transferidos daquela unidade (Mapa de Transferências Internas de Setor/Unidade).

**NOTA:** A mesma lógica deverá ser aplicada em média de permanência por especialidade.

### **Média geral de permanência**

Considera-se os totais de Pacientes-Dia e de Saídos do hospital.

A base para o preenchimento deste item será qualquer um dos Mapas de Saídos e sua fórmula é dada por:

$$\text{Média Geral de Permanência} = \frac{\text{N}^\circ \text{ Paciente} - \text{dia}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes saídos}}$$

\* Não considerar o volume de Transferências Internas.

### **Índice de giro de leitos por unidade:**

Representa a relação entre o número de pacientes saídos do hospital e o número médio de leitos postos à disposição num mesmo período, ou seja, é o número médio de vezes que cada leito foi utilizado dentro do período considerado.

$$\text{Índice de Giro de Leitos} = \frac{\text{Nº Paciente saídos no período}}{\text{Total de leitos nº /de dias do período}}$$

\* Não considerar o volume de Transferências

**NOTA:** O número previsto dentro das indicações do Ministério da Saúde corresponde a 5,8.

**NOTA:** A mesma lógica deverá ser aplicada em índice de giro de leitos por especialidade.

### **Intervalo de substituição por unidade:**

Mostra o tempo médio em que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Esta medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência

**Uso:** Medir os recursos (custo fixo) desperdiçados com o Leito Vazio.

$$\text{Intervalo de Substituição} = \frac{\text{Taxa de Ocupação} \times \text{média de permanência em dias}}{\text{Taxa de ocupação hospitalar}}$$

**NOTA:** A mesma lógica deverá ser aplicada em Intervalo de substituição por especialidade.

### **Taxa global de mortalidade:**

Especifica a representatividade percentual do total de óbitos ocorridos no período em relação ao total de saídos do hospital neste período. Sua fórmula é:

$$\text{Taxa Global de Mortalidade} = \frac{\text{total de óbitos no período} \times 100}{\text{Nº de saídos do hospital}}$$

\* dentro de pacientes saídos do hospital não considerar as transferências internas.

**NOTA:** A mesma lógica deverá ser aplicada em Taxa de Mortalidade por especialidade.

## **Taxa de mortalidade por tipo:**

### **Taxa de Mortalidade Institucional**

Demonstra-se, em termos percentuais, a representatividade dos óbitos Institucionais (+24 horas que foi admitido na instituição), frente ao Total de Saídos do hospital, dentro do período considerado. A fórmula é:

$$\text{Taxa de Mortalidade Institucional} = \frac{\text{total de Óbitos institucional} \times 100}{\text{N}^{\circ} \text{de saídos do hospital}}$$

\* para o total de pacientes saídos do hospital, não considerar as transferências internas.

### **Taxa de Mortalidade Não-Institucional**

Demonstra-se, em termos percentuais, a representatividade dos óbitos Não-Institucionais (-24 horas que foi admitido na instituição), frente ao Total de Saídos do hospital, dentro do período considerado. A fórmula é:

$$\text{Taxa de Mortalidade não Institucional} = \frac{\text{total de Óbitos não institucional} \times 100}{\text{N}^{\circ} \text{de saídos do hospital}}$$

\* para o total de pacientes saídos do hospital, não considerar as transferências internas.

## **Serviços assistenciais**

### **Centro Cirúrgico:**

#### **Cirurgias de pacientes internos por porte:**

É o número de cirurgias realizadas no período, classificadas pelo seu porte (Pequeno, Médio ou Grande), acrescentando-se o número de curetagens, também classificadas como procedimentos cirúrgicos. A informação é fornecida pelo próprio Mapa de Volume Cirúrgico.

#### **No. de salas cirúrgicas:**

Informar o número de salas do Centro cirúrgico que estão ativas

#### **Média diária de cirurgias:**

$$\text{Média diária de Cirurgias} = \frac{\text{número de cirurgias realizadas no período}}{\text{Período}}$$

### **Anestesia:**

A este item são atribuídos os totais de anestésias, conforme o seu tipo: Analgesia Local, Geral, Peridural, Raquidiana, Bloqueio, Sedação e Outras.

**Média Diária:** Dividi-se o total de anestésias realizadas no mês pelo total de dia do mês

### **Central de material esterilizado:**

Tendo em vista a dificuldade encontrada por alguns hospitais e ainda a padronização da linguagem utilizada, os pacotes enviados às Centrais de Material Esterilizado, objetos do preenchimento dos mapas estatísticos, foram definidos por tamanho, sendo os principais exemplos:

**Pacotes / Caixas Pequenas:** Pacotes de compressas cirúrgicas, gases, curativos, cateterismo, tentacânula, cúpula, retirada de pontos, pacote de tesouras, instrumentos delicados (cirurgia plástica e oftalmológica), pacote de gases vaselinadas ou furacinadas, ...

**Pacotes / Caixas Médias:** Caixas de instrumentos para herniorrafia, pequenas cirurgias, apêndices, parto normal, cirurgias de otorrinolaringologia, bandeja de intracath...

**Pacotes / Caixas Grandes:** Laps cirúrgicos, caixa de laparotomia, ortopedia, gastroenterologia, cirurgia cardíaca, cirurgia neurológica...

### **Produção:**

É lançado no Plano Estatístico o Total de Pacotes esterilizados por: Caixas preparadas, processamentos na autoclave.

### **Pacotes distribuídos por setor/unidade:**

É lançado no Plano Estatístico o número de pacotes distribuídos por setor/unidade.

**Média Diária:** Dividi-se o total de pacotes esterilizados no mês pelo total de dias do mês.

### **Ambulatório:**

**Consultas Simples:** Atendimento prestado sem consumo de materiais / medicamentos. É o atendimento prestado apenas no consultório médico.

**Consultas Com Procedimento:** Atendimentos que implicam, além da consulta com o médico, consumo de materiais (agulhas, gesso, ataduras, sondas,...) E/ou medicamentos para tratamento imediato do paciente, o qual, em seguida, será liberado.

### **Consultas no Ambulatório de especialidades**

É lançado no Plano Estatístico o Total de consultas e outros procedimentos realizadas no período, no ambulatório de Especialidades (antigo primeiro centro de saúde).

**Média Diária:** Dividi-se o total de consultas do ambulatório do Hospital realizadas mês pelo total de dias do mês

### **Consultas por especialidades no Ambulatório de especialidades**

É lançado no Plano Estatístico o Total de consultas realizadas nas especialidades existentes no ambulatório de especialidades, no período.

**Média Diária:** Dividi-se o total de consultas realizadas nas especialidades no mês pelo total de dias do mês

### **Procedimentos realizados no Ambulatório de especialidades:**

É lançado no Plano Estatístico o Total de procedimentos realizados nas especialidades existentes no ambulatório de especialidades, no período.

**Média Diária:** Dividi-se o total de procedimentos realizados no ambulatório de especialidades no mês pelo total de dia do mês

### **Atividades sociais**

#### **EDUCAÇÃO:**

É lançado no Plano Estatístico o Total de Capacitações realizadas no Período (Cursos/palestras ministradas, número de participantes, no período.

#### **SERVIÇOS:**

#### **Auxiliares de diagnóstico e tratamento**

As informações solicitadas de tais serviços referem-se basicamente ao número total de exames/sessões realizados, bem como, ao número de exames/sessões por

unidade solicitante, este último, visando o atendimento às necessidades da Contabilidade de Custos.

### **Laboratório de Análises clínicas:**

#### **Exames por unidade – pacientes internos:**

Quantidade de exames realizados no período pacientes internos.

**Média Diária: Total de Exames divididos pelo período.**

#### **Radiologia:**

#### **Exames por unidade pacientes internos**

Quantidade de exames realizadas no período pacientes internos.

**Média Diária: Total de Exames divididos pelo período.**

#### **Eletrocardiografia, endoscopia, colonoscopia, ultrassonografia, broncoscopia e outros exames**

- **Exames por unidade pacientes internos**

Quantidade de exames realizados no período pacientes internos.

**Média Diária: Total de Exames divididos pelo período.**

#### **Fisioterapia e Hemoterapia**

- **No. de sessão –pacientes internos**

Quantidade de sessões realizadas no período pacientes internos.

**Média Diária: Total de Sessões divididos pelo período.**

- **Quantidade de pacientes atendidos por unidade**

Quantidade de pacientes atendidos por Unidade no período.

**Média Diária: Total de sessões dividido pelo período.**

#### **Serviços de Apoio**

#### **Nutrição**

#### **Refeições servidas por tipo**

Deve-se lançar a quantidade de refeições servidas por Tipo (desjejum, colação, almoço, lanche, jantar, ceia, dieta enteral, lactário (mamadeiras).

**Média Diária: Total de refeições servidas divididas pelo período.**

**Refeições servidas por comensal/unidade:**

Deve-se lançar a quantidade de refeições servidas por comensal/unidade.

**Média Diária: Total de refeições servidas por comensal divididas pelo período.**

**Processamento da roupa:**

**Kg de roupas lavadas por unidade:**

Deve-se lançar a quantidade de quilos de roupas lavadas por unidade no período.

**Média Diária: Total de Kg de Roupa Lavada divididos pelo período.**

**Kg de produtos utilizados**

Deve-se lançar a quantidade de quilos de Produtos de lavanderia utilizados no período (umectante, sabão, alvejante, acidulante, amaciante).

**Média Diária: Total de produtos utilizados divididos pelo período.**

**Produção da costura**

Deve-se lançar a quantidade de peças de roupa consertadas, confeccionadas, repostas, retiradas de uso no período.

**Manutenção/Engenharia clínica:**

**Reparos por área:**

Deve-se lançar a quantidade de reparos por área: elétrica, mecânica, hidráulica, marcenaria, carpintaria, pintura, alvenaria, serralheria e outros.

**Média Diária: Total de reparos realizados pela Manutenção divididos pelo período.**

**Reparos por unidade:**

Deve-se lançar a quantidade de reparos realizados por unidade no período

**Média Diária: Total de reparos realizados pela Manutenção nas unidades divididos pelo período.**

**Gases medicinais:**

Deve-se lançar a quantidade de metros cúbicos de oxigênio utilizados no período.

**Média Diária: Total de metros cúbicos de oxigênio utilizado divididos pelo período.**

**Energia elétrica**

**Consumo de energia elétrica**

Deve-se lançar a quantidade de Kw de energia utilizada no período.

**Média Diária: Total de quantidade de Kw de energia utilizada divididos pelo período.**

**Água e esgoto:**

**Consumo de água:**

Deve-se lançar a quantidade de metros cúbicos de água utilizada no período.

**Média Diária: Total de quantidade metros cúbicos de água utilizados, divididos pelo período.**

**Transporte:**

**Quilômetros rodados por unidade solicitante:**

Deve-se lançar a quantidade de km rodados por unidade solicitante utilizado no período.

**Média Diária: Total de quilômetros rodados no período, divididos pelo período.**

**Telefonia:**

Apresenta o número de ligações efetuadas no período considerado, subdividindo-as em ligações locais e ligações interurbanas, de acordo com os turnos de trabalho das telefonistas.

**Ligações interurbanas**

Deve-se lançar a quantidade de ligações telefônicas interurbanas nos turnos.

**Média Diária: Total de ligações telefônicas interurbanas no período, divididos pelo período.**

### **Ligações locais**

Deve-se lançar a quantidade de ligações telefônicas locais nos turnos.

**Média Diária: Total de ligações telefônicas locais no período, divididos pelo período**

### **Serviços administrativos**

#### **Funcionários próprios:**

Deve ser lançada a quantidade de Funcionários Próprios (concursados, não concursados e cedidos de outras unidades para o HUGO), subtraindo-se do quantitativo os funcionários concursados para o HUGO e cedidos a outros órgãos.

Obs.: Os médicos devem ser lançados neste item

#### **Funcionários de terceiros:**

Deve ser lançada a quantidade de Funcionários de terceiros.

#### **Grau de instrução:**

Deve ser lançada a quantidade de Funcionários por grau de instrução no período.

#### **Corpo clínico:**

Deve ser lançada a quantidade de Médicos no período.

#### **Índices da administração de pessoal:**

**Funcionários em férias:** deve ser lançada a quantidade de funcionários em férias no período;

**Funcionários de Licença/Afastamentos:** deve ser lançada a quantidade de funcionários que estiveram de licença e atestados no período;

**Admissões/demissões:** deve ser lançada a quantidade de funcionários admitidos e demitidos (transferidos), no período;

**Faltas em dia:** no. De faltas em dias no período.

**Índice de Absenteísmo:** Designa a relação entre o total de faltas em dias e o produto dos dias totais do período considerado pelo total de funcionários da organização:

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{\text{Nº de faltas em dias no período} \times 100}{\text{Efetivo médio} \times \text{período considerado}}$$

**Horas Extras:** quantidade em horas extras utilizadas no período;

**Atrasos em Horas:** quantidade de atrasos em horas no período;

**Coefficiente de funcionário por leito:** Representa a relação entre o quadro de funcionários existentes e o total de leitos do Hospital.

$$\text{Coeficiente de funcionários por Leito} = \frac{\text{Total de funcionários no período} \times 100}{\text{Total de leitos no período}}$$

**Coefficiente de funcionário por leito Ocupado:** Representa a relação entre o quadro de funcionários existentes e o total de leitos do Hospital.

$$\text{Coeficiente de funcionários por Leito Ocupado} = \frac{\text{Total de funcionários no período} \times 100}{\% \text{ de ocupação no período}}$$

**Índice de Rotatividade:** Representa a flutuação de pessoal dentro de uma organização, ou seja, é o volume de pessoas que ingressam e que saem de uma organização dentro de um mesmo período de tempo e relacionado ao volume médio de funcionário da organização.

Este índice é calculado pelo próprio setor de Estatística através da fórmula percentual:

$$\text{Índice de Rotatividade} = \frac{\frac{\text{Admitidos} + \text{Demitidos}}{2} \times 100}{\text{Efetivo Médio (*)}}$$

**(\*) Efetivo médio**

$$\text{Efetivo} = \frac{\text{Nº de funcionários início do período} + \text{Nº de funcionários no final de período}}{2}$$

**NOTA:**

Atentar ao uso do Efetivo Médio, e não do número de funcionários ao final do período. Tal medida visa considerar as oscilações de pessoal pertinentes ao período, buscando-se uma média na quantidade de funcionários realmente representativa.

**(CATEGORIA) % Sobre o Total de Funcionários:** Demonstra com exatidão a representatividade do corpo de Enfermagem em relação ao total de funcionários, como mostra a fórmula:

$$\% \text{ sobre o total de funcionários} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de funcionários da categoria} \times 100}{\text{Total de funcionários do Hospital}}$$

### **Infecção hospitalar**

#### **O Cálculo para Taxa de Infecção Hospitalar:**

Esta informação será fornecida diretamente pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar ou órgão interno similar.

#### **NOTA:**

O limite previsto pelo M.S. corresponde a 1,9 %.

#### **Resumo geral de informações**

Devem ser extraídos os dados nos itens calculados.

### **3.4. 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.

#### **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				

---

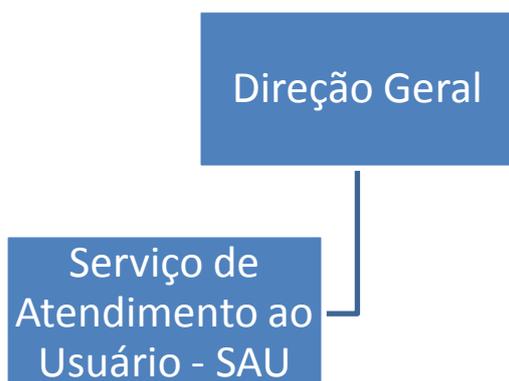
## **3.5. PROPOSTA DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO**

---

### **3.5.1. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DOS USUÁRIOS/SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO**

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é um setor que media e prioriza a qualidade no atendimento prestado pelas unidades de saúde. Este serviço destina-se ao atendimento de usuários e funcionários que queiram manifestar-se sobre os serviços prestados, seja por dúvida, queixa, elogio ou sugestões.

#### **Posição do SAU no Organograma do Hospital**



#### **Funcionamento do serviço**

O SAU capta dados através de um único documento que avalia a satisfação dos usuários referente os serviços prestados onde no verso da Pesquisa de Satisfação há um espaço reservado para comentários como dúvidas, sugestões, críticas e elogios;

Mensalmente os dados levantados nas Pesquisas de Satisfação são enviados aos gestores das unidades de saúde para avaliação e aprimoramento dos serviços prestados, além de emitir parecer sobre as reclamações e sugestões informando as providências tomadas para solução do problema.

As manifestações são classificadas em suas especificidades e após análise são encaminhadas aos setores competentes para ciência e providências. Após este processo o setor SAU, encaminha devolutiva da manifestação ao usuário.

A prioridade é responder aos manifestantes com agilidade. Controlar os processos recebidos, controlar os prazos de soluções. Acompanhar em tempo real o fluxo da reclamação. Buscar uma proatividade nas soluções dos problemas, fazendo de uma ouvidoria passiva para uma ativa.

### Horário de Funcionamento

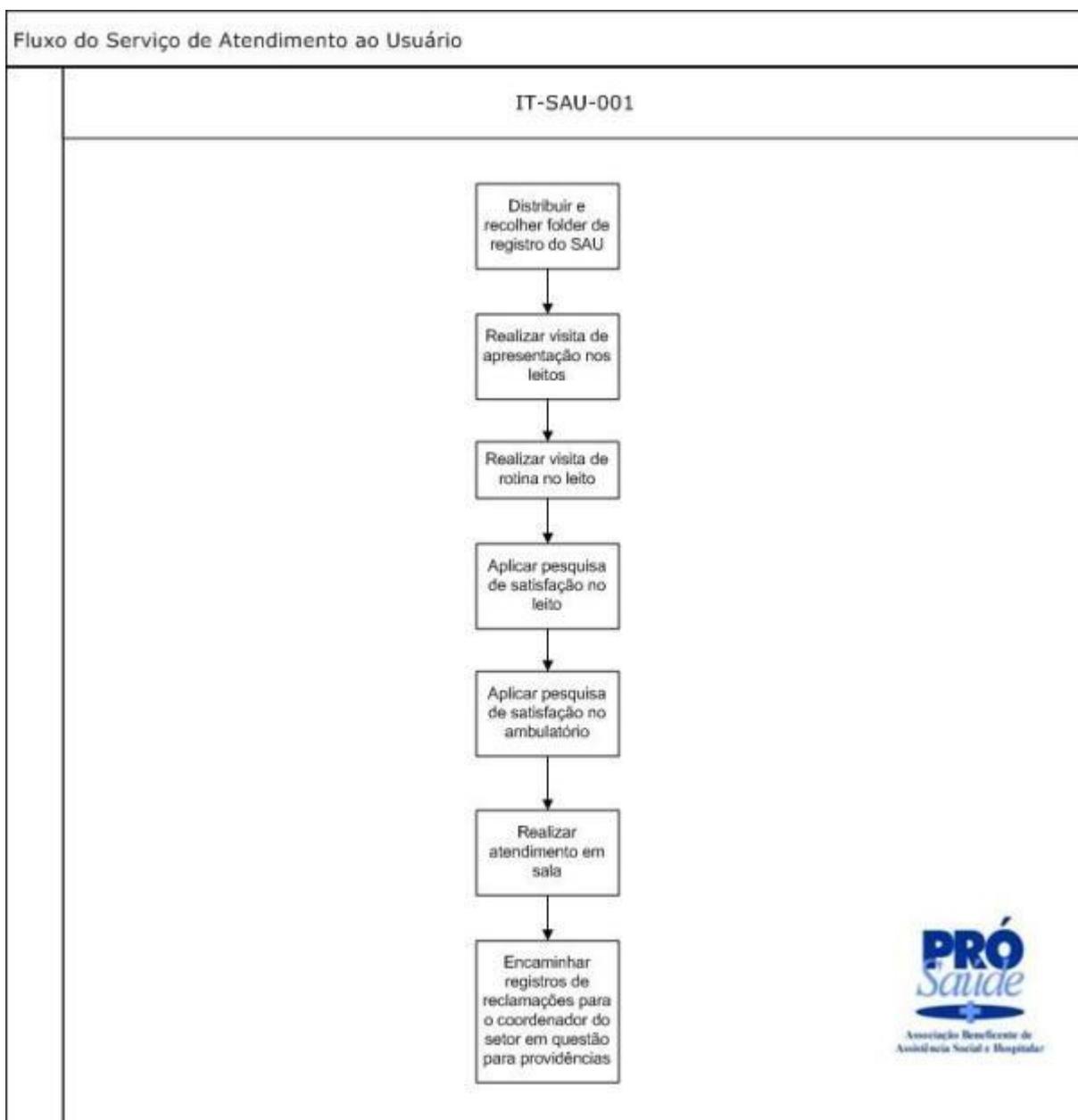
- De segunda a sexta de 7h às 19h.

### Macro-Processo do SAU



## Fluxos

### Fluxo do Serviço de Atendimento do Usuário



## Normas

### Normas Administrativas

São as resoluções, ordens de serviço e orientações, que emanam de uma autoridade administrativa.

O SAU tem como Normas Administrativas:

- Todos os colaboradores cumprirão o horário de trabalho estabelecido;
- Os colaboradores deverão trabalhar devidamente uniformizados e identificados;
- Os documentos só poderão ser retirados da Seção com autorização da Gerência Geral;

A implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os Acompanhantes seguirá:

Com a finalidade atender aos Estatutos da Criança e do Adolescente e o Estatuto do Idoso, serão permitidos e estimuladas a permanência de acompanhantes aos menores de 18 anos e acima de 65 anos.

As acomodações utilizadas serão em poltronas tipo “poltronas do Papai”.

Os acompanhantes serão informados através de folheto a ser elaborado, o local para higienização, horário e local para refeições, permanência máxima de cada acompanhante.

### 3.5.2. MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO

A seguir reproduziremos um modelo de Manual de orientação ao usuário:

#### **DIREITOS E RESPONSABILIDADES DOS PACIENTES**

##### **Direitos:**

- 1) Receber atendimento digno, atencioso e respeitoso independente de sua etnia, credo, cor, idade, sexo, orientação sexual, ou diagnóstico.
- 2) Ser identificado pelo seu nome e sobrenome e não pelo nome de sua doença, número, código ou qualquer outra forma desrespeitosa ou preconceituosa.
- 3) Poder identificar através de crachá com fotografia e nome, os profissionais envolvidos em seus cuidados.
- 4) Receber informações claras e compreensíveis acerca de seu diagnóstico, opções terapêuticas e riscos envolvidos.
- 5) Consentir ou recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, de forma livre e voluntária, após receber adequada orientação, desde que não esteja em risco de morte. Em caso de recusa ou revogação do consentimento, não serão imputadas quaisquer sanções morais ou legais.

- 6) Ter acesso ao seu prontuário de acordo com as normas da instituição. O prontuário deve incluir o conjunto de documentos e informações padronizadas sobre o histórico do paciente, princípios e evolução da doença, condutas terapêuticas e demais anotações clínicas.
- 7) Ter resguardada a confidencialidade de todo e qualquer informação pessoal, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete risco a terceiros ou à saúde pública.
- 8) Receber ou recusar assistência psicológica, social e religiosa.
- 9) Ter garantida a sua segurança, integridade física, psíquica e moral.
- 10) Ter acesso aos mecanismos de atendimento ao cliente, como o SAC e Ouvidoria, para apresentar sugestões, reclamações/denúncias com objetivo de desenvolver ações, por meio do Serviço de Humanização.

### **Responsabilidades:**

- 1) Dar informações completas e precisas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias, uso de medicamentos, procedimentos médicos pregressos e outros problemas relacionados à sua saúde.
- 2) Conhecer e respeitar as normas e regulamentos do Hospital.
- 3) Zelar e responsabilizar-se pelas propriedades da Instituição colocadas à sua disposição.
- 4) Respeitar os direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviços da Instituição, tratando-os com civilidade e cortesia, contribuindo no controle de ruídos, número e comportamentos de seus visitantes.
- 5) Assumir responsabilidades pela recusa a procedimentos ou tratamentos recomendados e pela não atenção às orientações fornecidas pela equipe de saúde;
- 6) Participar de eventos de promoção de saúde e desenvolver hábitos e atitudes saudáveis que melhorem a qualidade de vida;

### **INTERNAÇÃO**

#### **Informações e Procedimentos**

O paciente deve estar acompanhado de um responsável por sua internação, que deverá fornecer as informações solicitadas, bem como apresentar os próprios documentos (RG e CPF) e os do paciente e também assinar um contrato de

prestação de serviços. Além disso, a internação só poderá ser realizada sob a responsabilidade de um médico, devidamente cadastrado em nosso corpo clínico

### **ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM**

O Corpo de Enfermagem do Hospital conta com profissionais altamente qualificados e em constante aperfeiçoamento de suas especialidades, composto por enfermeiros e técnicos de enfermagem, que prestam assistência com qualidade técnica e administrativa. Nosso objetivo é individualizar o cuidado e atender as necessidades do paciente.

A área assistencial se preocupa com você e acredita que pequenos gestos podem tornar a sua estadia conosco mais feliz. É nossa prioridade humanizar e qualificar cada vez mais o atendimento.

Ao necessitar de auxílio da enfermagem acione a campainha acima do leito. Em cada unidade dispomos de um enfermeiro responsável por cada plantão. Chame-o se for necessário.

### **ASSITÊNCIA MÉDICA**

As informações médicas sobre os pacientes são transmitidas somente pelo médico assistente, sempre pessoalmente. Apenas os médicos credenciados ou autorizados pela Diretoria deste Hospital podem efetuar a internação e acompanhar o respectivo tratamento do paciente. Se achar necessário a presença médica, solicite através da enfermagem.

### **ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

As refeições dos pacientes serão servidas nos leitos. Dispomos de uma equipe de nutricionistas responsáveis pela administração da dieta, para que este receba a mais adequada para ajudar em sua recuperação.

Por isso, para maior segurança, solicitamos que não tragam alimentos de casa para o paciente, nem para consumo do acompanhante, pois além de não ser permitido, coloca em risco a recuperação do mesmo.

Caso esteja com dúvidas em relação à dieta fornecida, solicite ajuda à Unidade de Alimentação e Nutrição.

### **SERVIÇO SOCIAL**

Assistentes Sociais são disponibilizados e realizam visitas aos pacientes. Contatar familiares e acompanhantes de pacientes graves ou desacompanhados, intervir em situações de atendimento ao paciente desacompanhado, atender e orientar familiares em caso de óbito, são algumas das atividades realizadas pela nossa equipe.

Ao necessitar deste serviço, favor solicitar a presença deste profissional à equipe de enfermagem da unidade.

## **PSICOLOGIA**

O enfoque dos atendimentos durante a hospitalização é o adoecer e as angústias despertadas. Com objetivo de auxiliar os pacientes e familiares a lidar com esta situação, os profissionais desse serviço estão disponíveis para o auxílio psicológico na recuperação da saúde e minimização do sofrimento.

## **HUMANIZAÇÃO**

O Serviço de Humanização busca, por meio do desenvolvimento de projetos e programas, propor ações de melhoria e saúde para os pacientes, familiares, colaboradores e gestores do Hospital. É uma proposta de um trabalho coletivo, para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo, em busca:

- Da valorização dos usuários, colaboradores e gestores;
- Da autonomia e protagonismo dos sujeitos;
- Do aumento da co-responsabilidade no cuidado e entre os sujeitos;
- Do compromisso com a melhoria das condições de trabalho e atendimento;
- Do estabelecimento de vínculos solidários.

O Grupo Ecumênico da Saúde tem como objetivo: desenvolver um trabalho de apoio social e solidariedade espiritual, aberto ao diálogo inter-religioso, por meio de visitas de agentes representantes de diferentes religiões, aos pacientes internados, familiares e/ou acompanhantes.

São atividades do Grupo Ecumênico da Saúde: realização de visita nas enfermarias, cultos religiosos na capela (4º andar), realização de campanhas e doação (roupas, produtos de higiene pessoal, sapatos, fraldas, etc.) aos pacientes e acompanhantes.

Qualquer dúvida ou solicitação de visita de um representante do Grupo Ecumênico e, pedido de doação, entre em contato através do telefone (XX) XXXXXXXX ou e-mail :XXXXXXXXXX

## **SAC**

Os colaboradores que atuam nesse serviço estão empenhados em oferecer indistintamente:

- Respeito
- Compreensão
- Segurança
- Informação completa e exata
- Facilidade no acesso aos serviços prestados
- Resolutividade

O SAC tem como principal objetivo receber e analisar as sugestões e reclamações, encaminhar aos serviços competentes, acompanhar as providências adotadas e informar ao usuário. Este trabalho resulta no aprimoramento dos serviços oferecidos.

O Hospital está sempre em busca do aperfeiçoamento de seus serviços, portanto é muito importante para nós sua opinião. Por favor, preencha a pesquisa de satisfação e entregue a uma das funcionárias do SAC ou deposite nas urnas disponíveis nas recepções e nos postos de enfermagem.

Qualquer dúvida solicite uma visita do SAC através da enfermagem, ou entre em contato por meio do telefone (XX) XXXXXXXX ou e-mail.

## **NORMAS GERAIS DE ACESSO E SEGURANÇA (Pacientes, Visitantes e Acompanhantes)**

### **PROIBIÇÕES:**

- Entrar trajando roupas inadequadas (sem camisa, roupas transparentes, decote avantajado, bermuda, camiseta sem manga, etc.);
- Entrada de alimentos;

- Cigarros, bebidas alcoólicas ou drogas, bem como bolsas de médio e grande porte, sacolas, cadeira de praia, travesseiros, cobertores, colchão, entre outros;
- Entrada de pessoas apresentando sintomas de embriaguez ou utilização de drogas ilícitas;
- Fumar nas dependências deste hospital;
- Entrada de pessoas com calçados abertos, tais como: chinelo, sandálias e afins. A pessoa deverá estar com calçado fechado na frente e nas laterais, principalmente quando a visita for destinada a UTI;
- Entrada sem o crachá;
- Visitar outros leitos e ficar circulando pelos corredores do Hospital;
- Lavar ou passar roupa, estendê-las em camas, cadeiras e/ou janelas, deste hospital;
- Permanecer nos corredores do Centro Cirúrgico e da UTI, devendo aguardar na sala de espera;
- Jogar lixo ou qualquer outro objeto pela janela;
- Sentar ou deitar no leito dos pacientes;
- Manipular quaisquer equipamentos, medicamentos ou soros, evitando riscos ao paciente;
- Compartilhar objetos, ou prestar assistência ao paciente ao lado;
- Guardar qualquer tipo de alimentos e utensílios da nutrição nos armários das enfermarias.

**Obs.:** O Hospital não se responsabilizará por qualquer objeto dos pacientes, acompanhantes e visitantes. Sugerimos entregar objetos de valor aos familiares no momento da internação. Deixe apenas objetos de uso pessoal.

**O VISITANTE E ACOMPANHANTE DEVEM OBSERVAR AS SEGUINTESS ORIENTAÇÕES:**

- O acompanhante e o visitante, preferencialmente, deverão ser maiores de 18 anos.
- Deverá portar o crachá (fornecido pela portaria) à altura do peito em local bem visível.
- Evite barulho, fale em voz baixa e conserve a calma;
- Caso seja necessário fazer algum procedimento médico, de enfermagem ou exames nos horários de visita, todos deverão se retirar do recinto, desde que solicitados.
- Se houver alguma intercorrência na unidade, o horário de visita poderá atrasar ou até mesmo ser cancelado.
- No caso de presidiário internado, acompanhado/escoltado por policiais, fica condicionado a uma autorização judicial o paciente receber visita.

## **PACIENTES**

### **Consentimento Informado**

O Termo de Consentimento Informado é um direito dos pacientes e uma obrigação moral de toda a equipe do Hospital.

O termo permite que o paciente possa tomar decisões sobre os tratamentos e procedimentos propostos a ele, através de um documento assinado pelo paciente ou responsável consentindo ao médico a realização de determinado procedimento diagnóstico ou terapêutico, após haver recebido as informações pertinentes. Esses procedimentos garantem a autonomia do paciente e delimitam a responsabilidade do médico que realiza os procedimentos.

O seu uso está indicado nas seguintes situações:

- Nos tratamentos e procedimentos cirúrgicos ou clínicos realizados sob algum tipo de anestesia;
- Nas biópsias e demais incisões (mesmo em regime ambulatorial e com algum tipo de anestesia local);
- Nos procedimentos endoscópicos;

- Nas transfusões sanguíneas;
- Nos procedimentos radiológicos envolvendo o uso de contraste;
- No uso de medicações ou terapêuticas invasivas com risco de efeitos colaterais severos;
- Nos procedimentos diagnósticos invasivos.

### **O QUE TRAZER?**

Recomendamos que os pacientes tragam somente objetos de uso pessoal, tais como:

- Sabonete.
- Pente/Escova.
- Creme e escova dental.
- Chinelo ou Sandália.
- Muda de roupa para o momento da alta.
- Tragam também livros e revistas.

### **MEDICAMENTOS:**

Caso o paciente faça uso de algum medicamento, deve trazê-lo e sinalizar ao médico para que seja prescrito. O farmacêutico fará avaliação física do medicamento e, caso liberado para uso, o paciente assinará termo de responsabilidade sobre a procedência e qualidade desse medicamento.

### **REFEIÇÕES (LOCAL E HORÁRIO):**

LOCAL	REFEIÇÕES	HORÁRIOS
Nas enfermarias (leito)	Café da Manhã	A partir das 07h
	Colação	A partir das 09h
	Almoço	A partir das 11h
	Lanche	A partir das 14h
	Jantar	A partir das 17h
	Ceia	A partir das 21h

## VISITANTES

Fica reservado ao Hospital o direito à alteração no atual horário de visitas sem aviso prévio, de acordo com a necessidade do serviço.

A recepção fornecerá crachás como forma de organizar as visitas e para a própria segurança dos pacientes.

Não é recomendável a visita hospitalar para crianças menores de 12 anos. Procure nossa equipe de recepção para mais informações.

Nas unidades de internação, o hospital possui o "**PROGRAMA DE VISITA ESTENDIDA**" das 14H às 20H. É permitida a entrada de um visitante por vez para cada paciente, com revezamento durante todo o horário.

O repouso é parte integrante do tratamento do paciente. O número excessivo de visitantes prejudica a recuperação.

Ao saírem do Hospital, favor deixar os crachás na recepção.

## HORÁRIOS DE VISITAS:

LOCAL	HORÁRIO
Unidade de Internação	14h às 20h

Os horários de visitas estão disponíveis nas recepções e qualquer dúvida, o visitante pode entrar em contato pelo telefone XXXXX.

## NORMAS ESPECÍFICAS PARA VISITA NA ENFERMARIA:

O visitante deve respeitar as seguintes normas:

- Objetivando um melhor controle, somente será permitida a entrada da 2ª visita, e das demais, **após a saída do visitante anterior**, com o devido crachá devolvido, ou seja, o 2º visitante somente poderá ter acesso ao Hospital após a devolução do crachá pelo 1º visitante e assim sucessivamente.

## ACOMPANHANTES

**O paciente terá direito ao acompanhante, conforme as seguintes normas:**

- O paciente deverá ter menos de 18 anos ou mais de 60 anos, conforme Estatuto da Criança e do Adolescente e Estatuto do Idoso;
- Deficiente e paciente muito debilitado e com importante grau de dependência avaliado e autorizado por escrito pelo Enfermeiro responsável pela unidade;
- O paciente poderá ter somente um acompanhante;

#### **Quem poderá ser acompanhante?**

- Pessoas que estejam em bom estado de saúde, não estejam gripadas ou com alguma outra infecção que coloque o paciente em risco (diarréia, furúnculos, feridas abertas e outras).
- Ser do mesmo sexo do paciente. Somente em situações excepcionais é que esta regra será flexibilizada;

#### **NORMAS ESPECÍFICAS A SEREM OBSERVADAS PELOS ACOMPANHANTES:**

- Se o acompanhante tiver que se ausentar, só poderá retornar nos horários de troca de acompanhante;
- A troca de acompanhante realizada fora desse horário, só será permitida com a autorização do Enfermeiro responsável.
- A troca de acompanhante será feita somente no local e horário conforme quadro abaixo:

LOCAL	HORÁRIO
Recepção de Visitas	07h:30min às 08h:30min
	14h às 15h
	20h às 20h:30min

- O acompanhante receberá um crachá devidamente cadastrado no sistema de liberação de catracas, e deverá usá-lo para ter acesso no refeitório;
- O acompanhante receberá três refeições diárias, que serão servidas no refeitório do Hospital, nos seguintes horários:

LOCAL	REFEIÇÃO	HORÁRIO
Refeitório	CAFÉ DA MANHÃ	08h às 09h

	ALMOÇO	13h às 14h
	JANTAR	18h às 19h

- Necessidades especiais para acompanhante serão devidamente analisados pelo Enfermeiro da Unidade.
- A entrega da roupa de cama ao acompanhante (kit acompanhante) será diariamente às 22h.

### 3.5.3. AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE

“A informação obtida de pesquisas de satisfação com os clientes, de reclamações por má prática ou erros profissionais tem sido utilizada por muitos para o aprimoramento da gestão da qualidade, de forma a não só permitir identificar aspectos negativos da assistência prestada, como também constituir um sistema de identificação de problemas, localizando pontos de melhoria do processo e propondo intervenções que podem reduzir as falhas. Enfim, utiliza-se a informação colhida para colocar em andamento programas de gestão de riscos, cujo objetivo principal é melhorar a qualidade de assistência, a segurança do paciente e a eliminação ou redução de custos desnecessários (FELDMAM, 2002; HARADA, 2006).

A Pesquisa sobre a satisfação do cliente poderá ser realizada em qualquer momento da internação bem como no momento da alta hospitalar.

#### **Figura: Modelo de formulário de pesquisa de satisfação do usuário**

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO					
Aces/Setor: _____					
Especialidade: _____					
Data: / / Hora: _____					
Perfil do Usuário					
Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino Idade: _____					
Entrevistado: <input type="radio"/> Paciente <input type="radio"/> Acompanhante					
Município de origem: _____ / UF _____ Bairro: _____					
Referenciado: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim					
É o primeiro atendimento no HGE? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim					
Atendimento da Recepção	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
Atendimento da Enfermagem	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
Atendimento do Médico	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
Atendimento do Serviço Social	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
Alimentação fornecida	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
Limpeza da área	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
Tempo de espera dos exames	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
Quais serviços utilizados?	<input type="checkbox"/> Radiografia		<input type="checkbox"/> Laboratório		
	<input type="checkbox"/> Ultrassonografia		<input type="checkbox"/> Tomografia		
	<input type="checkbox"/> Ecocardiograma		<input type="checkbox"/> Endoscopia		
	<input type="checkbox"/> Outros				
Aspectos Gerais	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
1. Estrutura Física, Iluminação e conforto					
2. Segurança					
3. Placas de identificação e acessos					
No contexto geral, como você classificaria o atendimento recebido?	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo

Comentários/Sugestões

Caso deseje obter retorno, identifique-se abaixo:

Paciente ( )	Acompanhante ( )	Familiar ( )	Visitante ( )
Nome: _____			
Telefone para retorno/contato: _____			
Email: _____			

## Indicadores

São instrumentos gerenciais sem os quais não seria possível realizar uma avaliação rigorosa de produtividade ou qualidade numa instituição de saúde.

Os indicadores utilizados são os seguintes:

### Taxa de Pesquisas Respondidas

$$\text{Representatividade das Pesquisas respondidas} = \sum \frac{\text{Pesquisas respondidas}}{\text{Pacientes Internados no período}} \times 100$$

O resultado será o percentual de pesquisas respondidas sobre os atendimentos prestados.

### Grau de Satisfação do Usuário

*Grau de Satisfação do Usuário*

$$= \frac{N^{\circ} \text{ de Respostas Satisfatórias (Ótimo e bom)}}{N^{\circ} \text{ de Pesquisas respondidas} \times N^{\circ} \text{ de Itens da Pesquisa}} \times 100$$

O resultado será o percentual de usuários satisfeitos.

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.

### **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.

---

## **3.6. PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

---

### **3.6.1. NEP – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

Serviço responsável por atuar no desenvolvimento dos Recursos Humanos (Médicos, Enfermagem e demais trabalhadores da unidade) através da educação contínua com vistas à qualidade da intervenção, em todas as áreas e profissionais das unidades. É responsável por desenvolver o agir técnico da força dos Recursos Humanos, proporcionando aprofundamento de conhecimentos dos profissionais de saúde por meio da capacitação pedagógica em várias áreas e níveis de complexidade, visando a qualificação do processo assistencial à população. Este serviço poderá desenvolver atividades em parceria com a Unidade, visando ações voltadas à comunidade.

#### **TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO:**

Os programas de T&D (treinamento e desenvolvimento) e/ou Serviço de Educação Permanente serão desenvolvidos regularmente em duas etapas:

#### **1. Integração dos colaboradores a nova estrutura e serviços da Unidade ao qual serão lotados, contemplando o seguinte conteúdo Programático:**

- Apresentação da Parceria Pública/O.S., Missão, Visão e Valores da Organização Social em consonância com a Secretaria de Saúde;
- Apresentação do Perfil Assistencial específico da Unidade;
- Apresentação das Normas Administrativas e trabalhistas;

- Apresentação de Rotinas e Instruções de Trabalho de Biossegurança, Infecção Hospitalar e outras.
- Apresentação de Rotinas e Instruções de Trabalho específicas por categoria profissional;
- Visita de reconhecimento da Unidade.

Meta: Esta etapa deverá atingir a todos os colaboradores que atuarão na unidade

**2. De acordo com as necessidades específicas de implantação de rotinas, atualização de procedimentos, manuseio de aparelhos e materiais, implantação de novos equipamentos e materiais médicos hospitalares, temas sugeridos e dados evidenciados pela avaliação de desempenho dos profissionais.**

Meta: atingir 100% das categorias que envolve o tema abordado.

Abaixo segue tabela com alguns dos Treinamentos programados para o Serviço de Educação Continuada.

**Proposta de Capacitações para as Unidades**

Tipo de Capacitação	Carga Horária	Público
Atendimento ao Cliente, Linguagem Corporal e Verbal. Apresentação Pessoal	08	Todos
Biossegurança e Precauções Universais	08	Todos
Prevenção de Acidentes de Trabalho	08	Todos
Oficina de Humanização	08	Todos
Fundamentos de Enfermagem	04	Enfermagem
Administração de Medicamentos	04	Enfermagem
Curativos	04	Enfermagem
Gerenciamento de Risco	08	Enfermagem
Planos de Contingência e Catástrofes	16	Todos
Instrumentos Gerenciais	04	Todos
Estatística, Epidemiologia e Indicadores	04	SAME
Sistematização da Enfermagem	16	Enfermeiros
Qualidade	16	Todos

Fonte: Equipe Pró-Saúde

Todos os Treinamentos e capacitações serão avaliados pelos participantes e a performance e desempenho dos profissionais após realização dos treinamentos e capacitações serão realizadas através de:

- **Avaliação escrita:** aplicada logo após a realização do curso ou capacitação
- **Avaliação de Eficácia e resultados:** aplicada após 90 dias do término do treinamento, pelo superior, não podendo ultrapassar 15 dias e preenchido pelo mesmo.
- **Avaliação de Comportamento no Trabalho:** Visa identificar mudanças de comportamento que geram desempenho no trabalho, mostra o impacto dos programas de treinamento em relação à aderência ao que foi ensinado, se está sendo aplicado na prática do serviço desenvolvido. Esse método de avaliação identifica através da busca em prontuários e auditoria.

Abaixo encontra-se o manual da Educação Permanente

### 3.6.2. MANUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação continuada é um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, destinado a atualizar e melhorar a capacitação de pessoas. É um elemento importante no funcionamento de qualquer instituição, com o objetivo de adequações de funções para melhorar a eficiência e qualificação dos colaboradores, a competência profissional e o nível de satisfação do usuário.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a educação continuada como essencial para a qualidade da assistência à saúde. Entende que auxilia no desenvolvimento dos recursos humanos, num esforço sistemático de melhorar o funcionamento dos serviços através do desempenho do pessoal.

Assim, para minimizar e qualificar as deficiências encontradas no ambiente de trabalho, foi proposto à implementação da educação permanente em saúde, que tem por desafio:

1. Mobilizar os profissionais de enfermagem para resgatar a concepção voltada para o desenvolvimento de suas práticas;
2. Orientar e educar, identificar as necessidades das equipes de enfermagem que atuam nos diferentes setores para minimizar as deficiências de mão-de-obra;
3. Realizar treinamentos teóricos e práticos nos setores com os enfermeiros e técnicos de enfermagem para exercício diário de aprimoramento técnico/prático,

para que os mesmos aperfeiçoem seu processo de trabalho (tomada de decisão, liderança, supervisão, habilidades, flexibilidade e trabalho corpo-a-corpo);

4. Ao admitir novos colaboradores será realizada a integração dos mesmos na instituição pelo enfermeiro da educação continuada, onde após a contratação será realizado prioritariamente a apresentação da área física da instituição como um todo, posteriormente irá ser entregue o cronograma de ambientação nos setores Unidade de Internação ( Médica Cirúrgica, Pediátrica e Gineco-Obstétrica), Centro Cirúrgico, Central de Materiais Esterilizados(CME), Urgência/Emergência, Ambulatório, Unidades de Terapia Intensiva (Adulto, Pediátrica e Neonatal e Nefrologia), contendo a data e horário.

O cronograma contemplará a programação das aulas teóricas e práticas tanto das aulas teóricas quanto das aulas práticas;

5. As **aulas teóricas:** serão ministrados conteúdos em sala de aula. Antes do início de cada aula será realizado pré-teste para avaliação do conhecimento relacionado ao assunto a ser estudado, e no final de cada aula será realizado o pós-teste para avaliar se adquiriram conhecimento suficiente para executarem suas tarefas no dia-a-dia, de forma que visem o desenvolvimento do serviço nas unidades assistenciais;

6. As **aulas práticas:** o enfermeiro da educação continuada irá acompanhar monitorizar, direcionar e explicar os procedimentos realizados nos setores. Os novos colaboradores estarão sendo avaliados durante a realização dos procedimentos técnicos relacionados à assistência. Estarão sendo observados quanto ao seu processo de desenvolvimento conhecimento, habilidades e comunicação no trabalho, para que possam:

- ser avaliado os resultados;
- adquirir o desenvolvimento da capacidade técnica;
- conhecer o seu perfil do colaborador;
- observar a qualidade no atendimento ao usuário;
- identificar os problemas, diagnosticando a necessidades de mudança;
- detectar formas alternativas para a correção de falhas;
- proporcionar “feed-back” aos funcionários sobre o seu desempenho.

7. As formas de avaliação: Descrever a sistemática de prova no início de cada plantão

Os colaboradores novos serão avaliados no período dos 40 e 85 dias pelo enfermeiro da educação continuada junto com o enfermeiro assistencial do setor, através do *Formulário de Avaliação de Desempenho Técnico/Prático de Enfermagem*;

8. Durante o período de experiência na unidade assistencial, o enfermeiro da área deverá realizar o acompanhamento do novo colaborador, e informar ao enfermeiro da educação continuada qualquer dificuldade que o novo colaborador esteja enfrentando. O enfermeiro da educação continuada passará a acompanhar o novo colaborador para identificar possíveis fragilidades que deverão ser trabalhadas ainda no período de experiência.

9. Todas as informações relacionadas ao acompanhamento do colaborador, em período de experiência, deverão ser registradas no formulário de desempenho técnico/prático de enfermagem;

10. Ao completar 60 dias será realizada uma prova teórica, para avaliar o conhecimento básico, teórico, prático e gerencial que o colaborador adquiriu no período de experiência;

11. Durante a avaliação de 85 dias, o enfermeiro da educação continuada emite o parecer liberando ou não o colaborador para assumir as atividades nas unidades assistenciais;

12. Caso o colaborador não esteja apto ao desempenho das atividades em 90 dias, o enfermeiro da educação continuada e o enfermeiro responsável pela área de trabalho do novo colaborador deverão finalizar a avaliação procedendo ao desligamento do avaliado. Ainda, de acordo com a avaliação de ambos os enfermeiros, haverá situações em que o novo colaborador poderá apresentar deficiências que poderão ser trabalhadas após 90 dias de experiência, para estes casos deverá ser aberto um plano de ação para capacitação do novo colaborador. Este será liberado para as atividades nas unidades somente após avaliação e registro do enfermeiro da educação continuada e após a execução do plano de ação;

13. A avaliação será encaminhada ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) para registro e acompanhamento.

---

### **3.7. SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL QUANTO AO DESCARTE DE RESÍDUOS**

---

#### **PROJETO DE SUSTENTABILIDADE**

“Sustentabilidade é suprir as necessidades da geração presente sem afetar a habilidade das gerações futuras de suprir as suas”. Relatório Brundtland, 1987.

A Sustentabilidade é hoje um dos pontos abordados na estratégia dos Hospitais. Há um processo de solidificação do conceito e o mesmo passa a permear todas as atividades desenvolvidas na Instituição de modo que todos os aspectos referentes às questões sociais, ambientais e econômicas sejam consideradas para a tomada de decisões na organização, além de contribuir para a construção de uma cultura organizacional orientada ao desenvolvimento sustentável.

#### **GRI – GLOBAL REPORTING INICIATIVE**

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.

A GRI, uma Organização Não-Governamental composta por uma rede multistakeholders, foi fundada em 1997 pela CERES e pela Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (UNEP). Em 2002, a GRI mudou-se para Amsterdã onde atualmente está sediada a Secretaria. Ela conta também com os representantes regionais, os Pontos Focais (**Focal Points**) nos países: **Austrália, Brasil, China, Índia e Estados Unidos** e uma rede **mundial de 30.000 pessoas**.

Um relatório de gestão/sustentabilidade é a principal ferramenta de explanação do desempenho social, ambiental e econômico das empresas e o modelo baseado na GRI é o mais difundido e completo em nível mundial. O conjunto de diretrizes e indicadores da GRI proporciona a comparabilidade, credibilidade, periodicidade e legitimidade da informação na comunicação do desempenho social, ambiental e

econômico das organizações. É um documento em que a empresa mostra, para o conjunto da sociedade, como ela se relaciona com seus colaboradores, clientes e com a comunidade em que atua, o que faz em relação aos impactos causados por suas atividades neste meio e no ambiente e quais são suas diretrizes para relacionamento com seus fornecedores.

### **Benefícios**

Para a gestão corporativa da empresa, o relatório pode representar o diagnóstico das principais fortalezas e debilidades no que tange o seu desempenho socioambiental, e assim, uma oportunidade de inovação e alta performance. Para a imagem pública da empresa, o relatório GRI é a oportunidade de transparência, melhoria da reputação e o aumento da fidelidade, motivação e compromisso de seus diferentes stakeholders (funcionários, colaboradores, fornecedores, acionistas e investidores). Apesar de não ser uma certificação e sim um processo voluntário e interno da empresa, os benefícios da elaboração e divulgação do relatório de sustentabilidade pela GRI são bastante parecidos.

### **PRÓ- SAÚDE e o GRI**

Hospitais administrados pela Pró-Saúde que participam do GRI:

- Hospital Municipal de Araucária
- Hospital Dr. Luiz Camargo da Fonseca – Cubatão

#### **3.7.1. POLÍTICA AMBIENTAL**

A Pró Saúde tem por princípio:

- Capacitar nossos colaboradores para desenvolver ações economicamente viáveis, socialmente justas e ambientalmente adequadas para a preservação do meio ambiente;
- Promover o compromisso da melhoria contínua dos processos e serviços com ações de qualidade e visão em sustentabilidade;
- Possibilitar que todas as dependências possam dialogar com as partes interessadas, sempre observando a legislação sócio-ambiental;
- Propiciar que os objetivos e metas ambientais da entidade sejam divulgados pelos meios de comunicação.

#### Objetivos e Metas:

- Cumprir e se possível antecipar-se as normas vigentes na legislação ambiental;
- Primar pela melhoria continua e inovação dos processos produtores de aspectos ambientais, visando sempre nenhum ou menor impacto possível e as mitigações correspondentes;
- Primar por um método de comunicação rápido, simples e periódico direcionado a todos os stakeholders (partes interessadas);
- Primar pela conservação e proteção dos recursos naturais inseridos direta ou indiretamente nas atividades técnicas e organizacionais.

#### 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 a prevenção de 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 a 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.

### **3.7.2. PROGRAMA DE DESCARTE DE RESÍDUOS DE SAÚDE – PGRSS**

Rua Guaicurus, 563 – Lapa – CEP 05033-001 – São Paulo – SP – Telefax: (0xx) 11 2238-5566  
<http://www.prosaude.org.br> - e-mail: [prosaude@prosaude.org.br](mailto:prosaude@prosaude.org.br)

O PGRS, constituído em uma obrigatoriedade através da RDC no. 306, de 07/12/2004, estabelece sobre o tratamento dos resíduos de Serviços de Saúde.

No Anexo II encontra-se um modelo de Manual de Gerenciamento de Resíduos utilizado pela Pró-Saúde nos hospitais por ela administrado.

### **Cronograma de Implantação:**

<b>AÇÃO</b>	<b>Mês 1</b>	<b>Mês 2</b>	<b>Mês 3</b>
Levantamento dos resíduos no setor de origem			
Classificação dos resíduos			
Padronização e implantação das lixeiras			
Adequação do acondicionamento temporário			
Treinamento equipe enfermagem			
Treinamento equipe de limpeza			
Implantação do plano de gerenciamento			

A Pró-Saúde acredita que após a implantação do PGRSS, será possível ajudar o município no controle dos riscos impostos à saúde e também facilitando as operações de coleta, armazenamento externo e o transporte do mesmo.

Existindo no município uma usina de reciclagem, será possível trazer de volta ao ciclo produtivo materiais que seriam descartados, utilizando-os na produção de novos produtos. O processo de reciclagem traz benefícios para a comunidade, pois gera empregos e renda, além de contribuir para o aumento da vida útil do aterro sanitário.

### **3.7.3. PROGRAMAS DE SUSTENTABILIDADE**

Uma rede de hospitais "saudáveis e verdes" está sendo construída no Brasil. Iniciativa da organização internacional First Care Without Harm (Saúde sem Dano), a ideia é reunir as instituições que se comprometem a tratar resíduos, reduzir consumo de água e energia, substituir substâncias químicas perigosas e construir prédios sustentáveis, entre outras ações.

Essas instituições se comprometem a cumprir metas sustentáveis. Para entrar na rede, as instituições têm de cumprir ao menos dois dos dez objetivos e assumir o compromisso de forma séria de ampliar a atuação para se tornar um hospital sustentável.

Entre as metas cumpridas está o banimento de mercúrio. Termômetros e instrumentos para medir pressão que utilizavam o metal pesado foram substituídos

por aparelhos digitais. Cresce no setor de saúde iniciativas de hospitais sustentáveis. Reaproveitamento de água e iluminação natural já são corriqueiros nas novas obras. Mesmo os mais antigos se adaptam.

Segundo critérios da Rede Global, podem ser considerados hospitais verdes e saudáveis os que priorizam práticas gerais de “saúde ambiental”, que implicam substituir substâncias perigosas por outras mais seguras, reduzir a poluição causada por produtos farmacêuticos, reduzir a produção e garantir destino seguro dos resíduos, além de diminuir o consumo de energia e água. Outro critério para o hospital se enquadrar no perfil da Rede Global é o consumo de alimentos produzidos no local, e de forma sustentável, e a aquisição de produtos e materiais mais seguros

Sendo o edifício do hospital Brás Cubas já construído com conceito “verde” tendo cisternas para reaproveitamento das águas fluviais e captadores de energia solar, outras ações podem ser adotadas como a reciclagem de lixo, diminuição de resíduo biológico, redução dos consumos de água e energia, descarte de pilhas, reciclagem do óleo e distribuição de mudas para reflorestamento como são realizadas nos hospitais administrados pela Pró-Saúde, já com certificação “SELO-VERDE” – Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará em Santarém, Hospital Regional do Sudeste do Pará em Marabá, o Hospital Regional Público da Transamazônica em Altamira.

Abaixo encontra-se o exemplo de plano de ação que poderá ser implantado no Hospital, os responsáveis e prazos serão definidos posteriormente:

META	AÇÃO	COMO
<b>Reciclagem de Resíduos</b>	Pesquisar Empresas que realizem coletas de resíduos. Verificar gestão de contrato em Empresas	Realizar contratos com Empresas que realizem coleta de resíduos.
	Solicitar através do SHL (Serviço de Higienização e Limpeza), a compra de lixeiras seletivas.	Solicitar de compras de lixeiras seletivas.
	Realizar orientações de sensibilização dos colaboradores e usuários quanto a utilização de lixeiras seletivas.	Realização de Campanhas de Sensibilização.
	Verificar espaço no Hospital, para a construção da Central de Coleta de resíduos junto com o Comitê e a Diretoria Geral.	Promover parceria com o Comitê de venda de Inservíveis.
	Providenciar a construção do Espaço junto a Engenharia Hospitalar.	Promover parceria com o Comitê de venda de Inservíveis.

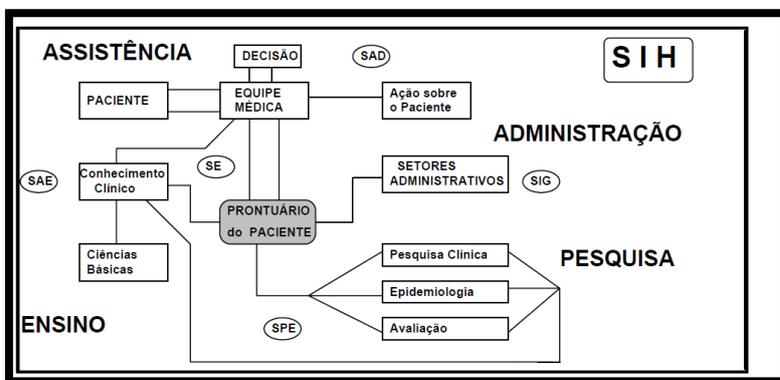
<b>Sustentabilidade Ambiental/Social</b>	Viabilizar a produção de órteses com pedaços de tubos PVC, para pacientes crônicos da UTI'S e Clínicas	Convênios com construções civis, para resgatar o descartados de PVC, nas obras de construções
	Construção de espaços de convivências arborizados, com bancos reaproveitando pneus e garrafas pet, objetivando acomodar e socializar acompanhantes de usuários e os colaboradores no intervalos	Verificar local com o Comitê e Diretor Geral. Fazer convênios com empresas de reciclagem de garrafas pet e pneus
	Implantação de Horta Orgânica	Projeto em parceria instituições da região
	Compostagem do lixo orgânico	Transforma matéria orgânica para virar adubo reciclagem
	Feira de reciclagem no parque da cidade.	Cada setor do hospital apresenta seus produtos com material reciclado (divulgação externa).
<b>Consumo consciente de água e energia</b>	Acionamento diário do grupo gerador em horário de ponta	Programação em horários pré determinados.
	Inspeção mensal noturna nos setores.	Ronda em todas as dependências em desuso no horário das 19:00hs às 22:00hs, acompanhado do eletricista noturno. Elaboração de relatório para a Diretoria de apoio, comunicar e pedir providencias aos gestores das áreas detectadas.
	Aquecimento de água por sistema solar	Recuperação das placas e sistema de aquecimento solar e instalação de tubulação de água quente
	Aproveitamento da água pluvial.	Instalação de sistema bem como tubulação para

### **3.8. SISTEMÁTICA DE MONITORAMENTO E GARANTIA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO**

Os **Sistemas de Informação em Saúde**, são aplicativos de TI destinados a fornecer informações e estatísticas de interesse médico hospitalar, médico ambulatorial, medicina pública, medicina investigativa (pesquisa e desenvolvimento), etc. Necessariamente, são banco de dados, que armazenam textos, dados quantitativos e imagens, com capacidade de geração rápida de relatórios e interação com internet, intranet, extranet, chats, fóruns, bibliotecas, enciclopédias digitais, etc. . Os Sistemas de Informação em Saúde podem ser

desenvolvidos para uso macro-econômico ou uso micro-econômico. Outra aplicação dos Sistemas de Informação em Saúde é interligá-los a outros Sistemas tais como ERP ou MRP, de modo a aplicar os benefícios da Logística Integrada em Compras de Insumos médico hospitalares, Gerenciamento de Estoques, Produção de Medicamentos e Gerenciamento de Transportes, Gestão de Fornecedores, Gestão de Projetos e Gestão de mão-de-obra. Podem conter informações de prontuários de indivíduos que ficam internados e gerando vários registros subsequentes (internação, cirurgia, UTI, exames, tratamentos, radiologias, fisioterapias, necropsias, etc.), ou informações estatísticas sobre grupos de pacientes num determinado momento, com uma patologia específica

Segue abaixo modelo de um Sistema de Informação hospitalar (SIH)



\* SAE: sistema de apoio ao ensino; SE: construção de sistema de especialistas; SPE: Sistemas Estatísticos para Pesquisa; SAD: Sistema de apoio a decisão; SIG: Sistema de informações gerenciais

Para tal atividades serão utilizados terminais de computadores, com sistema de gestão hospitalar adequada a atividade desenvolvida.

### 3.9. MODELO DE GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE PRONTUÁRIOS

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”.

O "Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP" é um Sistema de Informação capaz de captar e disponibilizar toda a informação clínica relevante de um paciente de uma determinada instituição de saúde.

O Sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente permite o registro das informações clínicas do Paciente durante os processos de atendimento realizados nos estabelecimentos de saúde. O PEP substitui o preenchimento manual do prontuário do paciente, contribuindo para a redução dos custos de armazenagem e manuseio do prontuário. Além disso, o sistema é acessível através da Internet e/ou Intranet, permitindo que as informações clínicas sejam compartilhadas entre os profissionais da rede de atendimento que tenham direito de acesso a esta informação.

O PEP foi estendido para acomodar o Registro do Atendimento em Saúde (RES), um conceito mais amplo, que incorpora todos os atendimentos, de doença e de saúde, onde quer que tenham sido realizados.

O RES é capaz de captar a informação clínica diretamente no ponto onde é gerada e integrar a informação proveniente de sistemas de diversas fontes, como o hospital, o laboratório e outros provedores de serviços de saúde. O sistema não compete com os já existentes, mas tem como objetivo estabelecer o ambiente de cooperação e colaboração.

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 ministrar.

Nota: será adquirido software de gestão administrativa e assistencial hospitalar com efetividade no mercado.

### **Finalidades**

- Acesso remoto e simultâneo: vários profissionais podem acessar um mesmo prontuário simultaneamente e de forma remota. Com a possibilidade de transmissão via Web, os médicos podem rever e editar os prontuários de seus pacientes a partir de qualquer lugar do mundo.
- Legibilidade: registros feitos à mão são difíceis de ler, na maioria das vezes. Os dados na tela ou mesmo impressos são muito mais fáceis de ler.
- Segurança de dados: sistema bem projetado com recursos de *backup* seguros e planos de desastres, garantindo melhor e de forma mais confiável que os dados não vão sofrer danos e perdas.

- Confidencialidade dos dados do paciente: o acesso ao prontuário pode ser dado por níveis de direitos dos usuários e este acesso ser monitorado continuamente. Auditorias podem ser feitas para identificar acessos não autorizados.
- Flexibilidade de *layout*: o usuário pode usufruir de formas diferentes de apresentação dos dados, visualizando em ordem cronológica crescentes ou não, orientado ao problema e orientado à fonte.
- Integração com outros sistemas de informação: uma vez em formato eletrônico, os dados do paciente podem ser integrados a outros sistemas de informação e bases de conhecimento, sendo armazenados localmente ou à distância.
- Captura automática de dados: dados fisiológicos podem ser automaticamente capturados dos monitores, equipamentos de imagens e resultados laboratoriais, evitando erros de transcrição.
- Processamento contínuo dos dados: os dados devem ser estruturados de forma não ambígua; os programas podem verificar continuamente consistência e erros de dados, emitindo alertas e avisos aos profissionais.
- Assistência à pesquisa: o dado estruturado pode facilitar os estudos epidemiológicos. Os dados em texto-livre podem ser estudados por meio de uso de palavras-chave.
- Saídas de dados diferentes: o dado processado pode ser apresentado ao usuário em diferentes formatos: voz, imagem, gráfico, impresso, e-mail, alarmes e outros.
- Relatórios: os dados podem ser impressos de diversas fontes e em diferentes formatos, de acordo com o objetivo de apresentação - gráficos, listas, tabelas, imagens isoladas, imagens sobrepostas, etc.
- Dados atualizados: por ser integrado possui dados atualizados - um dado que entra no sistema em um ponto, automaticamente atualiza e compartilha a informação nos outros pontos do sistema

Os modernos sistemas de informação em saúde devem ser construídos de forma a apoiar o processo local de atendimento, sendo portanto orientados aos processos, apoiando o trabalho diário e fornecendo comunicação dentro e fora da instituição,

tendo uma estrutura comum. Deve existir um único registro por paciente que atenda as novas demandas de acompanhamento da produção, do custo e da qualidade. Para tanto, alguns pré-requisitos são: estrutura padronizada e concordância sobre a terminologia, definir regras claras de comunicação, arquivamento, segurança e privacidade.

A Pró Saúde trabalhará com software de gestão hospitalar, que atenda as necessidades da instituição e também as necessidades da SES do estado (SIH e SIA).

---

### **3.10. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

---

O acolhimento é uma ação tecno- assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolução e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

#### **O Acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho**

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que se constrói em meio a imperativos de necessidade, de direito e da solidariedade humana. Desse modo ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da Unidade. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

- Uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe, multiprofissional, encarregada da escuta e resolução do problema do usuário.

- Mudanças estruturais na forma de gestão da unidade ampliando os espaços democráticos de discussão/ decisão, os espaços de escuta, trocas e decisões coletivas.
- Postura de escuta e compromisso de dar respostas as necessidades de saúde trazidas pelo usuário.

Acolher com resolutividade as pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, identificar riscos e vulnerabilidade (escuta qualificada) e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema.

### **O Acolhimento como dispositivo tecnológico e as mudanças possíveis no trabalho da atenção e produção de saúde**

O Acolhimento como dispositivo tecno-assistencial é disparador de mudanças nos modos de operar a assistência, pois interroga as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acessibilidade. Tais indagações, quando acolhidas e transformadas em invenção de novos modos de se produzir a assistência de saúde objetivam:

- A melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada
- A humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que tange a forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas
- Uma abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
- O aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas por cada categoria buscando o atendimento por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução
- O aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em seu contexto existencial e elevação dos coeficientes de vínculo e confiança entre eles.
- A operacionalização de uma clínica ampliada

### **Classificação de Risco**

Rua Guaicurus, 563 – Lapa – CEP 05033-001 – São Paulo – SP – Telefax: (0xx) 11 2238-5566  
<http://www.prosaude.org.br> - e-mail: [prosaude@prosaude.org.br](mailto:prosaude@prosaude.org.br)

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

### **Justificativa:**

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas do Pronto Socorro tornando-se necessário a reorganização do processo de trabalho desta unidade de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos de forma que, a assistência prestada fosse de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada.

Objetivos da Classificação de Risco:

- Avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto Socorro humanizando o atendimento
- Descongestionar o Pronto Socorro
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade.
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Ex Ortopedia, ambulatórios, etc.
- Informar os tempos de espera
- Retornar informações a familiares

Pré-requisitos necessários à implantação da Central de Acolhimento e Classificação de Risco:

- Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento, triagem administrativa e classificação de risco.
- Qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança).
- Sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos

- Quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico
- Adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico:
  - Área de Emergência
  - Área de Pronto Atendimento

#### Emergência

A área de Emergência, nesta lógica, deve ser pensada também por nível de complexidade, desta forma otimizando recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, atendendo ao usuário segundo sua necessidade específica.

Área Vermelha – área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhados para as seguintes áreas

Área Amarela - área destinada à assistência de pacientes críticos semi-críticos

Área Verde - área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.

#### Pronto Atendimento

Área Azul – área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade

- Área de Acolhimento com fluxo obrigatório na chegada
- Área física que favoreça a visão dos que esperam por atendimentos de baixa complexidade
- Consultório de Enfermagem
- Consultórios médicos
- Serviço Social
- Sala de administração de medicamentos e soroterapia e inaloterapia

## **Processo de Acolhimento e Classificação de Risco:**

O usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se a Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo através da identificação das diversas demandas do usuário
- Determinar às áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas)
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera
- Realizar a Triagem Administrativa baseada no protocolo de situação queixa encaminhando os casos que necessitam da avaliação para a classificação de risco pelo enfermeiro.

A Central de Acolhimento tem por finalidade reduzir o atendimento médico desnecessário.(ex.: pacientes que procuram por exames, consultas ambulatoriais, receitas, etc.).

Após a triagem administrativa o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/ Duração (QPD)
- Breve Histórico (relatadas pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas)
- Uso de Medicamentos
- Verificação de Sinais Vitais
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos
- Verificação da glicemia eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

Vermelho: prioridade zero - emergência, necessita de atendimento imediato

Amarelo: prioridade 1 - urgência, atendimento em no máximo 15 minutos

Verdes: prioridade 2 - prioridade não urgente, atendimento em até 30 minutos

Azuis: prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada – tempo de espera pode variar até 3 horas de acordo com a demanda destes atendimentos, urgências e emergências.

A identificação das prioridades é feita mediante adesivo colorido colado no canto superior direito do Boletim de Emergência

Para que um serviço de saúde aumente a sua capacidade acolhedora é necessário reorganizar processos nas portas de entrada do hospital, evitando que os usuários entrem em múltiplas filas para realizar seu “atendimento”.

O primeiro passo é entender que as soluções podem partir inclusive das próprias pessoas que passam boa parte do seu tempo no hospital: usuários, trabalhadores, gestores. Pensar acolhimento pode significar pensar mais do que um novo artifício para “organizar a demanda”, muito embora isso também possa ser fundamental. O acolhimento pode ser tomado como um efeito e um conjunto de processos que desembocam em uma ampliação da capacidade-acolhedora do hospital.

A implementação do acolhimento, ou melhor, a implementação de medidas que ampliem a capacidade-acolhedora de um serviço de saúde, não gera por si própria todos os conflitos. Eles sempre estiveram lá, no cotidiano do trabalho em saúde.

Pensar o acolhimento inclui novas variáveis processuais nessa abordagem dos conflitos, sem desresponsabilizar as pessoas. Essas variáveis novas de análise ensejam pensar na organização do trabalho e nos modos de gestão.

O projeto completo de Acolhimento com Classificação de Risco encontra-se no anexo III

---

### **3.11. OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE,**

---

#### **3.11.1. RAG – REQUISITOS DE APOIO À GESTÃO**

Todo processo de organização hospitalar com vistas a assegurar a qualidade é pautado no instrumento denominado RAG – Requisitos de Apoio a Gestão. Criado pela Pró-Saúde com objetivo de estabelecer e aplicar critérios para verificação, planejamento, organização e avaliação da gestão, possui cerca de **5 mil requisitos**. Também é função do RAG, de forma complementar, contribuir com os

projetos de Acreditação Hospitalar, na medida em que seus critérios buscam alinhamento a esta metodologia.

O RAG encontra-se dividido em seis grupos, contendo requisitos estabelecidos pela Pró-Saúde fundamentados na experiência de consultores, com referência no Manual da ONA, boas práticas e legislação aplicável ao setor:

#### **Grupo 1: Liderança, Gestão de Pessoas e Clientes**

São requisitos que dizem respeito ao sistema de liderança das chefias, gestão de pessoas que compõem a força de trabalho do setor e clientes.

#### **Grupo 2: Organização, Documentação, Processos e Indicadores**

São requisitos que dizem respeito à organização com relação a arquivamento de documentos e registros, gerenciamento de seus processos e monitoramento de indicadores de serviço.

#### **Grupo 3: Segurança Ocupacional e Gestão de Risco**

São requisitos que dizem respeito ao cumprimento das diretrizes relacionadas à Segurança e Saúde Ocupacional, bem como as ações corretivas e preventivas utilizadas para mitigar os fatores geradores de riscos.

#### **Grupo 4: Infraestrutura**

São requisitos que dizem respeito às condições de infraestrutura essenciais no desempenho de suas atividades.

#### **Grupo 5: Requisitos Específicos**

São requisitos aplicáveis individualmente conforme identificação da área e diz respeito às particularidades próprias de cada serviço.

#### **Grupo 6: Serviços de Terceiros**

Além dos grupos 1 ao 5, todo serviço terceirizado deverá aplicar também os requisitos deste grupo, com relação ao processo de terceirização propriamente dito.

#### **Planos de ação de melhoria**

Planos de ação para melhorias são gerados após avaliação através do RAG. Estes são feitos levando-se em consideração a prioridade e necessidade identificada pela unidade, tomando como prioritários os requisitos que referem-se a infra estrutura

e enquadramento legal. O RAG é sistematicamente aplicado, visando demonstrar os avanços obtidos pela gestão ao longo do tempo (ciclos semestrais).

Os planos de ação são gerenciados via sistema **STRATEGIC ADVISER (SA)**, já citado anteriormente. Esta ferramenta viabiliza o monitoramento de todos os planos de ação ativos na unidade, bem como retrata o status das ações existentes, estratificada por níveis de responsabilidade.

#### **Cronograma:**

O RAG será aplicado no primeiro mês de trabalho no Hospital para uma primeira “fotografia” deste. Após 6 meses de trabalho no hospital, a equipe de consultores da Pró-Saúde aplicará novamente a ferramenta. Após esta data o RAG será aplicado conforme definição da área de Operações da Pró-Saúde.

#### **3.11.2. IMPLANTAÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO - GTH**

Consideramos que humanizar a assistência significa agregar, à eficiência técnica e científica, valores éticos, além de respeito e solidariedade ao ser humano. O planejamento da assistência deve sempre valorizar a vida humana e a cidadania, considerando, assim, as circunstâncias sociais, étnicas, educacionais e psíquicas que envolvem cada indivíduo. Deve ser pautada no contato humano, de forma acolhedora e sem juízo de valores e contemplar a integralidade do ser humano.

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde entende por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e enfatiza a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudanças no modelo de atenção e, portanto, no modelo de gestão.

Os Grupos de Trabalho de Humanização definem-se como espaços coletivos organizados, participativos e democráticos, que funcionam à maneira de um órgão colegiado e se destinam a empreender uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde.

O Grupo de Trabalho de Humanização tem como objetivo desenvolver e implementar ações de humanização na assistência aos pacientes e nas relações

com e entre os servidores, além de reconhecer, valorizar e divulgar outras iniciativas, já implementadas ou em desenvolvimento na unidade.

### **Atribuições**

- Capacitar os profissionais da unidade para um novo conceito da assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania;
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização na unidade que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde;
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes;
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimento e experiências nesta área;
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado;
- Modernizar as relações de trabalho no âmbito hospitalar tornando as relações mais harmônicas e solidárias;
- Difundir os benefícios da assistência humanizada; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento da unidade.

### **Composição**

A Comissão será composta por profissionais que exerçam atividades na unidade, colaboradores voluntários, sendo representada por um Coordenador, responsável pela condução das atividades da Comissão.

A inclusão de novos membros estará condicionada a participação do voluntário no Curso de Capacitação e Humanização do GTH.

### **Cronograma de atividades**

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Revisão: Semestral													
GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO													
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	Presidente Comissão	█											
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			█							█		

### 3.11.3. PLANO DE ATENDIMENTO Á MULTIPLAS VÍTIMAS

O conceito chave para definir o que é ou não uma situação de catástrofe/desastre é de que o impacto do incidente excede os recursos disponíveis para a sua resolução, portanto esta definição depende da capacidade de resposta do local que está vivenciando o incidente, o que geralmente implica em um incidente com múltiplas vítimas.

Vale reforçar que deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da saúde – bombeiros militares, policiais militares e rodoviários e outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho das ações de segurança, socorro público e salvamento, tais como: sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais (incêndio, materiais energizados, produtos perigosos) obtenção de acesso ao paciente e suporte básico de vida.

A estratégia da resposta aos incidentes com múltiplas vítimas (IMV) é uma abordagem consistente e que está se tornando uma prática comum aceita em todo o mundo para as situações de catástrofe, sendo que o princípio chave da resposta médica é fazer o melhor para o maior número de vítimas, reduzindo a morbidade e a mortalidade causada pela catástrofe.

O Plano de catástrofe deve estar parametrizado segundo suas proporções, capacidade de atendimento com recursos próprios. Deve ser descrita a rotina de comunicação com a unidade operacional para que possa ser deflagrado o sistema de atendimento á múltiplas vítimas. Onde se estabeleça quem fará a identificação e comunicação do acidente, para que possa ser início o plano de atendimento, conforme esquema abaixo.

Podem estar distribuídas por níveis, tendo como parâmetros o número de vítimas. Os três níveis estão assim distribuídos:

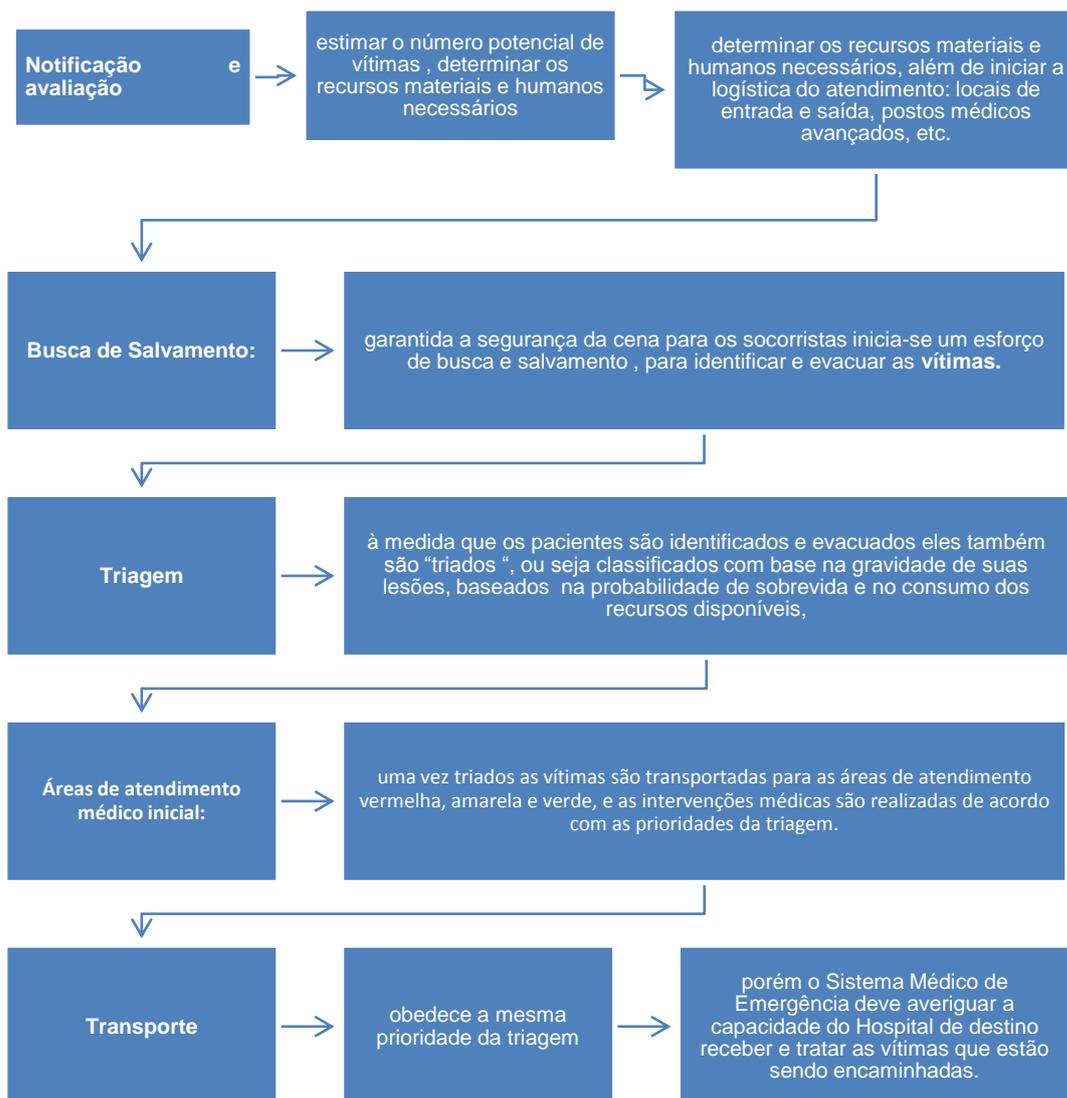
Nível 1 – Pequena escala: É o número de vítimas facilmente controlado com utilização de recursos existentes na própria área (funcionários e médicos de

Nível 2 – Média Escala: o Atendimento irá necessitar de auxílio de recursos de outras áreas do Hospital, que irá mobilizar todos os setores envolvidos no Plano na rápida resolução do evento, para que a instituição possa voltar ao seu fluxo normal de atendimento.

Nível 3 - Evento de grandes proporções, causando danos generalizados e atingindo número elevado de vítimas. Requer apoio de todos os recursos disponíveis: internos, externos e até governamentais.

O Plano de Catástrofe pode ser acionado a partir de uma ligação telefônica de algum órgão externo (resgate, testemunhas de um acidente, mídia, vítimas) ou interno. A ligação telefônica é recebida na unidade. Mesmo quando a ligação é recebida no PABX ou qualquer unidade e serviço da instituição, ela será redirecionada.

Para operacionalização do fluxo descrito, dentro ou fora da unidade de assistência, deve ser formado um comando local, definido quem o formará e qual a função de cada participante.



Para a execução do esquema acima descrito, a equipe assistencial do Hospital deve receber treinamento específico.

A efetivação do treinamento engloba um conhecimento profundo dos recursos assistenciais disponíveis. Só podendo ser efetivamente desenhado após a assinatura do contrato.

Os custos do para a operacionalização do projeto estão estimados na planilha de custeio e despesas.

---

---

## **IV. C3: QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**

---

---

---

### **4.1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES**

---

Os atestados que comprovam a experiência em Gestão Hospitalar encontram-se no anexo IV.

---

### **4.2. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COMPATÍVEIS COM O OBJETO**

---

Os atestados que comprovam a experiência em Gestão Hospitalar compatíveis com o objeto do Contrato de Gestão encontram-se no anexo IV.

---

### **4.3. EXPERIÊNCIA NA GESTÃO DE UNIDADE HOSPITALAR POR INSTITUIÇÃO ACREDITADORA**

---

Os atestados que comprovam a experiência em Gestão Hospitalar encontram-se no anexo IV

---

### **4.4. CURRÍCULOS E COMPROVANTES DOS RESPONSÁVEIS**

---

Os currículos dos profissionais e os comprovantes dos responsáveis técnicos e dos ocupantes dos cargos dos dois primeiros níveis do encontram-se no anexo IV.

---

---

## **V. C4: PROPOSTA ECONÔMICA**

---

---

A proposta econômica encontra-se no anexo V deste projeto.

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.

A presente proposta possui validade de sessenta e um dias.

São Paulo, 20 de fevereiro de 2014