PROPOSTA TÉCNICA PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTAVIO LOBO,

CONFORME EDITAL DE SELEÇÃO N° 718 DE 19 DE JUNHO DE 2015

BELÉM – PA

JULHO DE 2015

I. TÍTULO 10
II. INTRODUÇÃO 10
2.1. ÁREA DE ATIVIDADE 10
2.2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO 10
2.3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA REGIÃO 11
2.4. CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO 13
III. PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES 14
3.1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR 14
3.1.1. ABRANGÊNCIA DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO 14
3.1.2. ATENDIMENTO AMBULATORIAL 15
3.1.3. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT (INTERNO) 15
3.1.4. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO ... 15
3.1.5. GESTÃO 16
3.2. METAS DE PRODUÇÃO 16
3.2.1. INTERNAÇÃO 16
3.2.2. AMBULATÓRIO 16
3.2.3. CONSIDERAÇÕES DA VISITA 16
IV. ESTRUTURA DIRETIVA DO HOSPITAL 17
V. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL 18
5.1. MODELO DE GESTÃO 18
5.1.1. SERVIÇOS DA PRÓ-SAÚDE SEDE 26
SEDE/DIRETORIA EXECUTIVA 26
5.1.2. QUALIDADE INTEGRADA À GESTÃO HOSPITALAR 27
5.1.3. OBJETIVOS DA QUALIDADE INTEGRADA À GESTÃO HOSPITALAR 28
5.1.4. CUMPRIMENTO INTEGRAL DAS OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS 28
5.1.5. ESTRUTURA DO NQSP – NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE 29
5.1.6. ESTRUTURA DA DOCUMENTAÇÃO 29
5.1. PRINCIPAIS ASPECTOS ORGANIZACIONAIS 32

5.1.1. PROPOSTA DOS HORÁRIOS E FREQUÊNCIA SEMANAL DE USO DAS SALAS DE CIRURGIA POR ESPECIALIDADES 32

5.1.2. PROPOSTA DE HORÁRIOS E DISTRIBUIÇÃO SEMANAL DE UTILIZAÇÃO DOS LOCAIS DE CONSULTAS AMBULATORIAIS 33

5.1.3. PROPOSTA DE HORÁRIOS E DISTRIBUIÇÃO SEMANAL DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS; 33

5.1.4. PROPOSTA DE HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO, DISTINGUINDO ENTRE ATIVIDADE PROGRAMADA E URGENTE, DE TODOS OS SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS. 34

VI. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS 35

6.1. MODELO DE GESTÃO DA ASSISTENCIA 35

6.1.1. POLÍTICA ASSISTENCIAL 35

6.1.2. MEA – MODELO DE EXCELÊNCIA ASSISTENCIAL 36

6.1.3. IMPERATIVOS ESTRATÉGICOS DE SUCESSO 36

6.1.4. COMPROMETIMENTO DA ALTA ADMINISTRAÇÃO 36

6.1.5. ENGAJAMENTO DA LIDERANÇA NA PROMOÇÃO DA CULTURA DE EXCELÊNCIA ASSISTENCIAL 37

6.1.6. VALORIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO 37

6.1.7. DISPONIBILIDADE DE INFORMAÇÕES SEGURAS PARA TOMADA DE DECISÃO 38

6.1.8. MACROPROCESSO DO MODELO DE EXCELÊNCIA ASSISTENCIAL 39

6.1.9. ESTRUTURA 39

6.1.10. RESULTADOS ASSISTENCIAIS 43

6.1.11. ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS: DIRETRIZES ASSISTENCIAIS 45

6.1.12. ASPECTOS ESPECÍFICOS NA ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE CUIDADO À SAÚDE 45

6.1.13. DIRETRIZES ASSISTENCIAIS 45

6.2. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS 46

6.2.1.DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS DIFERENTES CLÍNICAS 47

6.2.1. ESTRUTURA DE CHEFIA E NÚMERO DE PESSOAS DE CADA CLÍNICA E TIPO DE VÍNCULO. 48

6.2.2. DEFINIÇÃO DOS HORÁRIOS DE ATIVIDADE DE URGÊNCIAS, DISTINGUINDO ENTRE PRESENÇA FÍSICA DE MÉDICO GERAL E, MÉDICOS QUE ATENDEM CHAMADAS (SOBREAVISO). 49

6.2.3. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM 49

6.2.4. DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE SALAS DE CIRURGIA, URGÊNCIA E AMBULATÓRIOS E SADT 52

6.2.5. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO 60

6.3. COMPATIBILIZAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO COM AS DIRETRIZES DA SESPA 66

6.4. DESCRIÇÃO DA CONTRA-REFERÊNCIA 70

6.4.1. PLANO DE IMPLANTAÇÃO 71

6.5. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, FINANCEIROS E GERAIS 79

6.5.1. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FATURAMENTO 79

6.5.2. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE CONTABILIDADE 81

6.5.3. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CUSTOS 82

6.5.4. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL 84

6.5.5. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS 87

6.5.6. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA 88

6.5.7. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PATRIMONIO 90

6.5.8. SERVIÇOS EVENTUALMENTE TERCEIRIZADOS 91

VII. ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS 92

7.1. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS 92

7.2. GESTÃO DE PESSOAS 95

7.2.1. ATIVIDADE QUE SERÃO DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE RECURSOS HUMANOS, APRENDIZADO E SESMT: 96

7.2.2. PERFIL DOS PROFISSIONAIS: 100

7.2.3. POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO 105

7.2.4. PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL - PCMSO – Nº 07 106

7.3. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL 106

7.3.1. DIMENSIONAMENTO EQUIPE TÉCNICA 106

7.3.2. ESPECIALIDADE MÉDICAS 108
7.4. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO 110
VIII. ASPECTOS DE QUALIDADE 113
8.1. MODELO DE GESTÃO DA QUALIDADE 113
8.1.1. RAG – REQUISITOS DE APOIO A GESTÃO 113
8.1.2. PLANOS DE AÇÃO DE MELHORIA 114
8.2. QUALIDADE OBJETIVA 114
8.2.1. ESPECIFICAÇÃO DAS COMISSÕES TÉCNICAS 115
8.2.2. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA 188
8.2.3. ORGANIZAÇÃO DO ALMOXARIFADO 195
8.2.4. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE 208
8.2.5. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ESTATÍSTICA 211
8.2.6. MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO 212
8.2.7. PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ATENDIMENTO 224
8.2.8. OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE 224
8.3. QUALIDADE SUBJETIVA 230
8.3.1. ESTRUTURAÇÃO DA INFORMAÇÃO AOS USUÁRIOS 230
8.3.2. INSTRUÇÃO AOS USUÁRIOS 231
8.3.3. SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO 233
8.3.4. AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE 238
8.3.5. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO 241
8.3.6. IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO, ... 245
8.3.7. ACOLHIMENTO 247
8.4. SISTEMÁTICA DE MONITORAMENTO E GARANTIA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO; 256
IX. ESTIMATIVA DE RECEITAS E CUSTOS OPERACIONAIS 257
X. MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS 257
10.1. IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS 257
10.1.1. FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITAS, EXTERNAS E INTERNAMENTO. 257

10.1.2. FLUXOS PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E ADMINISTRATIVOS 258

10.1.3. FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS 261

10.1.4. FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS 263

10.1.5. FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE 264

10.2. IMPLANTAÇÃO DE GESTÃO 266

10.2.1. IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS 266

10.2.2. PROPOSTA DE REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO 271

10.2.3. PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE MANUTENÇÃO GERAL E DE ENGENHARIA CLÍNICA 275

10.2.4. PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL 286

Sede/Diretoria Executiva 300

10.2.5. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM 307

10.2.6. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO 325

10.3. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS 331

10.3.1. MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS 331

10.3.2. MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS 332

10.3.3. MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA 342

10.3.4. MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA A GERÊNCIA DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO 351

10.3.5. MANUAL DE ROTINAS PARA CONSERVAÇÃO E MANUTENÇÃO DOS BENS PATRIMONIAIS 379

10.4. INCREMENTO DE ATIVIDADE 381

10.4.1. METAS 381

10.4.1. PROPOSIÇÃO DE OUTRAS ESPECIALIDADES 383

10.4.2. PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS 383

10.5. QUALIDADE OBJETIVA 384

10.5.1. COMISSÕES 384

10.6. QUALIDADE SUBJETIVA 384

10.6.1.MANUAL DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. 385

10.6.2. INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS DE CONTROLE DE RISCO PARA AS VISITAS AOS USUÁRIOS. 398

10.6.3. IMPLANTAÇÃO DE ORIENTAÇÕES QUANTO AS FORMAS DE ACOMODAÇÕES E CONDUTA PARA ACOMPANHANTES 406

10.6.4. PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO 406

10.7. EXPERIENCIA ANTERIOR EM GERENCIA HOSPITALAR 406

10.8. ESTRUTRA DA DIREÇÃO.....407

10.8.1. ORGANOGRAMA COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO.....407

10.8.2. TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR OU SAÚDE COLETIVA DOS MEMBROS DA DIRETORIA E COORDENAÇÕES. 412

10.9. IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO.....413

10.9.1. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE NA MEDICINA COMO NAS EMERGÊNCIAS E UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO. .413

10.9.2. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS AMBULATÓRIOS E ENFERMARIAS, COM DESTAQUE PARA OS PLANTÕES E SOBREAVISOS 413

10.9.3. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO/ENFERMARIAS, UTI, CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO E BLOCO CIRÚRGICO 413

10.9.4. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E EMERGÊNCIA.....413

10.9.5. QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA.....413

10.9.6. FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL.....413

10.9.4. ORGANNIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA 417

10.9.7. FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL 418

10.9.8. NORMAS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAS NO HOSPITAL 419

10.9.9. PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAL.....425

10.9.10. CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS SERVIÇOS DE LIMPEZA E VIGILÂNCIA. 445

10.10. CIÊNCIA E TECNOLOGIA 446

10.10.1. CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ENTIDADES DE ENSINO PARA DESENVOLVIMENTO DE ESTÁGIOS CURRICULARES, TREINAMENTOS E RESIDÊNCIAS.....446

10.10.2. PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES DE ENSINO E PESQUISA.....446

10.10.4. EDUCAÇÃO EM SAÚDE/CAPACITAÇÃO 447

10.11. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS 452

10.11.1. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES. 452

10.11.2. PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL E CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PROPOSIÇÃO DE CONDUTAS PARA COMBATER O ABSENTEÍSMO E ESTIMULAR A PRODUÇÃO. 453

10.11.3. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ANUAL COM FOCO EM COMPETÊNCIA461

10.11.4. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO POR ÁREA DE ATENÇÃO COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES PROPOSTAS NO PLANO DE TRABALHO 469

10.11.5. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO POR ÁREA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL, COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES DO PLANO DE TRABALHO, CONSTANDO FORMA DE VÍNCULO, HORÁRIO E SALÁRIO. 470

ANEXOS

ANEXO I

PROPOSTA DE NOVOS PROJETOS

MANUAL DE PROTOCOLOS TÉCNICO ASSISTENCIAL

ANEXO II

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE NA MEDICINA COMO NAS EMERGÊNCIAS E UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO.

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS AMBULATÓRIOS E ENFERMARIAS, COM DESTAQUE PARA OS PLANTÕES E SOBREAVISOS

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO/ENFERMARIAS, UTI, CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO E BLOCO CIRÚRGICO

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E EMERGÊNCIA

ANEXO III

ATESTADOS

CURRÍCULOS

ANEXO IV

ESTIMATIVA DE CUSTOS OPERACIONAIS

I. TÍTULO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do **Hospital Oncológico Infantil Octavio Lobo**, conforme **Edital de Seleção nº 718/2015.**

II. INTRODUÇÃO

A Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará, na busca do aprimoramento e da eficiência na prestação dos serviços públicos de saúde, adotará o modelo de gestão para o **Hospital Oncológico Infantil Octavio Lobo**, que tem por objetivos:

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

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

2.1. ÁREA DE ATIVIDADE

O Hospital Oncológico Infantil Octavio Lobo, está estruturado para desenvolver atividades de assistência, possuindo condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes, tendo em seu escopo de atendimento as seguintes modalidades: Quimioterapia, Radioterapia e Braquiterapia.

2.2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

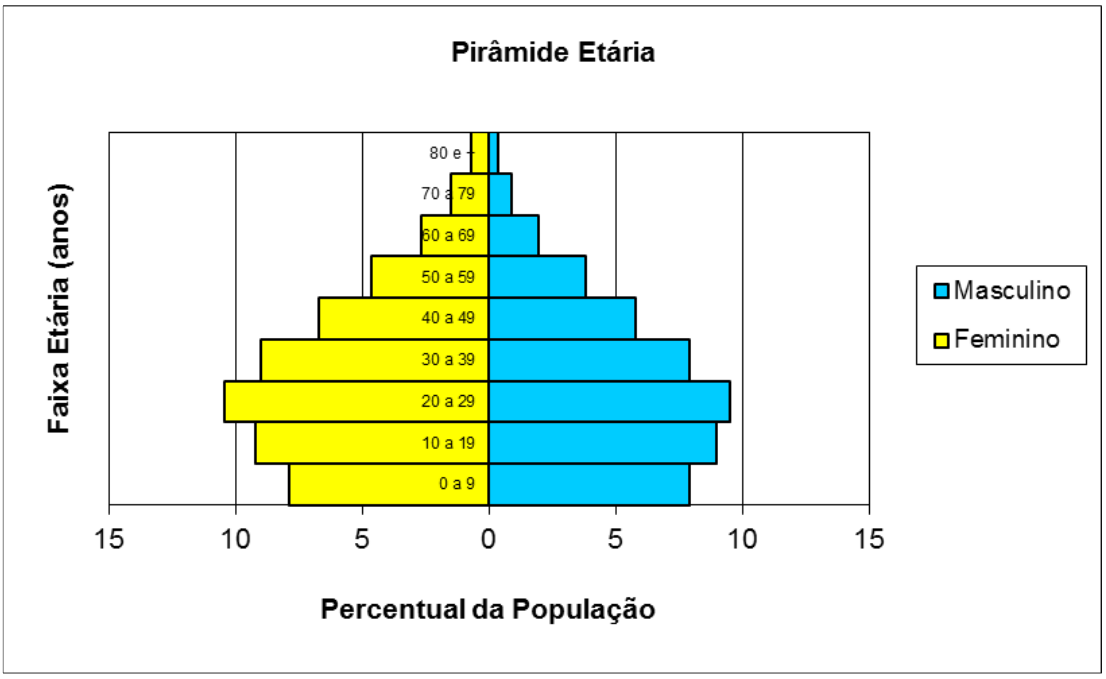
Belém é um município brasileiro, capital do estado do Pará, pertencente à Mesorregião Metropolitana de Belém e à Microrregião de Belém. Com uma área de 1.064.918 km², localiza-se no norte brasileiro, distante 2.140 quilômetros de Brasília.

Com uma população de 1.532.844 habitantes, é a metrópole localizada mais ao norte do Brasil, possuindo também a segunda maior densidade demográfica da Região Norte (1.307,17 hab./km²). A cidade é sede da Região Metropolitana de Belém, que, com 2 560 250 habitantes, é a mais populosa da Região Norte, a 10ª do país e a 177ª do mundo. A cidade de Belém é classificada como uma das capitais com melhor qualidade de vida do Norte do Brasil.

A cidade exerce significativa influência nacional, influenciando mais de oito milhões de pessoas nos estados do Pará, Amapá e Tocantins seja do ponto de vista cultural, econômico ou político.

2.3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA REGIÃO

Distribuição da população por faixa etária - 2009



Fonte: CIS

A população até 19 anos de idade representa 25% da população do município de Belém, conforme dados de 2009 do CIS.

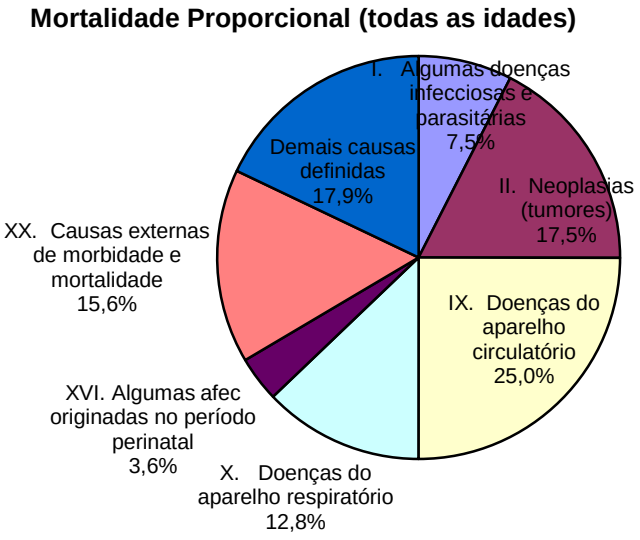
Distribuição percentual das internações por faixa etária - 2009

Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10 (por local de residência) 2009										
Capítulo CID	**Menor 1**	**1 a 4**	**5 a 9**	**10 a 14**	**15 a 19**	**20 a 49**	**50 a 64**	**65 e mais**	**60 e mais**	**Total**
I.Algumas doenças infecciosas e parasitárias	**25,0**	**39,7**	**23,2**	12,0	3,0	5,0	6,8	7,5	7,4	11,8
II. Neoplasias (tumores)	0,1	0,7	1,3	2,4	2,0	6,3	8,5	6,2	6,7	4,6
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,2	0,2	0,3	0,6	0,4	0,5	1,0	1,1	1,0	0,5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0,8	1,6	1,8	1,2	0,2	0,9	3,9	3,7	3,9	1,4
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,0	-	0,0	0,1	0,5	1,2	0,4	0,1	0,1	0,7
VI. Doenças do sistema nervoso	0,4	0,1	0,2	0,5	0,4	0,4	0,7	1,1	1,0	0,4
VII. Doenças do olho e anexos	0,1	0,2	0,3	0,9	0,3	0,4	1,0	0,8	1,1	0,4
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,0	0,1	0,3	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
IX. Doenças do ap. circulatório	0,2	0,2	0,6	1,9	1,6	5,4	**22,2**	**26,6**	**25,6**	6,4
X. Doenças do ap. respiratório	**38,3**	**43,8**	**31,7**	14,9	2,7	3,5	7,7	14,8	13,3	13,7
XI. Doenças do ap. digestivo	1,4	2,8	5,7	6,9	4,4	9,8	**18,1**	13,0	13,9	8,5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,4	3,0	6,5	7,2	1,8	3,0	4,1	2,0	2,6	3,1
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,1	0,2	1,8	3,1	1,1	2,2	2,9	2,9	2,8	1,8
XIV. Doenças do ap. geniturinário	0,6	1,3	2,8	3,4	3,0	6,9	9,9	8,1	8,6	5,4
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	10,1	**67,5**	**40,3**	0,0	-	0,0	**26,0**
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	**29,0**	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	2,4
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1,1	1,3	1,8	1,6	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,6
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0,1	0,2	0,2	0,6	0,1	0,5	0,6	0,8	0,7	0,4
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,8	3,3	**17,6**	**25,7**	8,7	10,9	9,4	8,8	8,6	9,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0	-	-	-	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,4	0,7	3,6	6,6	1,9	2,3	2,6	2,4	2,5	2,2
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: CIS

Conforme demonstra a tabela acima, a principal causa de internações na cidade de Belém são as relacionadas ao parto e puerpério com (26%), seguidas por Doenças do Aparelho Respiratório (13%), Doenças Infecto Parasitárias (11,8%), Causas Externas (9,6%), Doenças d Aparelho Digestivo (8,5 %), Doenças do Aparelho Circulatório (6,4 %), Doenças do Aparelho Geniturinário (5,4%) e os Tumores e Neoplasias com 4,6 %.

Com relação a mortalidade no município a principal causa está relacionada com as Doenças do Aparelho Circulatório ((25%), e as Neoplasias representam 17% como terceira principal causa de morte no município, conforme ilustra gráfico abaixo.



2.4. CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO

O Hospital Oncológico Infantil Octavio Lobo, está estruturado para desenvolver atividades de assistência, possuindo condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes, tendo em seu escopo de atendimento as seguintes modalidades: Quimioterapia, Radioterapia e Braquiterapia. A Unidade dispõe de 98 leitos, sendo distribuídos entre Clínica de Mastologia e Ginecologia - 33 leitos, Clínica Cirúrgica Pediátrica - 34 leitos e Clínica Oncológica e Transplantes de Medula Óssea - 31 leitos. Por sua vez, o centro cirúrgico da Unidade conta com 04 salas (01 sala grande e 03 salas médias) para realização dos procedimentos, sendo composto ainda de UTI com 10 vagas (09 + 01 isolamento). Os serviços devem observância às políticas nacional e estadual de referência de alta complexidade, definidas por meio das normas emanadas pelo Ministério da Saúde e pela SES.

No **Hospital Oncológico Infantil Octavio Lobo**, são disponibilizadas consultas ambulatoriais, para usuários egressos da própria Unidade e, igualmente, aos encaminhamentos efetuados pela Central de Regulação Estadual ou outro processo regulador definido pela SESPA, para as especialidades previamente definidas, após pactuação com a Unidade, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório. Os serviços ambulatoriais compreendem as seguintes especialidades: **oncologia clínica e cirúrgica**.

III. PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES

3.1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

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

3.1.1. ABRANGÊNCIA DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO

- 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 daqueles classificados como principal que motivaram a internação do usuário, que podem ser necessários, adicionalmente, devido às condições especiais do usuário e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem, necessários durante o processo de internação;
- Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação parenteral e enteral;
- Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal técnico;
- Utilização do Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- 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 usuário e/ou quarto de isolamento;
- Acompanhante para os usuários de acordo com a Política de Humanização e/ou legislação vigente;
- Sangue e hemoderivados;

- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Procedimentos especiais que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do Hospital Regional Público de Integração do Leste do Pará.

3.1.2. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

No **Hospital Oncológico Infantil Octavio Lobo**, serão disponibilizadas consultas ambulatoriais, para usuários egressos do próprio hospital e, igualmente, aos encaminhamentos efetuados pela Central de Regulação Estadual ou outro processo regulador definido pela SESPA, para as especialidades previamente definidas, após pactuação com o hospital, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

3.1.3. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT (INTERNO)

Entende-se por SADT interno, a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a usuários internados no próprio **Hospital Oncológico Infantil Octavio Lobo** e, igualmente, aos encaminhamentos efetuados pela Central de Regulação Estadual ou outro processo regulador definido pela SESPA.

Entende-se por SADT interno, a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a usuários atendidos no **Hospital**, internados e no atendimento ambulatorial do próprio Hospital Oncológico Infantil Octavio Lobo, e o SADT externo a disponibilização de exames e ações de apoio, diagnóstico e terapêutico aos usuários encaminhados pela Central de Regulação da SESPA, ou outro processo regulador definido pela SESPA.

3.1.4. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Ao longo da vigência do contrato poderão ser propostos a realização de outros tipos de atividades, diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia. Essas atividades serão autorizadas pela SESPA, após análise técnica, que envolve a correspondente quantificação, física e financeira, destacada das do atendimento rotineiro do hospital, e apresentação, de forma discriminada, do orçamento econômico-financeiro. Efetuadas essas etapas, o processo será homologado através da celebração de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

Todos os investimentos necessários para operacionalização do projeto será responsabilidade da SESPA.

3.1.5. GESTÃO

A gestão do **Hospital Oncológico Infantil Octavio Lobo** deverá será pautada por resultados, qualitativos e quantitativos, previamente acordados, cabendo ao Órgão Supervisor, o acompanhamento dos indicadores definidos no Contrato de Gestão.

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

3.2. METAS DE PRODUÇÃO

As metas de produção estabelecidas para o **Hospital Oncológico infantil Octavio Lobo**, abrangem quantitativos a serem obtidos, mensalmente, pelas atividades de Assistência Hospitalar, Ambulatório e SADT. Para a aferição das metas estabelecidas admite-se uma variação de 15% (quinze por cento), a mais ou a menos, do quantitativo ajustado e serão mantidos conforme a necessidade dos usuários internados.

3.2.1. INTERNAÇÃO

Realizar no mínimo 378 (trezentas) saídas hospitalares/mês.

3.2.2. AMBULATÓRIO

Atenderá os usuários egressos do **Instituto Oncológico Infantil Octavio Lobo** e aos usuários encaminhados pela Central de Regulação Estadual, ou outro processo regulador definido pela SESPA, para as especialidades previamente definidas após pactuação com Unidade, no limite da capacidade operacional do ambulatório com produção de **1.320 (um mil e trezentas e vinte) consultas/mês.**

Deverá manter os exames de Quimioterapia, Braquiterapia (inserções), com a produção de no mínimo **650 (seiscentos e cinquenta)** exames/mês.

Considerando que no início das atividades do hospital não existe série histórica dos quantitativos a serem executados, a meta acima especificada só deverá ser considerada a partir do 4º mês através de nova avaliação pelo **GTCAGHMR.**

3.2.3. CONSIDERAÇÕES DA VISITA

Os serviços de Processamento de Roupa, Nutrição e Dietética, Esterilização de Materiais, Armazenamento de Resíduos, Laboratório de Análises Clínicos e Patológicos, Tomografia, Ressonância Magnética, Radioterapia, serão realizados fora do Hospital, pois não há área destinada a estes serviços conforme constatado em visita técnica.

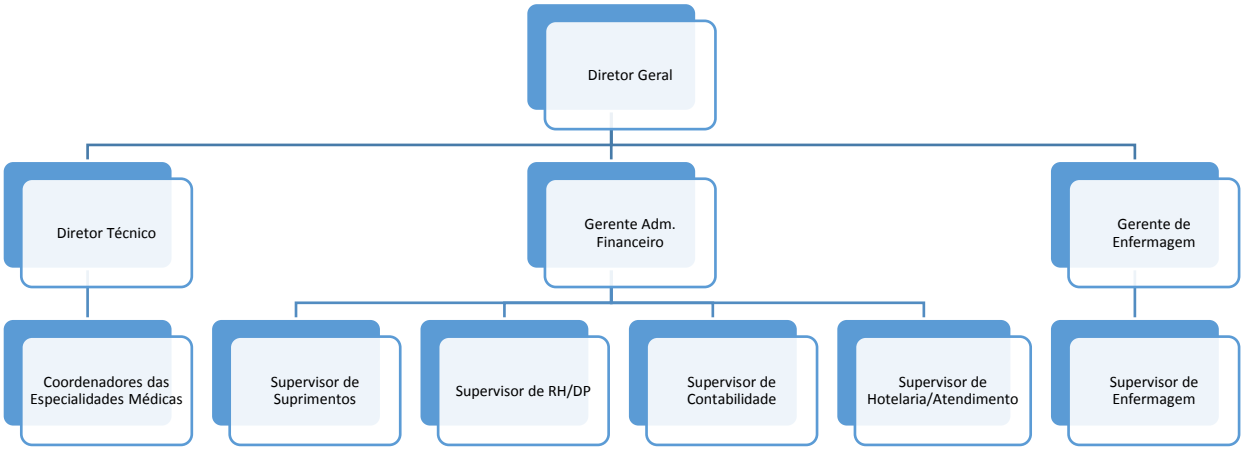
Para que os serviços de almoxarifado e logística, manutenção e engenharia clínica sejam realizados no Hospital, deverá ser realizado adaptações nas instalações do sub solo. O valor referente ao custo da obra será considerado investimento, com responsabilidade da SESPA.

Todas as remoções e transferências de pacientes para outras unidades ficarão ao cargo da central de regulação.

Os procedimentos de Radioterapia serão realizados em Hospital referenciado pela SESPA.

IV. ESTRUTURA DIRETIVA DO HOSPITAL

O Organograma é a representação ilustrativa que demonstra a estrutura organizacional da unidade, definindo os níveis de autoridade e responsabilidade das áreas. A estrutura é constituída conforme contexto local. A seguir apresentamos um modelo de organograma, utilizado pela Pró-Saúde.



A Pró-Saúde entende que a contração dos profissionais só poderá ser efetivada, após a assinatura do contrato de gestão. Declaramos que a Pró-Saúde conta na sua equipe com profissionais qualificados e capacitados para a execução deste projeto e atendendo a este edital.

Encontra-se no **Anexo III,** os currículos e os atestados solicitados em edital para os postos correspondentes aos dois primeiros níveis, assim como todos os comprovantes de experiência em gestão hospitalar.

V. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

Segue abaixo o modelo gerencial seguindo pela Pró-Saúde nos hospitais por ela administrados.

5.1. 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.

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

MEG - Modelo de Excelência da Gestão

É baseado em 13 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 curtos e longos 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.

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.

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

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, 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
  - Assessorar as unidades no levantamento dos dados estatísticos.

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 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.

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 Institucionais

- 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 m3 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 (rastreabilidade, validade, entre outros).

5.1.1. SERVIÇOS DA PRÓ-SAÚDE SEDE

SEDE/DIRETORIA EXECUTIVA

Compete nomear diretores, acompanhar e orientar todo o processo de gestão, nos assuntos administrativos de complexidade e relevância. Controlar e assegurar o bom desempenho do Hospital.

SEDE/APOIO TÉCNICO

Profissionais especialistas das áreas médica, de enfermagem, contabilidade, finanças, administração geral, administração de pessoal, gestão da qualidade, abastecimento, gestão de suprimentos e outros, compõem a equipe de Apoio Técnico. Através de visitas periódicas, esses profissionais orientam e participam do processo de gestão da unidade de saúde.

SEDE/DEPARTAMENTO JURÍDICO

Advogados da Sede orientam todas as demandas jurídicas. O Hospital poderá contar com apoio de advogados locais, porém, sob supervisão do Jurídico da Sede, ao qual compete:

a) avaliar todos os contratos de prestação de serviços que o Hospital mantém com terceiros;

b) defender os interesses do Hospital, judicial e extrajudicialmente;

c) atuar em todas as ações em que o Hospital for sujeito ativo ou passivo;

d) orientar o Hospital sobre a conduta a ser adotada, objetivando eliminar ou diminuir os riscos trabalhistas, civis e penais, para não acumular obrigações futuras;

e) emitir pareceres sobre questões inerentes ao Hospital, na aplicação dos diversos dispositivos legais que forem aprovados;

f) acompanhar e orientar o Hospital junto ao sindicato patronal nas negociações referentes às Convenções Coletivas de Trabalho.

Nota: Outros serviços poderão ser processados diretamente pela Sede, conforme a característica da unidade de saúde. Neste caso serão descritos neste item.

5.1.2. QUALIDADE INTEGRADA À GESTÃO HOSPITALAR

A gestão hospitalar está alinhada as ações de identificação e implementação de melhorias da qualidade nos processos operacionais e boas práticas aplicadas aos serviços hospitalares, bem como às diretrizes corporativas estabelecidas pela Sede da Pró-Saúde.

REQUISITOS GERAIS

A unidade da Saude identifica a totalidade de seus processos de trabalho por meio do mapeamento setorial e das possíveis interações administrativas ou técnicas (fornecedores e clientes), objetivando com isto o estabelecimento de controles e critérios padronizados para desempenho da assistência como um todo. A busca pelo alcance das metas estabelecidas é a evidência do comprometimento do hospital com a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

5.1.3. OBJETIVOS DA QUALIDADE INTEGRADA À GESTÃO HOSPITALAR

Os objetivos da qualidade foram estabelecidos com base no planejamento estratégico do hospital, desdobrados em metas, indicadores e ações as quais deverão ser observadas e cumpridas integralmente, conforme requisitos contratuais acordados com as partes interessadas.

5.1.4. CUMPRIMENTO INTEGRAL DAS OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS

Para prover serviços de qualidade na assistência por meio de sua infra-estrutura, profissionais capacitados, recursos tecnológicos, sustentabilidade e atendimento às legislações da saúde, a gestão deve assegurar o cumprimento integral das obrigações contratuais, garantindo assim, o pleno atendimento das necessidades e expectativas de seus clientes e partes interessadas. Dentre as obrigações contratuais podem ou devem ainda constar, as seguintes premissas:

VIABILIDADE ECONÔMICA

Com o intuito de propiciar uma estrutura hospitalar sólida e perene, é fundamental que haja por parte da gestão uma preocupação em assegurar o equilíbrio econômico-financeiro da instituição, por meio das devidas alocações específicas de recursos que garantam o atendimento aos requisitos da qualidade do Hospital.

AUDITORIAS (INTERNAS E EXTERNAS) E CERTIFICAÇÕES

O Hospital mede seu grau de aderência a padrões de qualidade por meio de avaliação e aplicação dos requisitos em seus processos/atividades de atendimento ao paciente/cliente, objetivando a excelência dos serviços prestados, contando sempre que possível, com sua adesão a programas de qualidade objetivando a melhoria contínua.

TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

A qualidade dos serviços oferecidos pelo hospital somente será alcançada caso haja o desenvolvimento e aprimoramento de seu capital intelectual. Promovendo treinamento o hospital visa a disseminação do conhecimento por meio de cursos de capacitação, aperfeiçoamento técnico e reciclagem de conceitos junto a seus profissionais.

SATISFAÇÃO DO PACIENTE/CLIENTE

Colocamos as expectativas dos nossos clientes externos e internos no ponto central da nossa atuação. O nosso sucesso é medido através da satisfação dos clientes com os nossos serviços, e da sua fidelidade em relação à instituição.

RESPONSABILIDADE SOCIOAMBIENTAL

Buscamos conquistar a confiabilidade junto à comunidade por meio do nosso compromisso na gestão das questões ambientais e sociais. A utilização responsável dos recursos durante todo o ciclo de vida dos nossos serviços aumenta a nossa credibilidade e sustentabilidade perante a sociedade e meio ambiente.

HUMANIZAÇÃO

Uma das premissas mais importantes para o Hospital é a Humanização, conceito que busca acolher e envolver os pacientes/clientes de forma que sua estadia e recuperação ocorram dentro de um ambiente de respeito e sensibilidade.

5.1.5. ESTRUTURA DO NQSP – NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

A qualidade em um conceito maior foi traduzida no modelo de gestão da Pró-Saúde no conjunto de várias ações que somadas originaram o NQSP, que tem em sua base as políticas de segurança do paciente instruídas pelo Ministério da Saúde. Tem em sua constituição, no mínimo, médico, enfermeiro, diretor geral e especialista em qualidade. O objetivo final é assegurar a qualidade e a segurança ao paciente/cliente que recebe prestação dos serviços no hospital.

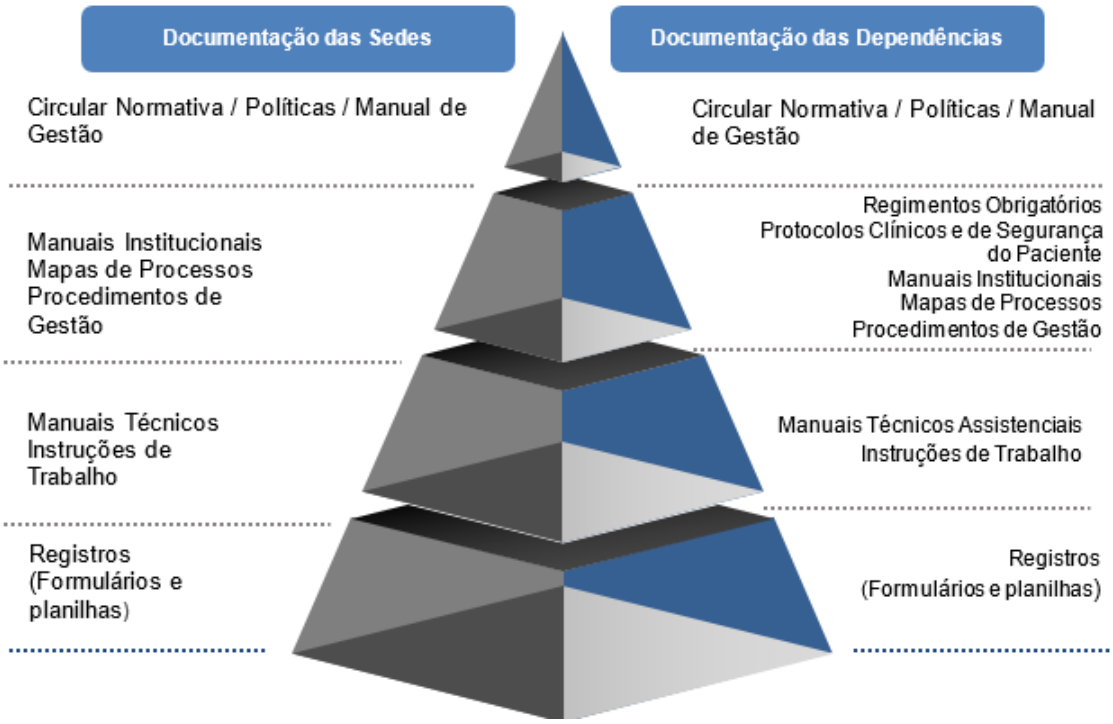
RESPONSABILIDADE E AUTORIDADE

A responsabilidade e autoridade do pessoal que administra, desempenha e verifica atividades que influenciam os resultados de processos e desempenho no tocante à qualidade dos serviços prestados, sejam eles relativos à assistência, apoio e/ ou às rotinas administrativas, estão definidas nas descrições de cargo e representada no organograma.

Membros individuais da organização podem assumir mais de uma responsabilidade. Na ausência de qualquer titular de uma atividade específica, esta estará automaticamente delegada ao seu superior imediato ou pessoa designada.

5.1.6. ESTRUTURA DA DOCUMENTAÇÃO

É a intenção deste Manual de Gestão, normatizar a hierarquia de documentos existente nos hospitais, conforme representado na figura seguinte:



- **CIRCULAR NORMATIVA**

Documento que declara as deliberações estratégicas da Diretoria do Hospital referente à assuntos de interesse comum a toda a Instituição.

- **POLÍTICAS**

Documento que declara e institui as intenções, diretrizes, regras, normas e responsabilidades da Diretoria do Hospital, em relação às suas estratégias e objetivos, bem como, determina a estrutura e recursos para sua implementação.

- **MANUAL DE GESTÃO**

Documento que descreve o sistema de gestão de uma organização de acordo com os padrões e normas de referência.

- **REGIMENTOS OBRIGATÓRIOS**

São os regimentos exigidos por força da lei, normalmente relativos ás comissões obrigatórias e integram a ata de abertura das mesmas.

- **PROTOCOLOS CLÍNICOS**

Recomendações desenvolvidas sistematicamente, para auxiliar no manejo de um problema de saúde, dentro de uma circunstância clínica específica, preferencialmente baseada na melhor informação científica (embasados em evidência).

- **PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Definição de conduta objetiva atribuída aos profissionais no âmbito da atenção à saúde. Representa o resultado de consenso técnico-científico formulado dentro de parâmetros de qualidade, precisão de identificação e metodologia.

- **MANUAIS INSTITUCIONAIS**

Documento que descreve de modo amplo orientações de todas as etapas de um processo sistêmico (abrangência institucional) que compõem o Sistema de Gestão.

- **MAPA DE PROCESSOS**

Documento que descreve o conjunto de atividades inter-relacionadas, em sua sequência lógica, que transformam as entradas (fornecedores e insumos) em saídas (produtos e clientes) que deve agregar valor na percepção dos clientes, mencionando seus indicadores de desempenho para proporcionar sua gestão.

- **PROCEDIMENTOS DE GESTÃO**

Documento que descreve orientações sobre uma ou mais etapas de um processo sistêmico (abrangência institucional) que compõem o Sistema de Gestão.

- **MANUAIS TÉCNICOS**

Documento que descreve de modo amplo todas as etapas de um processo de abrangência setorial, ou seja, documentos com aplicação específica.

- **INSTRUÇÕES DE TRABALHO**

Documentos que descrevem com adequado grau de detalhamento a forma específica de executar uma atividade de um processo, setor ou área especificamente.

- **REGISTROS**

É um tipo de documento que apresenta os resultados obtidos ou fornece evidências de atividades realizadas, que pode ser escrito ou automatizado sendo: notas, relatórios, lista de presença, pedido de compras, guias, formulários preenchidos e outros.

- **FORMA DE APRESENTAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS E REGISTROS**

Os documentos são elaborados, aprovados e controlados conforme **PG.SEDE. - Controle de Documentos e Registros**, e suas atualizações. O procedimento adotado também contempla a clara identificação das alterações, garantindo a todos os envolvidos a disponibilização da última revisão nos locais de trabalho, onde são necessários para orientar o desenvolvimento das atividades e que os considerados obsoletos sejam prontamente retirados do uso.

Os registros são estabelecidos e mantidos quanto à sua Identificação, Armazenamento, Proteção, Recuperação, Tempo de Retenção e Disposição dos registros e documentos internos e externos utilizados pelos diversos processos identificados, também descritos no supracitado procedimento de gestão.

- **COMPROMETIMENTO DA ALTA DIREÇÃO**

As Diretorias estão comprometidas com o desenvolvimento, a implementação e a melhoria contínua dos processos, sendo demonstrado por meio do cumprimento dos objetivos que sustentam a identidade estratégica/organizacional do Hospital e que dizem respeito ao atendimento aos requisitos e cláusulas contratuais de gestão, e a garantia da qualidade na prestação de serviços médico-hospitalares.

- **METAS DA ALTA DIREÇÃO**

A Diretoria da unidade hospitalar definiu entradas para o monitoramento de metas que serão abordadas nas reuniões de análise crítica, com o intuito de verificar:

- Metas contratuais e orçamentárias;
- Resultado da assistência prestada aos pacientes e pesquisa de satisfação;
- Indicadores operacionais, indicadores estratégicos e indicadores corporativos da

- **METAS DOS GESTORES DE PROCESSOS**

Há reuniões de nível gerencial, que são consideradas análises críticas de processos, com periodicidade pré-definida, visando adequação e eficácia dos processos. São considerados dados de entradas a serem analisados:

- Resultados relacionados a pacientes;
- Situações de Ações Corretivas e Preventivas e mitigação de riscos;
- Desempenho dos processos (através dos resultados dos indicadores setoriais);
- Acompanhamento do cumprimento de Planos de Ação
- **COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO**

O processo de comunicação tem como objetivo a disseminação dos objetivos do Hospital e as ações voltadas para a qualidade dos serviços prestados, visando manter informados e conscientizados os colaboradores, fornecedores e pacientes.

5.1. PRINCIPAIS ASPECTOS ORGANIZACIONAIS

5.1.1. PROPOSTA DOS HORÁRIOS E FREQUÊNCIA SEMANAL DE USO DAS SALAS DE CIRURGIA POR ESPECIALIDADES

Abaixo encontra-se uma proposta para o uso das salas do Centro Cirúrgico. Esta proposta poderá adaptada mediante a necessidade.

		Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4
Segunda	M	Cirurgia Ped.	Mastologia	Mastologia	Emergência
	T	Cirurgia Ped.	Ortopedia	Mastologia	Emergência
	N	Emergência	Emergência	Emergência	Emergência
Terça	M	Cirurgia Ped.	Ortopedia	Mastologia	Emergência
	T	Cirurgia Ped.	Ortopedia	Mastologia	Emergência
	N	Emergência	Emergência	Emergência	Emergência
Quarta	M	Cirurgia Ped.	Ortopedia	Mastologia	Emergência
	T	Cirurgia Ped.	Ortopedia	Ginecologia	Emergência
	N	Emergência	Emergência	Emergência	Emergência
Quinta	M	Cirurgia Ped.	Ortopedia	Ginecologia	Emergência
	T	Cirurgia Ped.	Ortopedia	Ginecologia	Emergência
	N	Emergência	Emergência	Emergência	Emergência
Sexta	M	Cirurgia Ped.	Ortopedia	Ginecologia	Emergência
	T	Cirurgia Ped.	Ortopedia	Ginecologia	Emergência
	N	Emergência	Emergência	Emergência	Emergência
Sábado		Limpeza Terminal nas salas e cirurgias de emergência			
Domingo		Limpeza Terminal nas salas e cirurgias de emergência			

As solicitações de cirurgias podem ser realizadas até 12 horas antes do procedimento, quando não houver necessidade de materiais especiais. Caso seja necessário material específico, a solicitação deverá ser feita com no mínimo 48 horas de antecedência.

5.1.2. PROPOSTA DE HORÁRIOS E DISTRIBUIÇÃO SEMANAL DE UTILIZAÇÃO DOS LOCAIS DE CONSULTAS AMBULATORIAIS

Abaixo encontra-se uma proposta para o uso das salas do Ambulatório. Esta proposta poderá adaptada mediante a necessidade.

		Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4	Sala 5
Segunda	M	Clínica Pediátrica	Oncologia clínica	Outras especialidades	Fisioterapia	Fonoaudiologia
	T	Clínica Pediátrica	Oncologia clínica	Outras especialidades	Fisioterapia	Terapia Ocupacional
Terça	M	Clínica Pediátrica	Oncologia clínica	Mastologia	Fisioterapia	Fonoaudiologia
	T	Clínica Pediátrica	Oncologia clínica	Mastologia	Fisioterapia	Terapia Ocupacional
Quarta	M	Cirurgia Pediátrica	Oncologia clínica	Mastologia	Fisioterapia	Fonoaudiologia
	T	Cirurgia Pediátrica	Oncologia clínica	Ginecologia	Fisioterapia	Terapia Ocupacional
Quinta	M	Cirurgia Pediátrica	Oncologia clínica	Hematologia	Fisioterapia	Fonoaudiologia
	T	Cirurgia Pediátrica	Oncologia clínica	Ginecologia	Fisioterapia	Terapia Ocupacional
Sexta	M	Clínica Pediátrica	Oncologia clínica	Cirurgia Pediátrica	Fisioterapia	Fonoaudiologia
	T	Clínica Pediátrica	Oncologia clínica	Cirurgia Pediátrica	Fisioterapia	Terapia Ocupacional

5.1.3. PROPOSTA DE HORÁRIOS E DISTRIBUIÇÃO SEMANAL DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS;

A seguir apresentamos uma proposta para os horários de atendimento dos serviços de SADT. Esta proposta poderá ser adaptada mediante a necessidade.

Horário de Atendimento

SADT	Horários
Análises Clínicas	24 horas por dia, todos os dias para pacientes internos
Radiologia Convencional	24 horas por dia, todos os dias para pacientes internos
Agência Transfusional	24 horas por dia, todos os dias para pacientes internos
Endoscopia	24 horas por dia, todos os dias para pacientes internos
Fisioterapia	Disponível 18 horas na UTI e 8 horas nas unidades de internação diariamente
Fonoaudiologia	Disponível mediante solicitação médica em horário comercial e dias uteis.
Psicologia	Disponível mediante solicitação médica em horário comercial e dias uteis.
Análises Clínicas ambulatorial	Disponível no hospital das 07 às 19 horas, de 2ª a 6ª feira se possível agendados previamente e quando necessário, nos sábados domingos e feriados à distância.
Ultrassonografia	
Endoscopia Digestiva/Broncoscopia	
Quimioterapia	
Banco de Medula	

Funcionamento do Serviço Hemoterápico

O hospital obedecerá à política de sangue e hemoderivados do M. Saúde, da ANVISA e do hemocentro do estado.

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

A seguir apresentamos uma proposta para os horários de atendimento dos serviços de SADT. Esta proposta poderá ser adaptada mediante a necessidade.

SADT	Programados	Urgência
Análises Clínicas e Patológica	X	X
Radioterapia	X	
Braquiterapia	X	
Quimioterapia	X	
Ultrassonografia	X	
Endoscopia	X	X
Colonoscopia	X	X
Radiologia	X	X

VI. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

6.1. MODELO DE GESTÃO DA ASSISTENCIA

6.1.1. POLÍTICA ASSISTENCIAL

A Política Assistencial tem como objetivo garantir a qualidade e segurança nos processos assistenciais, por meio da implementação do Modelo Pró-Saúde de Excelência em Gestão fundamentado no Modelo de Excelência em Gestão da Fundação Nacional da Qualidade e Modelo de Excelência Assistencial Pró Saúde, entregando valor para os pacientes e familiares, em harmonia com os interesses da alta administração, colaboradores, fornecedores e comunidade.

A Pró-Saúde, comprometida com a excelência assistencial em suas dependências, declara seus compromissos com a gestão assistencial, através das seguintes diretrizes:

- Construir e disseminar a cultura da excelência assistencial como Valor, através da liderança pelo exemplo, responsabilidade individual e vigilância compartilhada;
- Entender, assegurar ou superar o atendimento das necessidades assistenciais dos pacientes e familiares;
- Estabelecer objetivos, metas e indicadores, que permitam avaliar sistematicamente os resultados assistenciais;
- Melhorar continuamente a efetividade da gestão assistencial, garantindo a qualidade e custo dos serviços, por meio da estabilidade dos processos necessários, da eliminação de processos desnecessários e da redução/ eliminação de desperdícios;
- Implementar um processo de comunicação institucional que garanta a efetividade da gestão assistencial;
- Assegurar as competências dos profissionais, mediante capacitação e avaliação de desempenho, que considerem aspectos técnicos, éticos e interpessoais;
- Identificar, atrair, reter e estimular a inovação e criatividade dos profissionais;
- Gerenciar riscos à saúde e segurança dos pacientes, dos familiares e dos profissionais, através da identificação, avaliação, controle e/ ou mitigação dos riscos;
- Monitorar o desempenho dos fornecedores de bens e serviços que impactam diretamente na assistência, visando assegurar a qualidade do fornecimento;

- Garantir o cumprimento da legislação vigente e normas institucionais;
- Atualizar e revisar periodicamente os padrões e práticas assistenciais;
- Assistir aos pacientes e familiares é responsabilidade de todos**;** e
- Assegurar a sinergia com as demais políticas da Instituição.

6.1.2. MEA – MODELO DE EXCELÊNCIA ASSISTENCIAL

O Modelo de Excelência Assistencial Pró-Saúde consiste em uma metodologia própria de assistência multidisciplinar à saúde, focada na entrega de valor aos pacientes e familiares.

O MEA estabelece uma base teórica e prática para busca da excelência dentro dos melhores padrões e práticas assistenciais.

OBJETIVO

Entregar valor para o paciente, ou seja, restabelecer a saúde do paciente no menor tempo possível, por meio da entrega de serviços assistenciais de alta qualidade e com custos competitivos.

6.1.3. IMPERATIVOS ESTRATÉGICOS DE SUCESSO

Os imperativos estratégicos de sucesso são premissas / requisitos necessários para garantir a efetividade do Modelo de Excelência Assistencial.

6.1.4. COMPROMETIMENTO DA ALTA ADMINISTRAÇÃO

Consiste em evidencias mundial que apontam que o comprometimento da alta administração contribui substancialmente para o melhor progresso na qualidade da entrega do resultado assistencial aos pacientes. Começando com o corpo diretivo, que deve ser composto por executivos que entendam as diversas dimensões da assistência e dos seus impactos no resultado global da organização.

Na prática, o comprometimento da alta administração deve se manifestar por:

- Estabelecer uma proposta clara, ***com foco na entrega de valor ao paciente,*** para assegurar a qualidade do resultado assistencial;
- Dedicar 25% do tempo das reuniões para resultados assistenciais;
- Definir objetivos e metas assistenciais e não assistenciais que sejam desafiadoras, factíveis e mensuráveis;
- Atualizar constantemente os valores e princípios organizacionais de forma a promover a cultura de excelência e a criação de valor para todas as partes interessadas - governança corporativa.

- Supervisionar a execução de um plano efetivo para melhoria contínua da qualidade assistencial (governança clínica);
- Compreender, assegurar ou superar o atendimento das necessidades assistenciais dos pacientes e familiares;
- Construir um sistema efetivo de liderança;
- Selecionar, desenvolver e alinhar um time capaz de concluir tarefas e assegurar a melhoria contínua;
- Prover recursos que assegurem a qualidade assistencial, sobretudo, financeiros, humanos e tecnológicos.

Leitura recomendada: Bundle : Alta Administração " Boards on Board" do IHI – Institute for healthcare Improvement – site:www.ihi.org

6.1.5. ENGAJAMENTO DA LIDERANÇA NA PROMOÇÃO DA CULTURA DE EXCELÊNCIA ASSISTENCIAL

Consiste na atuação dos líderes de forma aberta, democrática, inspiradora e motivadora das pessoas, visando o desenvolvimento ininterrupto da cultura de excelência, promoção de relações de qualidade e à proteção dos interesses das partes envolvidas, ou seja, liderança transformadora.

Na prática, o engajamento das lideranças, consiste em:

- Analisar o desempenho da organização, por meio da comparação do desempenho operacional e estratégico da instituição, elegendo um referencial comparativo desafiador;
- Dedicar 25% do tempo das reuniões para resultados assistenciais;
- Gerenciar os resultados assistenciais, por meio da realização de análise crítica periódica;
- Motivar, conduzir e acompanhar o desenvolvimento da equipe;
- Construir um compromisso claro e bem definido, focado nos resultados assistenciais;
- Comunicar à força de trabalho o desempenho da organização;
- Prestar contas das ações e resultados alcançados; e
- Desenvolver um sistema de gestão da comunicação que assegure a qualidade e segurança na entrega do serviço assistencial.

6.1.6. VALORIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO

Consiste em estabelecer relações com as pessoas, criando condições para que elas se realizem profissional e humanamente, maximizando seu desempenho por meio de comprometimento, desenvolvimento de competências e espaço para empreender.

Na prática, a valorização da força de trabalho, consiste em zelar pela:

Qualidade de vida – analisar a saúde e segurança, necessidades e expectativas da força de trabalho, de forma a desenvolver um programa de benefícios adequado e avaliar a satisfação dos profissionais;

Capacitação e Desenvolvimento – Fundamentados no perfil do cargo, estratégias da empresa e desempenho individual, com avaliação de sua efetividade;

Remuneração – verificar se a remuneração está adequada aos cargos e se está estimulando a busca por atingir as metas definidas para cada cargo.

6.1.7. DISPONIBILIDADE DE INFORMAÇÕES SEGURAS PARA TOMADA DE DECISÃO

Consiste num bom sistema de informação como fator preponderante na tomada de decisão. A alta performance gerencial pressupõe a existência de infraestrutura informacional para tomada de decisão, de forma ágil e segura.

Na prática, a disponibilidade de informações seguras para tomada de decisão, consiste em:

Implementar processos gerenciais que contribuam diretamente para a disponibilização sistemática das informações atualizadas, precisas e seguras, com o apoio da tecnologia de informação.

ANÁLISE CRÍTICA DE RESULTADOS ASSISTENCIAIS E BUSCA CONTÍNUA DO APRIMORAMENTO DOS MESMOS

Consiste em analisar os resultados assistenciais de acordo com o grau de realização e grau de melhoria dos indicadores assistenciais em relação as metas pré-estabelecidas buscando a melhoria contínua dos processos assistenciais.

Estabelecer um referencial comparativo para cada indicador.

Na prática, a análise crítica dos resultados assistenciais e a busca contínua do seu aprimoramento consistem em:

- Analisar criticamente os resultados assistenciais, comparando-os com as metas pré-determinadas, baseadas em um referencial competitivo, de forma a promover a melhoria contínua dos serviços assistenciais;
- Definir a periodicidade das reuniões de análise crítica;
- Definir ações neutralizadoras dos pontos fracos e ações potencializadoras dos pontos fortes;
- Monitorar a execução e resultados das ações.

6.1.8. MACROPROCESSO DO MODELO DE EXCELÊNCIA ASSISTENCIAL

6.1.9. ESTRUTURA

O processo que permeia a linha de cuidados assistenciais é composto por fases que se sucedem e repetem semelhante ao que ocorre ao indivíduo durante a sua vida. Assim, como um recém-nascido necessitará de cuidados de puericultura, onde essas fases já se apresentam, o mesmo acontecerá ao lactente, o pré-escolar, o adolescente e o adulto, tanto em sua idade jovem como na maturidade e senilidade.

Os cuidados preventivos com a saúde constituem também um processo contínuo, com as mesmas fases que se iniciam e encerram. Esse processo de assistência é permanente, tanto nos estados de saúde como nas doenças.

A sequência de ações pode ser comparada a qualquer processo de gerenciamento, aqui referentes ao "gerenciamento" da saúde do indivíduo, constituindo uma aplicação dos princípios da ferramenta do PDCA(L) para todas as ações preventivas ou curativas em busca da manutenção ou restabelecimento do equilíbrio biopsicossocial.

Na verdade, esse processo já é aplicado pela Medicina e pelas outras profissões de promoção da saúde no modelo consagrado do diagnóstico seguido pela terapêutica, com a obtenção de resultados visando a melhoria do estado do indivíduo.

Nosso objetivo é sistematizar, por um prisma gerencial, a linha de cuidados assistenciais, definindo espaços e responsabilidades dentro do contexto do gerenciamento de resultados de qualidade assistencial, muito mais do que na mera obtenção de metas quantitativas ou indicadores numéricos, que estarão consequentemente alcançáveis ao se concluir a própria linha de cuidados, seja no âmbito da internação hospitalar seja na atenção básica à saúde em nível ambulatorial ou no lar.

ACOLHIMENTO ("PLAN")

Nesta fase, os pacientes serão recebidos pelo médico que, avaliará e estabelecerá a **Condição Clínica** do paciente e elaborará o **Plano de Tratamento.**

O comprometimento da equipe assistencial multiprofissional é condição básica para o sucesso do plano terapêutico, assim entendido como a linha de cuidados estabelecida quando o indivíduo estiver sob a responsabilidade da unidade de saúde gerenciada.

A partir dos processos de identificação do indivíduo na admissão ao serviço de saúde se instala o processo assistencial, iniciado no âmbito do setor de emergência com a classificação de risco ou com a transcrição fidedigna dos objetivos da referência que o trouxe para a instituição.

O acolhimento nesse âmbito se entende como a recepção do indivíduo pela equipe multiprofissional, seja pela Enfermagem ou pelo corpo médico, com a busca da compreensão do motivo do acesso espontâneo ou referenciado à instituição.

DIAGNÓSTICO DA CONDIÇÃO CLÍNICA ("PLAN")

A anamnese deve ser completa, não subestimando o conceito da integralidade da saúde do organismo, bem como o comprometimento com a instalação da linha de cuidados assistenciais adequada a cada situação.

Exame físico e hipóteses diagnósticas poderão ser dirigidos especificamente ou terão que ser completos em situações em que informações de referência estejam indisponíveis.

De qualquer forma, a responsabilidade profissional não deve ser diluída entre os membros da equipe multiprofissional, utilizando quando necessário o concurso de especialistas disponíveis.

O indivíduo não pode ser avaliado superficialmente como um portador de uma lesão evidente ou classificado superficialmente em diagnósticos puramente sindrômicos, mas examinado e analisado em suas características individuais, levando em conta sua condição clínica pregressa e outros agravos à saúde dos quais seja portador.

A utilização de exames complementares laboratoriais, funcionais e de imagem será conduzida e indicada pelas hipóteses diagnósticas baseadas na clínica apresentada, devendo seguir protocolos bem estabelecidos, sempre que disponíveis, ou o conhecimento inerente a boa prática técnica dos profissionais.

O estabelecimento de um diagnóstico sindrômico ou etiológico, bem como a identificação de outras condições clínicas correlatas pré-existentes ou possivelmente

decorrentes do diagnóstico principal, propicia a instalação do plano terapêutico adequado a ser seguido em todas as suas vertentes.

DEFINIÇÃO DO PLANO TERAPEUTICO ("PLAN")

A opção pela melhor conduta terapêutica em cada situação é baseada fortemente no conhecimento técnico prévio da equipe multiprofissional, bem como na existência de protocolos definidos pela instituição em conformidade com as boas práticas clínicas consagradas e ou normatizadas.

Seja uma conduta clínica medicamentosa e de cuidados, seja uma programação cirúrgica imediata ou passível de preparação mais detalhada, o ponto de partida do plano terapêutico é fundamentado por estar em consonância com as fases anteriores, ou seja, o acolhimento e o diagnóstico completo da ou das condições clínicas apresentadas ("PLAN").

A prescrição médica e de enfermagem representa a correta execução dessas fases e propicia as condições para que o plano terapêutico instituído seja o início da ação terapêutica ("DO") se estabeleça adequadamente em busca do resultado final esperado.

EXECUÇÃO DO PLANO TERAPEUTICO ("DO")

A prescrição da conduta terapêutica constitui-se no início das ações ("DO") em busca da manutenção ou restabelecimento do estado saudável do indivíduo sob cuidados.

Utilizar protocolos de segurança farmacêutica ou cirúrgica é desejável, bem como todos os demais cuidados com a segurança do indivíduo sob cuidados.

A administração de fármacos por qualquer via, os cuidados referentes ao decúbito e transporte e ao preparo de intervenções cirúrgicas são fundamentais para que o plano terapêutico planejado seja executado em sua plenitude, evitando perda de efetividade das medidas necessárias.

Mais uma vez, além de protocolos bem definidos, o conhecimento técnico é fundamental para o sucesso das medidas prescritas pelo corpo médico e pela enfermagem.

Os medicamentos, equipamentos, materiais cirúrgicos e as instalações da instituição constituem infraestrutura básica da qual não se pode abrir mão.

A checagem permanente da execução de cada medida prescrita representa segurança e condição para o sucesso.

AVALIAÇÃO DO REESULTADO DO PLANO TERAPEUTICO ("CHECK")

Além do completo domínio da execução do plano terapêutico evidenciado pela checagem das medidas prescritas, a monitoração da evolução clínica do indivíduo é importante para que o controle sobre a linha de cuidados se mantenha em progressão constante e positiva, permitindo a retomada do processo em fase anterior, replanejando eventualmente as ações mediante o diagnóstico de alterações positivas ou negativas no estado clínico global e nova prescrição de cuidados necessários.

Novamente, a anamnese, exame físico e complementar assumem papel importante para avaliação das mudanças no estado do indivíduo, utilizando-se do conhecimento técnico e de protocolos definidos, quando se aplicar.

Nesta fase, manifesta-se também o aspecto de aprendizado ("LEARN"), uma vez que padrões de evolução são variáveis em indivíduos diferentes ou mesmo condições clínicas não evidentes no início do processo de cuidados podem se manifestar durante a evolução.

TRANSIÇÃO DE CUIDADOS E ALTA ("ACT")

A finalização do plano terapêutico requer a transição de cuidados, que deixarão de ser assistidos quando o indivíduo receber alta hospitalar ou institucional e passarão a ser de responsabilidade do próprio indivíduo ou familiares.

Essa transição será feita com a devida orientação multiprofissional uma vez que os períodos de convalescença podem se estender ou o indivíduo necessite utilizar cuidados preventivos para evitar novo evento da mesma condição clínica, complicação ou sequela.

Ainda, a transição de cuidados é necessária dentro do próprio ambiente institucional, no caso hospitalar, nas condições de transferência interna, em que o indivíduo precisar de acolhimento em unidade de internação, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva e serviços de diagnóstico e tratamento.

Em cada uma dessas situações fecha-se um ciclo do processo assistencial e se inicia um novo, retornando ao acolhimento, diagnóstico da nova situação e da situação pregressa, novo plano terapêutico a ser planejado, executado, avaliado e concluído, todos fazendo parte do macroprocesso do modelo assistencial assentado na excelência de execução de cada uma das fases.

6.1.10. RESULTADOS ASSISTENCIAIS

Na avaliação dos Serviços assistenciais, os aspectos pontuados pelos manuais de Qualidade e Certificações habitualmente partem de dados sobre satisfação do cliente, dados de mortalidade, restauração da saúde, informações dadas antes da alta, cuidados no retorno aos hábitos diários, como se esses critérios de resultado fossem suficientes para a avaliação da qualidade assistencial.

Outro aspecto refere-se à aplicabilidade da avaliação de resultado de risco hospitalar na área da responsabilidade civil profissional, orientando a prevenção de danos e riscos organizacionais com vistas à melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente.

O meio pelo qual se torna possível identificar os resultados é na forma de **indicadores**, que são dados coletados rotineiramente, padronizados e que permitem a comparação dentro e/ou fora do serviço. Devem fornecer informações confiáveis a respeito das características do problema escolhido, fornecendo uma forma de avaliação ou análise crítica para levar ao ciclo da melhoria contínua, deve ter reprodutibilidade, consistência e interpretabilidade, além de ser integrado ao sistema de gestão.

Antes de se definir o que se irá fazer e qual caminho deve ser percorrido, é preciso fixar onde se quer chegar. Essa representação deve ser pautada em metas claras e definidas.

A **meta** trata-se do resultado final a ser alcançado, um fim exato e mensurável almejado pelo gestor, para atingi-la é necessário realizar um esforço. Muitas pessoas confundem objetivo com meta, porém o objetivo refere-se a uma intenção, uma vontade ou um desejo. A meta engloba a quantificação desse objetivo.

O gestor tem como principal atribuição estabelecer metas para a sua equipe, sendo assim deve organizar recursos e conduzi-los para a sua concretização, mantendo-se atento aos possíveis ajustes.

Todas as metas devem ser mensuráveis, factíveis e desafiadoras, para atingi-las é preciso reunir as seguintes ações: planejar, organizar, controlar e liderar, quando bem delimitadas favorecem ao gestor selecionar quais atividades serão executadas, por quem serão realizadas e quando serão cumpridas.

O gerenciamento de qualidade depende de medição, informação e análise. Aquilo que não pode ser medido não pode ser avaliado e, consequentemente, não há como intervir sobre as ações que estão sendo realizadas.

Deve-se fazer uso dos indicadores assistenciais para planejar, analisar o desempenho e a qualidade da assistência, melhorar as atividades, corrigir as não conformidades e alinhar as atividades com as metas da organização. As decisões são tomadas baseadas em fatos, dados e informações quantitativas e qualitativas.

Os indicadores medem qualidade, custos e entrega de serviços e estão voltados e relacionados com os clientes e deve ser estabelecido sobre aquilo que se possa exercer controle e que se possa atuar na causa do desvio.

Os sistemas de medição através dos indicadores de desempenho das organizações de excelência devem dar informações às equipes gestoras dos diferentes processos, sobre as tarefas ou atividades que contribuem para um determinado resultado a fim de que as equipes envolvidas no processo saibam se estão no caminho certo ou então onde estão as anomalias que devam ser corrigidas.

As reuniões de análise crítica dos resultados / indicadores com o objetivo de indicar as situações, mensurar, avaliar, propor metas, criar planos de ações e orientar, visam a implementação de ações corretivas para excelência da assistência.

Na prática, os resultados assistenciais, deverão ser abordados da seguinte maneira, sem a ela se limitar:

Estabelecer os objetivos e metas assistenciais da instituição e dos respectivos serviços assistenciais (clínicos, cirúrgicos, anestesia, radiologia, laboratório e outros);

- Estabelecer os indicadores e referenciais comparativos e as respectivas metas;
- Por meio dos indicadores, identificar os resultados assistenciais alcançados;
- Realizar análise crítica dos resultados;
- Definir e implementar ações para melhoria da qualidade assistencial;
- Mensurar a efetividade das ações de melhoria.

As Diretrizes Assistenciais da Pró-Saúde, alinhadas ao Projeto Diretrizes da AMB e CFM, tem por objetivo conciliar informações da área médica e assistencial a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico e da equipe multiprofissional.

As informações contidas neste Manual devem ser submetidas à avaliação e à crítica dos profissionais envolvidos, responsáveis pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

É importante saber que as diretrizes, por si só, não geram ações. São instrumentos direcionadores de linhas políticas e dependem, em primeiro lugar, de quem as adota e

como são interpretadas. Ou seja, dependem da percepção que se tem do objeto de trabalho. Neste sentido, a qualidade obtida nos serviços vai depender do direcionamento da política impressa pelo gestor às ações.

6.1.11. ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS: DIRETRIZES ASSISTENCIAIS

O emprego de instrumentos de gestão que se estabeleçam como diretrizes, linhas-guia, linhas do cuidado e protocolos e que tenham como referências diretrizes que fortaleçam os princípios, pode ser uma estratégia potente para a introdução de novas formas de se fazer a prática, que lhe deem direcionamento e garantam a continuidade das ações.

No caso dos protocolos, é fundamental que se conheça, em profundidade, o problema a ser enfrentado. É importante saber definir os objetivos a alcançar, para que não se aceite qualquer fórmula, tecnologia ou caminho terapêutico como proposta de solução para o problema.

Portanto, o que se espera é que as diretrizes guardem estreita relação com a situação de saúde da população sob a responsabilidade de uma unidade, com os problemas enfrentados e com sua capacidade de produzir saúde.

6.1.12. ASPECTOS ESPECÍFICOS NA ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE CUIDADO À SAÚDE

É fundamental ter claro o objetivo do mesmo e saber o que se pretende com sua implantação. Nesse processo, as metas devem levar em conta que fatores – políticos, sociais, econômicos, culturais e biológicos – relacionados com seu surgimento devem ser gerenciados e modificados.

6.1.13. DIRETRIZES ASSISTENCIAIS

Objetivos

As ações propostas buscarão, além da organização das atividades preventivas e clínicas, a alteração positiva dos **condicionantes** e **determinantes** dos problemas a serem enfrentados, bem como considerar a **magnitude, transcendência, vulnerabilidade e efeitos** dos mesmos.

- **Condicionantes:** situações essencialmente definidas pela posição social dos indivíduos na hierarquia social e na divisão social do trabalho e da renda. Correlacionam-se ao domicílio, ao ambiente peridomiciliar, à restrição de aceso à alimentação, à exposição a agentes tóxicos ou infectocontagiosos, às más condições sanitárias e às condições penosas de trabalho.

- **Determinantes:** qualidade de vida das pessoas e às consequências dessa situação sobre sua saúde como condições sociais, econômicas e culturais que, além de estabelecer uma seletividade no acesso aos serviços, são responsáveis pela definição de diferentes valores, hábitos e costumes em relação ao seu corpo e à sua própria saúde.

- **Magnitude:** taxas de morbidade e mortalidade de um problema, revelando o quanto um problema (doença) apresenta capacidade de ser mortal para uma população. Exemplos: a raiva é uma doença de expressiva letalidade que acomete poucas pessoas, apresenta pouca capacidade de matar grandes parcelas da população; a hipertensão arterial não é letal, pois uma pessoa hipertensa não necessariamente vai morrer desse problema. Porém, é uma doença que, se não controlada, pode levar ao agravamento de problemas cardíacos e circulatórios capazes de conduzir a incapacidades físicas e à morte. Acomete grande parcela da população, adquire importância fundamental para os serviços de saúde, tornando-se um problema prioritário.

- **Transcendência:** grau de conhecimento e de importância atribuída pela população a um determinado problema de saúde. Exemplo: ação de combate ao câncer apresenta mais chances de êxito junto à população do que as de enfrentamento da hipertensão. A transcendência nos revela as chances de sucesso de uma ação de saúde frente ao valor culturalmente atribuído pela população aos seus problemas de saúde.

- **Vulnerabilidade:** quanto um problema (doença) é sensível à tecnologia existente e disponível em um serviço de saúde. Exemplo, a poliomielite (paralisia infantil) é totalmente vulnerável à vacina, não representando mais um problema de saúde no Brasil. O diabetes requer dos serviços cuidado redobrado em função de sua baixa vulnerabilidade aos recursos tecnológicos existentes e disponíveis nos serviços de saúde.

- **Efeitos:** gravidade de um problema não resolvido para um número expressivo de pessoas atingidas e à decorrente sobrecarga para os serviços pelo aumento da demanda e dificuldade na ampliação das ações de atenção à saúde.

6.2. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

6.2.1.DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS DIFERENTES CLÍNICAS

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

Nas unidades que são prestados os cuidados integrais aos pacientes prevê a formalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, conforme a Resolução COFEN 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.

O Hospital é composto por leitos de internação de:

- Clínica Pediátrica
- Clínica de Ginecologia e mastologia
- Clínica Oncológica e Transplantes de Medula Óssea
- UTI

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

CLÍNICA PEDIÁTRICA:

Composta por34 leitos. Atenderá a pacientes pediátricos das especialidades que compõe o perfil do hospital.

Equipe que prestará a assistência: Médico Pediatra (24h), Enfermagem (24h), Fisioterapia (12h), Psicologia e Serviço Social.

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

CLÍNICA GINECOLOGIA E MASTOLOGIA

Composta por 33 leitos. Atenderá a pacientes pediátricos das especialidades que compõe o perfil do hospital.

Equipe que prestará a assistência: Médico Pediatra (24h), Enfermagem (24h), Fisioterapia (12h), Psicologia e Serviço Social.

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

CLÍNICA ONCOLÓGICA E TRANSPLANTES DE MEDULA ÓSSEA

Composta por 31 leitos. Atenderá a pacientes pediátricos das especialidades que compõe o perfil do hospital.

Equipe que prestará a assistência: Médico Pediatra (24h), Enfermagem (24h), Fisioterapia (12h), Psicologia e Serviço Social.

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

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:

Composta por 10 leitos. Atenderá a pacientes em condições de instabilidade.

Equipe que prestará a assistência: Intensivista (24h), Enfermagem (24h), Fisioterapia (24h), Psicologia e Serviço Social.

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

6.2.1. ESTRUTURA DE CHEFIA E NÚMERO DE PESSOAS DE CADA CLÍNICA E TIPO DE VÍNCULO.

Estrutura de Chefias:

Chefias Médicas: Cada especialidade médica possuirá uma chefia que responderá pelo serviço.

Chefias de Enfermagem: A UTI conforme legislação possuirá um responsável exclusivo. As demais unidades estarão subordinadas ao responsável da área e estes subordinados à Chefia de Enfermagem.

Chefia da Fisioterapia: O serviço possuirá um único responsável para todas as áreas.

A distribuição dos profissionais envolvidos na assistência é:

UNIDADE	QDE	PROFISSIONAL	VÍNCULO
Clínica Ginecologia e Mastologia	2	Enfermeiro	CLT
	5	Técnico de Enfermagem	CLT
Clínica Pediátrica	2	Enfermeiro	CLT
	5	Técnico de Enfermagem	CLT
Clínica Oncológica e Transplantes de Medula Óssea - 31 leitos	3	Enfermeiro	CLT
	6	Técnico de Enfermagem	CLT

UTI Adulto	1	Enfermeiro	CLT
	5	Técnico de Enfermagem	CLT
	04	Fisioterapeuta	CLT
Centro cirúrgico	1	Enfermeiro	CLT
	4	Técnico de Enfermagem	CLT

A distribuição, dos profissionais supra listado, representa a quantidade mínima, necessária para o desenvolvimento das atividades assistenciais por turno de trabalho.

Os profissionais de apoio diagnostico e terapêutico como psicólogas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogas estarão disponíveis no hospital nos dias úteis e horário comercial.

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

ESPECIALIDADE	PLANTÃO 12 H (07H-19H e 19H -7H)	SOBREAVISO
ONCOLOGIA CLÍNICA	X	
ONCOLOGIA CIRURGICA		X
PEDIATRA	X	
ANESTESIA	X	X
MASTOLOGIA		X
GINECOLOGIA		X
RADIOLOGISTA		X
HEMATOLOGIA ONCOLÓGICA		X
DEMAIS ESPECIALIDADES		X

6.2.3. 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**, encontram-se modelos de Protocolos Assistenciais e Instruções de Trabalho que poderão ser adotados ou adaptados ao hospital.

6.2.4. DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE SALAS DE CIRURGIA, URGÊNCIA E AMBULATÓRIOS E SADT

ORGANIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

A Unidade do Centro Cirúrgico 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 a 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 trans-operatório, 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.

Os itens acima também se aplicam as salas do Centro Cirúrgico do CTQ.

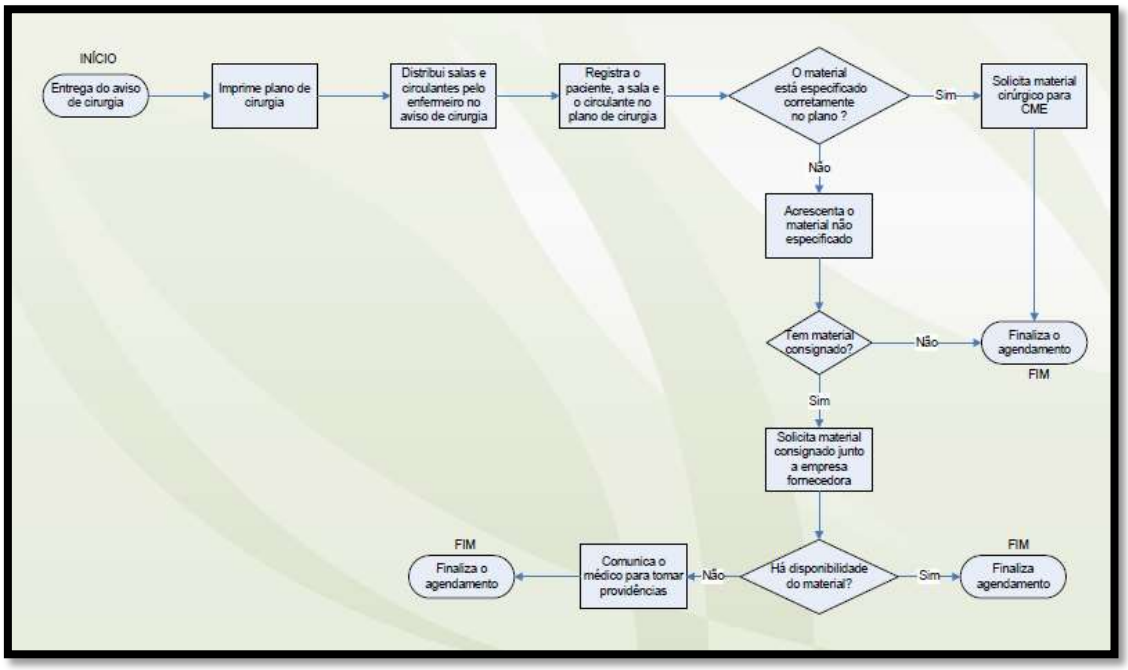
O quadro de profissionais encontra-se no item 10.11.deste projeto

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

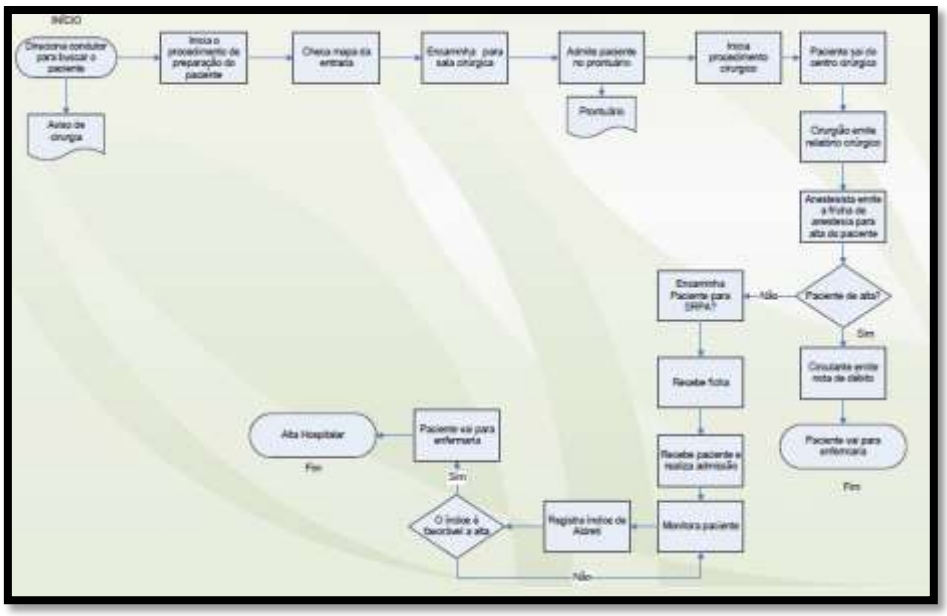
No **Anexo II** encontram-se as Instruções de trabalho relativas à Unidade.

FLUXOS

Agendamento cirúrgico:



Admissão e Alta do Centro Cirúrgico:



Horário de Atendimento

		Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4
Segunda	M	Cirurgia Ped.	Mastologia	Mastologia	Emergência
	T	Cirurgia Ped.	Ortopedia	Mastologia	Emergência
	N	Emergência	Emergência	Emergência	Emergência
Terça	M	Cirurgia Ped.	Ortopedia	Mastologia	Emergência
	T	Cirurgia Ped.	Ortopedia	Mastologia	Emergência
	N	Emergência	Emergência	Emergência	Emergência
Quarta	M	Cirurgia Ped.	Ortopedia	Mastologia	Emergência
	T	Cirurgia Ped.	Ortopedia	Ginecologia	Emergência
	N	Emergência	Emergência	Emergência	Emergência
Quinta	M	Cirurgia Ped.	Ortopedia	Ginecologia	Emergência
	T	Cirurgia Ped.	Ortopedia	Ginecologia	Emergência
	N	Emergência	Emergência	Emergência	Emergência
Sexta	M	Cirurgia Ped.	Ortopedia	Ginecologia	Emergência
	T	Cirurgia Ped.	Ortopedia	Ginecologia	Emergência
	N	Emergência	Emergência	Emergência	Emergência
Sábado		Limpeza Terminal nas salas e cirurgias de emergência			
Domingo		Limpeza Terminal nas salas e cirurgias de emergência			

ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Serviço de Urgência e Emergência aos usuários referenciados e demanda espontânea, atenderá aos pacientes em tempo integral, ou seja, 24h por dia em todos os dias da semana.

Estrutura Física

O Pronto Atendimento contará com a seguinte estrutura física:

- Recepção
- Sala de Emergência (sala vermelha)
- Sala de Observação (sala amarela)
- Consultórios individualizados

Os plantonistas farão o atendimento das pacientes nessas salas e caso necessário as mesmas serão encaminhas 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.

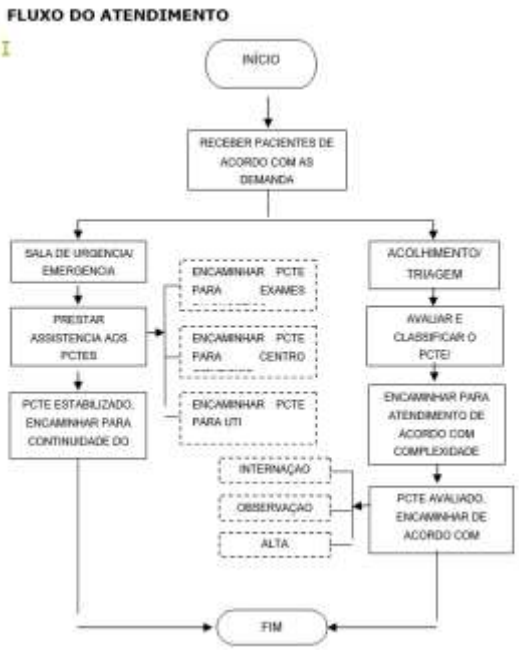
Funcionamento

A unidade funcionará 24 horas por dia, em sintonia com os outros setores do hospital, em especial com a Unidade de Terapia Intensiva e as enfermarias, para onde os pacientes atendidos poderão ser encaminhados.

O quadro de profissionais encontra-se no item 10.11.deste projeto.

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.

No **Anexo II**, encontram-se modelos de Protocolos Assistenciais e Instruções de Trabalho que poderão ser adotados ou adaptados ao hospital.



ORGANIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO

No Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência são disponibilizadas consultas ambulatoriais, para pacientes egressos do próprio hospital.

O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, com carga horária de, pelo menos, 10 horas diárias, das 7h às 17h, de segunda à sexta-feira.

Atendendo:

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

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

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

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

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

Funcionamento

O quadro de profissionais encontra-se no item 10.11.deste projeto.

No **Anexo II**, encontram-se modelos de Protocolos Assistenciais e Instruções de Trabalho que poderão ser adotados ou adaptados ao hospital.

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.

Proposta de agenda

		Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4	Sala 5
Segunda	M	Clínica Pediátrica	Oncologia clínica	Outras especialidades	Fisioterapia	Fonoaudiologia
	T	Clínica Pediátrica	Oncologia clínica	Outras especialidades	Fisioterapia	Terapia Ocupacional
Terça	M	Clínica Pediátrica	Oncologia clínica	Mastologia	Fisioterapia	Fonoaudiologia
	T	Clínica Pediátrica	Oncologia clínica	Mastologia	Fisioterapia	Terapia Ocupacional
Quarta	M	Cirurgia Pediátrica	Oncologia clínica	Mastologia	Fisioterapia	Fonoaudiologia
	T	Cirurgia Pediátrica	Oncologia clínica	Ginecologia	Fisioterapia	Terapia Ocupacional
Quinta	M	Cirurgia Pediátrica	Oncologia clínica	Hematologia	Fisioterapia	Fonoaudiologia
	T	Cirurgia Pediátrica	Oncologia clínica	Ginecologia	Fisioterapia	Terapia Ocupacional
Sexta	M	Clínica Pediátrica	Oncologia clínica	Cirurgia Pediátrica	Fisioterapia	Fonoaudiologia
	T	Clínica Pediátrica	Oncologia clínica	Cirurgia Pediátrica	Fisioterapia	Terapia Ocupacional

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
Análises Clínicas	24 horas por dia, todos os dias para pacientes internos
Radiologia Convencional	24 horas por dia, todos os dias para pacientes internos
Agência Transfusional	24 horas por dia, todos os dias para pacientes internos
Endoscopia	24 horas por dia, todos os dias para pacientes internos
Fisioterapia	Disponível 18 horas na UTI e 8 horas nas unidades de internação diariamente

Fonoaudiologia	Disponível mediante solicitação médica em horário comercial e dias uteis.
Psicologia	Disponível mediante solicitação médica em horário comercial e dias uteis.
Análises Clínicas ambulatorial	Disponível no hospital das 07 às 19 horas, de 2ª a 6ª feira se possível agendados previamente e quando necessário, nos sábados domingos e feriados à distância.
Ultrassonografia	
Endoscopia Digestiva/Broncoscopia	
Quimioterapia	
Banco de Medula	

Funcionamento do Serviço Hemoterápico

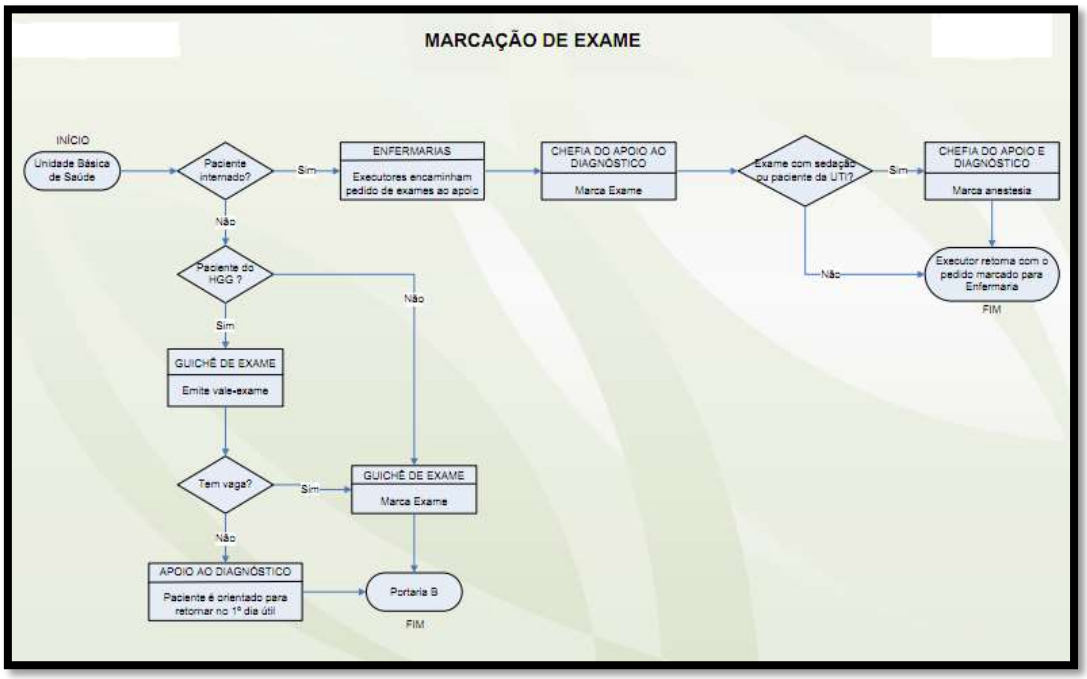
O hospital obedecerá à política de sangue e hemoderivados do M. Saúde, da ANVISA e do hemocentro do estado.

Este serviço poderá ser compartilhado com o Hospital Ophir Loyola

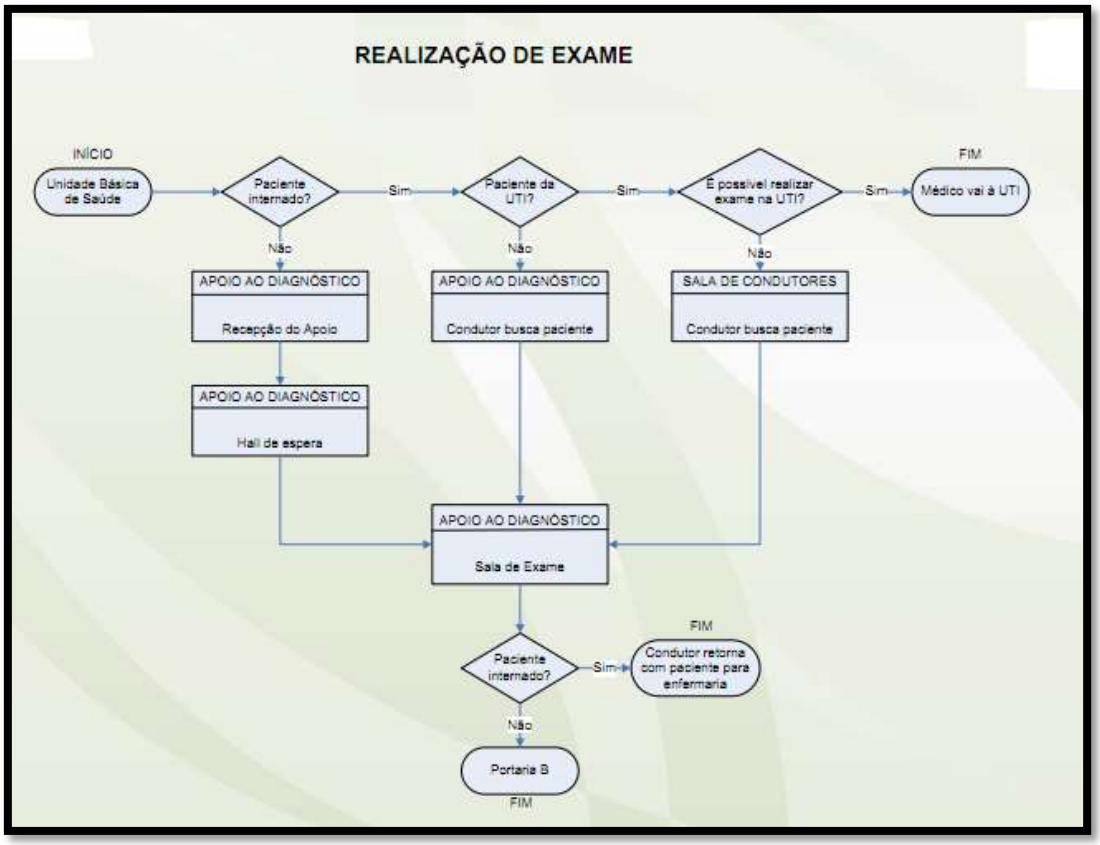
Visando o atendimento humanizado aos usuários do hospital, todos os colaboradores participarão da Oficina de Humanização, conforme proposto no item Proposta de Educação em Saúde/Capacitação.

Fluxos

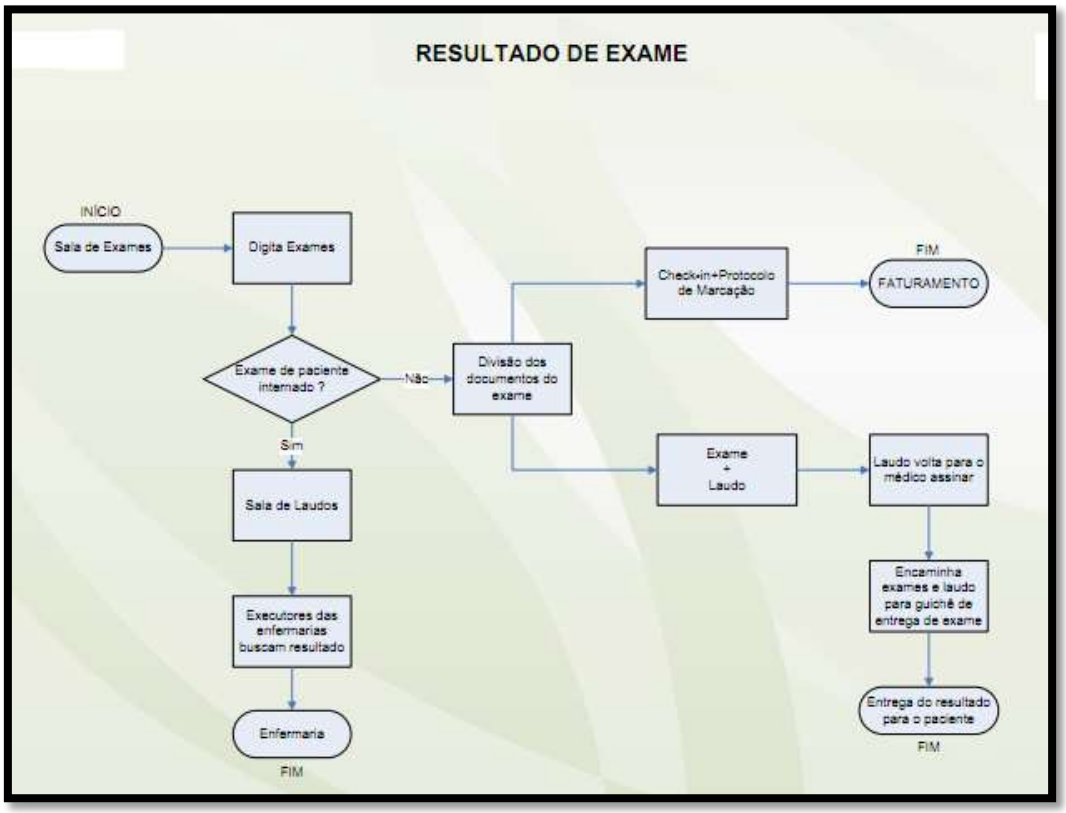
Marcação de Exame



Realização do Exame



Entrega do Resultado de Exame



O serviço de análise clínicas será realizado fora do hospital, pois este não apresenta estrutura para esta finalidade.

Caso seja necessária a realização de ressonância magnética e tomografia, estes exames serão solicitados junto a central de regulação da SESPA.

6.2.5. DESCRIÇÃO DA 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.

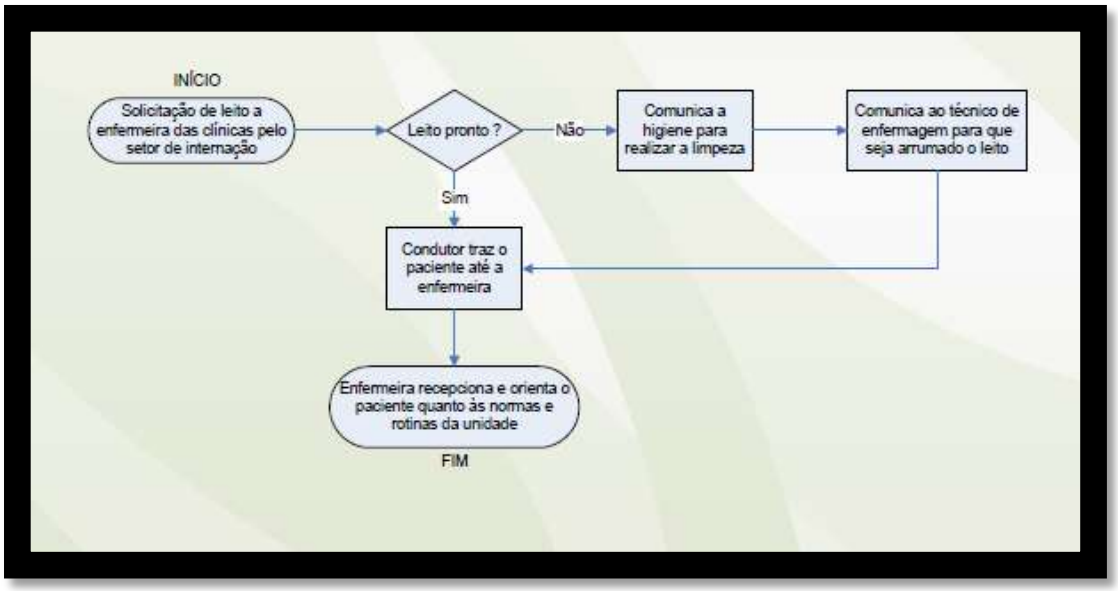
O quadro de profissionais encontra-se no item 10.11.deste projeto.

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

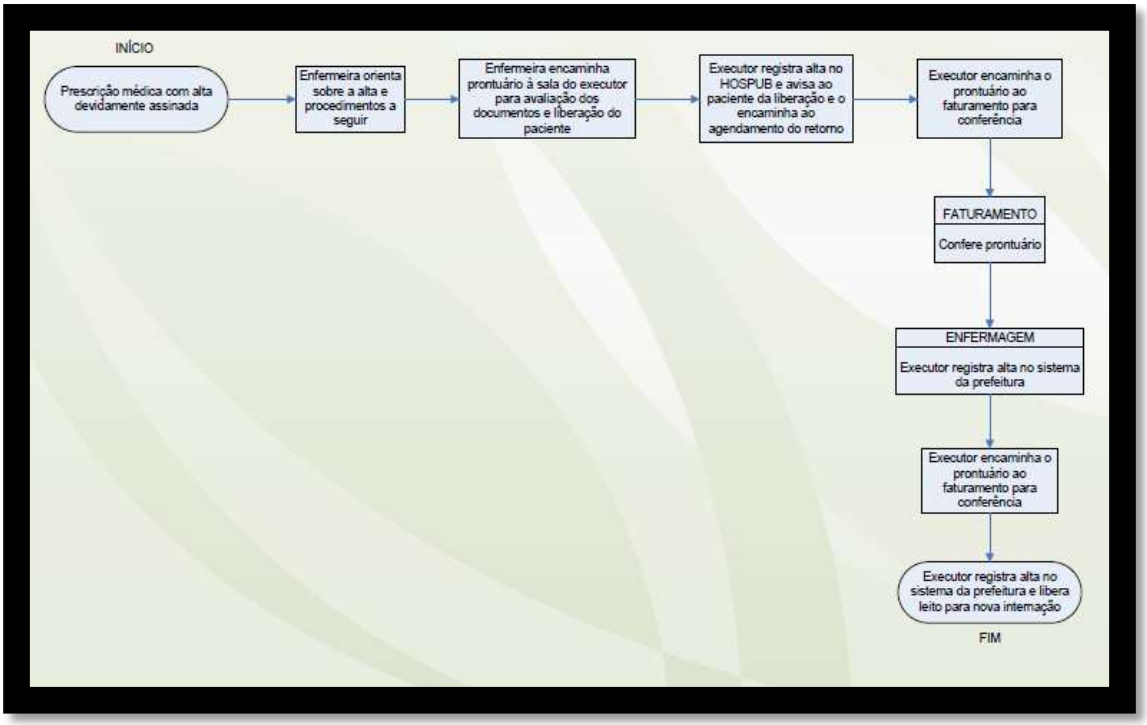
No **Anexo II**, encontram-se modelos de Protocolos Assistenciais e Instruções de Trabalho que poderão ser adotados ou adaptados ao hospital.

Fluxos

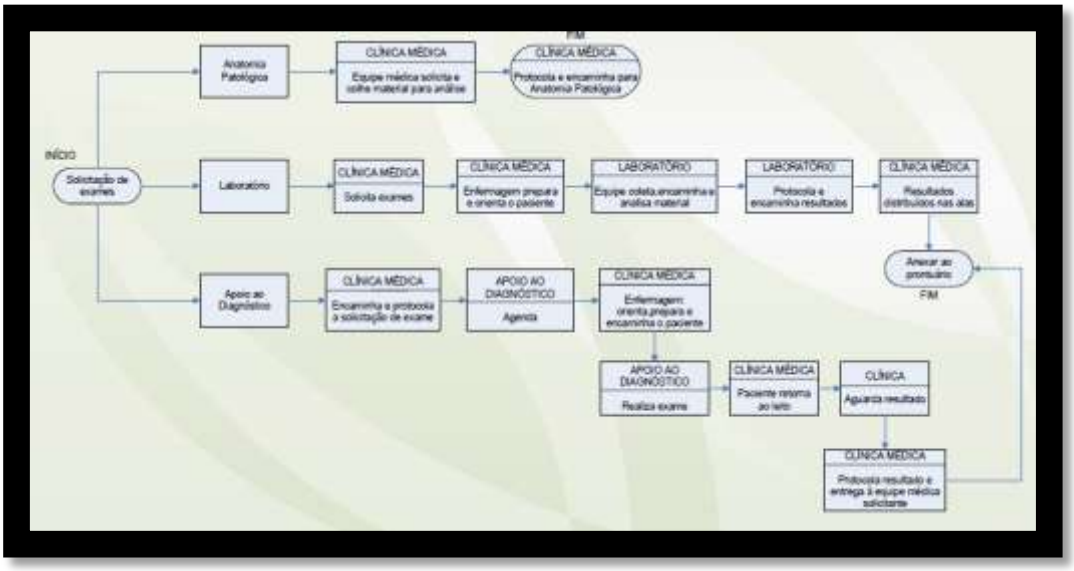
Admissão na unidade de internação



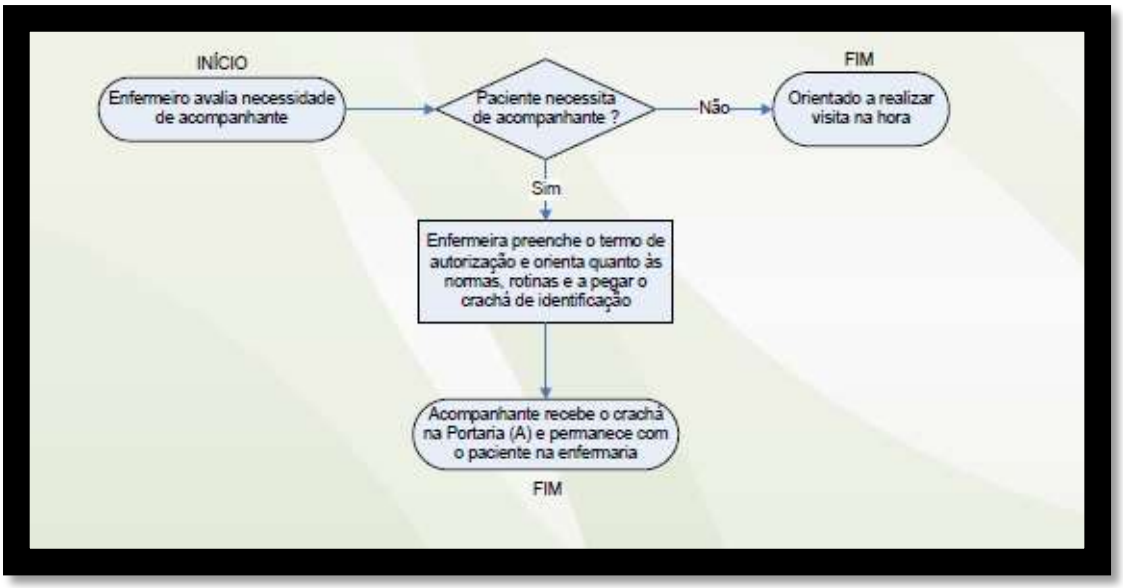
Alta do paciente na Unidade de Internação



Encaminhamento de paciente para exames



Autorização para permanência de acompanhante



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 sobrevida, assim como a garantia, dentro dos recursos tecnológicos existentes, da manutenção da estabilidade de seus parâmetros vitais;
- Expor o paciente ao mínimo risco decorrentes 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 e Semi-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.

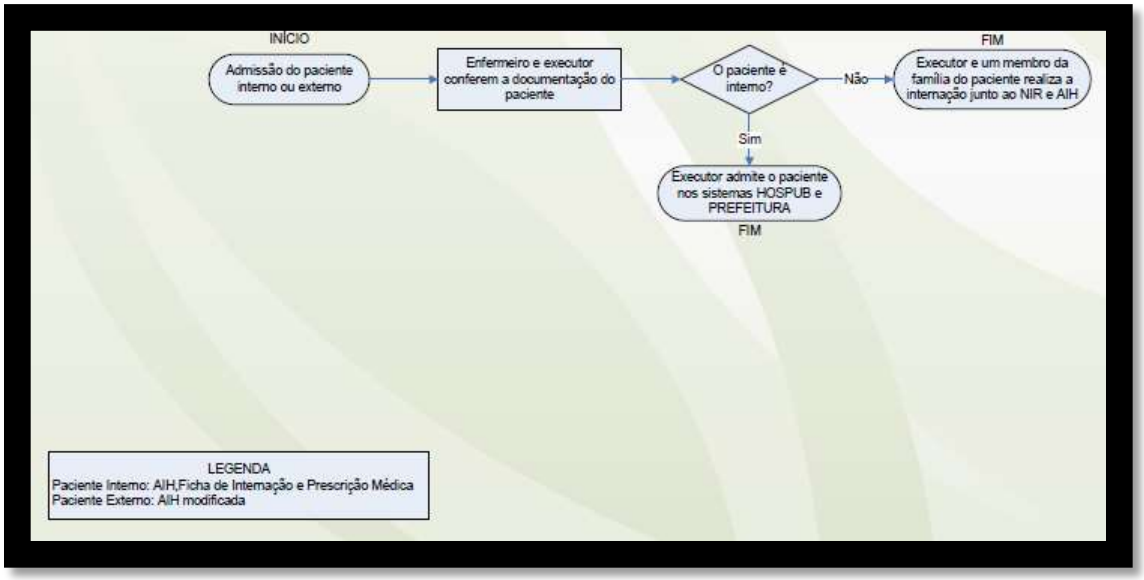
As unidades de terapia intensiva contam com profissionais de fisioterapia exclusivos para o atendimento.

O quadro de profissionais encontra-se no item 10.11.deste projeto.

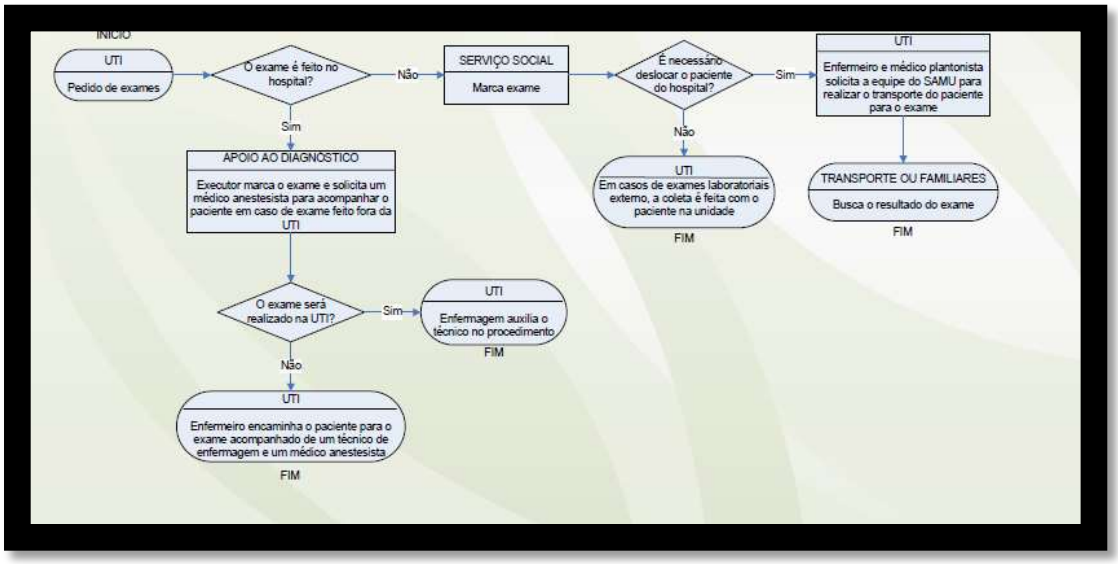
Visando o Atendimento humanizado aos usuários do hospital, todos os colaboradores participarão da Oficina de Humanização, conforme proposto no item "Proposta de Educação/Capacitação".

Fluxos

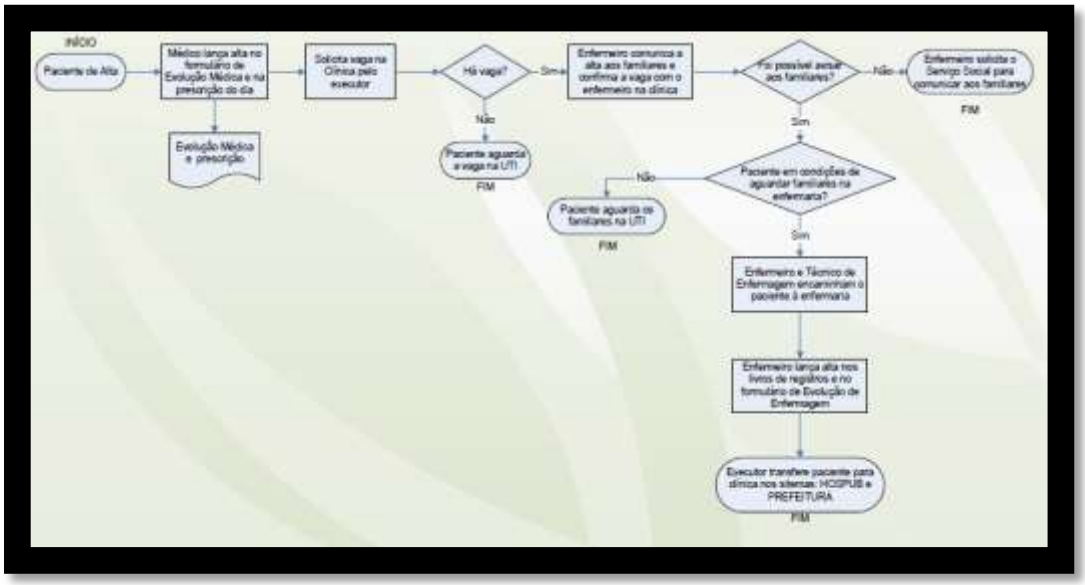
Admissão do paciente:



Encaminhamento de pacientes para exames:



Fluxo de alta:



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

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

A gestão do hospital será de responsabilidade da Pró-Saúde, porém toda tomada de decisão relativa à mudança de perfil de atendimento, novos investimentos ou mudança de escopo do contrato de gestão serão acordadas entre as partes com o objetivo de melhorar cada vez mais o atendimento à população local.

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

A Pró-Saúde se compromete a realizar as Prestações de Contas referente as este Edital de Seleção no. 008/2014, conforme orienta o Termo de referência – Anexo I, elencadas a seguir:

- Acompanhamento orçamentário/financeiro será efetivado por meio da entrega mensal do Relatório de Prestação de Contas contendo os anexos:

a. Relação dos valores financeiros repassados, com indicação da Fonte de Recursos;
b. Demonstrativo de Despesas;
c. Demonstrativo de Folha de Pagamento;
d. Demonstrativo de Contratação de Pessoa Jurídica;
e. Balancete Financeiro;
f. Extrato Bancário de Conta Corrente e Aplicações Financeiras dos recursos recebidos;
g. Relatório Consolidado da Produção Contratada X Produção realizada;
h. Relatório Consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores).

- Apresentar à SESPA, no prazo por ela estabelecido, informações adicionais ou complementares que esta venha formalmente solicitar, conforme Decreto no. 4 3.597/2012.
- Apresentar relatório com informações detalhadas, além dos relatórios trimestrais previstos, de acordo com regulamentação da SES/RJ e na periodicidade por ela estabelecida, especialmente sobre:
  - Relação com identificação dos atendimentos realizados, devidamente segmentados pela sua natureza;
  - Estatísticas de óbitos;
  - Interação com a rede pública de atenção à saúde e com os complexos reguladores, estadual e municipal, especialmente quanto aos problemas envolvendo remoção e transferência de usuários;
  - Quaisquer outras informações que a SESPA julgar relevantes sobre as

prestações do serviço e sobre as condições financeiras da unidade hospitalar.

- Apresentar à SESPA, mensalmente, relatório contendo todos os procedimentos realizados, bem como toda a documentação exigida, nos termos indicados e segundo a metodologia adotada pelo Sistema de Informação Ambulatorial – SIA-SUS.
- Apresentar à SES/PA, mensalmente, folha de pagamento de salários, em que constem os pagamentos aos profissionais estabelecidos neste Anexo, apólices de seguro contra acidentes, acidentes de trabalho e comprovantes de quitação de suas obrigações trabalhistas e previdenciárias relativas aos empregados que prestam ou prestaram serviços no âmbito do Contrato de Gestão.
- Apresentar à SESPA, trimestralmente, os relatórios das comissões especificadas.
- Confeccionar e apresentar relatórios bimensais da produção da ouvidoria. Os relatórios seguirão o modelo apresentado pela Ouvidoria da SESPA.

- Fornecer os relatórios, documentos e informações previstos, de forma a permitir sua integração em bancos de dados, em base eletrônica, conforme padrão determinado pela SESPA
- Arquivar vias originais dos relatórios previstos, após analisadas e aprovadas pela SESPA, na sede da unidade, que deverá mantê-las em arquivo até o fim do prazo do Contrato de Gestão.
- Apresentar a SESPA, anualmente, o instrumento de convenção trabalhista, devidamente registrado no Ministério do Trabalho e Emprego, bem como sua adesão e efetivo cumprimento desta convenção, na forma da lei.
- Informar à SESPA durante todo o Prazo do Contrato de Gestão, os seguintes itens:
    a. Estatísticas mensais dos atendimentos;
    b. Relação dos serviços oferecidos;
    c. Informações de contato (telefone, endereço de correio eletrônico, formulário eletrônico, endereço de correspondência) para recebimento de reclamações, sugestões e esclarecimento de dúvidas dos usuários.
    d. Implantar sistema de apuração e análise de custos com os seguintes objetivos:
        i. Constituição dos modelos de relatórios gerenciais:
        ii. Relatórios de custos por níveis de responsabilidade.
        iii. Relatórios analíticos dos custos dos serviços por centros de

custo

iv. Informações serão preferencialmente disponibilizados via WEB e acessadas por cada um dos níveis de interesse por senhas especificas.

v. Orientações especializadas à equipe de Tecnologia da Informação, referentes a integração com o aplicativo de gestão e análise das informações gerenciais de custos e preferencialmente utilizar todas as informações disponíveis nos aplicativos de gestão existentes nas Unidades evitando a necessidade de retrabalho de informações.

vi. Aperfeiçoamento do escopo dos indicadores operacionais e de custos visando:

- Ampliar as possibilidades de utilização das informações gerenciais para a gestão interna das Unidades.
- Atender as necessidades de informações definidas pela SESPA.
    - 'Orientações acerca da consolidação dos indicadores operacionais e de custos utilizados para avaliar o desempenho das Unidades em relação às demonstrações de "melhores práticas e benchmarking" disponíveis a partir da estruturação do banco de indicadores da SESPA os quais contemplam também, análises especializadas pertinentes ao nível de complexidade assistencial das Unidades.
    - Apoio na preparação das apresentações e discussões dos fóruns que venham a ser programados pela SESPA envolvendo as Unidades.

Aplicações Gerenciais:

- Gerar informações individualizadas por Unidade, ao nível dos centros de custos, produtos e serviços, permitindo a análise comparativa das mesmas e o acompanhamento contínuo das operações.
- Preparação de informações consolidadas e comparativas, permitindo a avaliação, acompanhamento e controle de cada Unidade, como também o estabelecimento de indicadores de desempenho.
- Estabelecer e consolidar um conjunto de indicadores de desempenho das ações de assistência à saúde.
- Servir de instrumento de gestão e correspondente melhoria da eficácia na alocação dos recursos humanos e materiais.
- Permitir a geração de relatórios gerenciais de custos das atividades e,

em decorrência, disseminar a participação de todos os gestores internos na avaliação e análise dos custos sob as suas responsabilidades.

- Subsidiar com elementos que permitam a avaliação do custeio das atividades das Unidades em relação a indicadores de custos disponíveis, os quais permitirão a efetiva gestão da produtividade das Unidades

6.4. DESCRIÇÃO DA CONTRA-REFERÊNCIA

Os pacientes que necessitem de avaliações especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticos não disponíveis na unidade, devem ser, após o atendimento médico com estabilização do quadro clínico, registrados, via sistema de informações na Central de Regulação de Leitos para transferência. Deverá ser emitido solicitação/relatório médico, buscando a transferência com garantia de recursos e de recebimento do paciente pela Unidade de Destino. Deve haver retaguarda hospitalar previamente pactuada com fluxos e mecanismos de transferência claros. A Central de Regulação fará a seleção, indicação, regulação e transferência do paciente até os leitos da Instituição Prestadora. Caso estes leitos não estejam disponíveis ou não tenham o perfil assistencial contratualidade/conveniado, estes pacientes deverão ser transferidos a outros hospitais da rede pública ou complementar, a serem determinados pela Central Estadual de Regulação. As instituições que ainda não dispõe de contratualização ou convênio de leitos hospitalares com a SES, deverão contratualizá-los ou conveniá-los obedecendo às necessidades do município e respeitando seu perfil assistencial. Nos casos de instituições já contratualizadas ou conveniadas com o município, serão respeitados os planos operativos pactuados. Deve haver a possibilidade de aditivação dos contratos ou convênios entre Instituição Prestadora e SES para acréscimo de serviços quando de interesse de ambas as partes.

O HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO deve contar com pactuação adequada na rede de saúde para realização de exames diagnósticos e atendimentos especializados que não disponha. Deve existir mecanismo de referência e contra referência com a rede hospitalar, com a rede básica: ambulatórios, unidades básicas de saúde (UBS) e Programas Saúde da Família (PSF) do Distrito Sanitário onde se encontra, permitindo o adequado acompanhamento dos pacientes após o atendimento no hospital e sua inserção, não apenas na atividade curativa como também em atividades de promoção e prevenção da saúde. Estas pactuações serão definidas pela SES e cumpridas pela instituição contratada. Nos casos de necessidade de transferência para outra unidade hospitalar ou para sua residência o paciente deve ter

a garantia de transporte através de ambulância, seja ela do tipo UTI ou convencional, definida pelo profissional médico responsável pelo paciente.

A transferência dos pacientes está sob a responsabilidade da regulação da SESPA.

Nos casos de falta absoluta de recursos necessários para o paciente em outros hospitais da rede municipal ou demora na transferência via regulação, o paciente não poderá ser impedido de permanecer nas dependências do Hospital até que esteja disponível o recurso mais adequado. A assistência será prestada nessa unidade dentro de seus limites assistenciais, capacidade técnica e recursos humanos e tecnológicos. A instituição em gerenciamento complementar deve colaborar totalmente com as atividades de regulação médica via Central de Regulação de Leitos e encaminhar diariamente, via sistema de informação a relação de pacientes que aguardam regulação com nome, idade, hipótese diagnóstica, tempo de permanência e recurso que necessita.

A implantação do contra referencias para os serviços já existentes com a Atenção Primária e outros estabelecimentos assistenciais de saúde será mantida conforme demanda atual. Os demais serviços a serem implantados conforme a demanda necessária será implantada de comum acordo com a Secretaria Estadual da Saúde.

6.4.1. PLANO DE IMPLANTAÇÃO

CONCEITOS

1.1 PROCEDIMENTOS DE REFERÊNCIA:

Exames e Procedimentos disponíveis e realizados no Hospital xxxxxx para os usuários Internados e Ambulatoriais.

1.2 PROCEDIMENTOS DE CONTRA-REFERÊNCIA e (TFD):

Hospitais e Clínicas de referência para onde serão encaminhados os usuários que necessitarem de Exames e Procedimentos não existentes no Hospital xxxxxxx.

2. SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar.

CI – Comunicação Interna.

CPF – Certificado de Pessoa Física.

SESPA – Secretária Estadual de Saúde do Estado do Pará.

SUS – Serviço Único de Saúde.

TFD – Tratamento Fora Domicílio.

UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

3. PROCEDIMENTOS

3.1 TRANSFERÊNCIAS PROVENIENTES DE OUTROS HOSPITAIS LOCAIS – REFERÊNCIA

Descrição das Ações			
AÇÃO	RESPONSÁVEL	FORMULÁRIO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1.Receber solicitação de atendimento	Recepcionista	-	Receber solicitação de leito e encaminhar para o médico plantonista.
Avaliar solicitação	Médico	-	Verificar solicitação de transferência e disponibilidade de leito para o paciente.
Encaminhar autorização de internação	Recepcionista	-	Encaminhar autorização de internação para a Central de regulação, via fax.
Avisar liberação do paciente	Recepcionista	-	Comunicar aos profissionais da portaria sobre a liberação do paciente.
Recepcionar o usuário e/ou responsável.	Recepcionista, Atendente	-	Identificar-se, colocar-se de forma educada e humanizada, buscando sempre a informação correta aos usuários e/ou responsável; Obs. Nos casos de usuários para realização e retirada de exames, providenciar a entrega das senhas e solicitar que aguarde o atendimento; Dar feedback quanto ao atendimento; Manter a preferência de atendimento aos usuários idosos, gestantes, portadores de deficiência ou impossibilitados e pessoas com criança de colo.
Verificar guia de Atendimento e documento de identificação.	Recepcionista, Aux. Adm. Atendente	AIH, Listagem de Autorização, CI, CPF e Cartão SUS.	Conferir a guia de autorização de atendimento e direcionar o usuário; Atentar para o procedimento liberado, assinatura do médico, data, assinatura e carimbo da central de regulação; Solicitar o documento de identificação. Obs. Caso a guia de autorização e documentos estiver incorreto solicitar que o usuário ou responsável regularize; Verificar junto a Central de

			Regulação a autorização do atendimento. Obs. Todo e qualquer atendimento deve ser encaminhado à central de Regulação, não sendo permitidos beneficiamentos estando sujeito a penalidades.
Cadastrar usuário	Recepcionista Aux. ADM. Atendente	CI, CPF e Cartão SUS.	Realizar a conferência do cadastro no sistema através do nome, sobrenome, data de nascimento e nome da mãe, isto para que não haja cadastro duplicado; Realizar o cadastro completo via sistema de informação. Obs. 1 - Quando identificar o cadastro duplicado repassar à liderança de Atendimento. Obs. 2 - Nos casos de urgência/ emergência em que o usuário não possuir documentação e estiver inconsciente, cadastrar como não identificado e repassar a situação à Líder de Atendimento e ao Serviço Social e quando o usuário estiver consciente e não portar documentação, lançar a observação: " Usuário não portando documentação de identificação no ato do cadastramento"; Manter a preferência de atendimento aos usuários idosos, gestantes, portadores de deficiência ou impossibilitados e pessoas com criança de colo, isto no atendimento de ambulatório, cirurgia eletiva e SADT; Orientar ao usuário que procure a secretaria Municipal para emissão do cartão SUS.
1. Atender o paciente	Médico	Protocolo Clínico	Atender paciente conforme Protocolo Clínico
2. Liberação do paciente	Médico	-	Verificar condições clínicas do paciente e liberá-lo como transferência interna, contra referência ou alta.

3.2 TRANSFERÊNCIAS PARA OUTROS HOSPITAIS LOCAIS - CONTRA-REFERÊNCIA

Descrição das Ações			
AÇÃO	RESPONSÁVEL	FORMULÁRIO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1. Preencher o	Médico	Ficha de	• Quando esgotado todos os

Laudo		Referência e Contra Referência AIH	meios para continuação do tratamento do usuário no HRPT, o médico preenche a Ficha de Referência e Contra Referência Esta ficha serve para solicitação de Consulta com médico especialista ou Leito em outro hospital. Obs.: O médico deverá especificar quais materiais devem ser utilizados para o transporte do paciente.
2. Validar Transferência	Diretor Técnico	-	Conferir a solicitação de transferência, assim como materiais a serem disponibilizados para o transporte do paciente.
3. Encaminhar ao Serviço Social.	Enfermeiro	Comunicação Interna	Após alocar a Ficha de Referência e Contra Referência para arquivo de prontuário, o Enfermeiro encaminha o familiar/responsável e/ou o usuário ao Serviço Social, para receber orientação quanto aos tramites do benefício.
4. Encaminhar a Central de Regulação ou Secretarias de Saúde.	Assistente Social	-	• Nos casos de serviços de urgência/emergência, o laudo deverá ser encaminhado via fax, pela recepcionista. • Receberá o laudo pela enfermagem das unidades de internação, e encaminhará, via fax para a Central de Regulação regional.
5. Acompanhar o processo.	Assistente Social	-	• Entrar em contato com a central de regulação para monitoramento. • Proceder retorno a enfermagem e ao Médico quanto ao processo de transferência. • Realizar evolução no prontuário.
6. Confirmar vaga no hospital requerido	Enfermeiro	-	• Acionar o hospital de destino e confirmar a liberação do leito. • Obs.: O enfermeiro deverá evoluir no prontuário do paciente.
7. Solicitar	Enfermeiro	-	• Solicitar ambulância para transporte do usuário ao

transporte			hospital de destino.
8. Organizar material para transporte	Enfermeiro	-	• Requisitar a caixa de transporte da farmácia, levar bala de oxigênio, exames laboratoriais e de imagem, raios-X (estes exames somente serão encaminhados de acordo com solicitação do médico); • Raios-X: encaminhar a lâmina e a Xerox do Laudo Médico; • Exames de Imagem: solicitar 2ª via no Setor de Imagem; • Exames Laboratoriais: Xerox ou cópia.
9. Anotar no prontuário	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem e o Assistente Social	-	• Realizar evolução/relatório de enfermagem na saída do usuário, relatando as condições em que o mesmo saiu e anexar cópia do TFD no prontuário. • Realizar a evolução/relatório de enfermagem relatando as condições clínicas de entrega do usuário e anexar no prontuário.

3.3 TRANSFERÊNCIAS PARA OUTROS HOSPITAIS FORA DOMICÍLIO - TFD

Descrição das Ações			
AÇÃO	RESPONSÁVEL	FORMULÁRIO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1. Preencher o Laudo do TFD.	Médico	Laudo Médico para TFD Ficha de Referência e Contra Referência AIH	Quando esgotado todos os meios para continuação do tratamento do usuário no HRPT, o médico preenche o Laudo para abertura do processo de TFD e imediatamente acionar o serviço social para abordagem familiar. Este laudo serve para solicitação de Consulta com médico especialista ou Leito em outro hospital. Obs.: O médico deverá especificar quais materiais devem ser utilizados para o

			transporte do paciente.
2. Solicitar Consulta com médico especialista.	Médico	Laudo Médico para TFD Ficha de Referência e Contra Referência e Declaração de Transporte Aéreo	O Médico preenche o Laudo do TFD em duas vias e a Ficha de Referência e Contra Referência. Obs.: o médico deverá preencher a Declaração de Transporte Aéreo. Comunicar serviço social para acompanhamento do processo.
3. Solicitar validação do TFD	Assistente Social	-	Encaminhar documentação para validação do Diretor Técnico.
4. Validar TFD	Diretor Técnico	-	Conferir a solicitação de TFD, assim como materiais a serem disponibilizados para o transporte do paciente.
5. Encaminhar ao serviço Social.	Enfermeiro e Serviço social	-	Após o enfermeiro tirar cópia do laudo para arquivo de prontuário, o mesmo encaminha o familiar/responsável e/ou o usuário ao serviço social que verifica/confirma com o médico, se necessário, as solicitações de exames necessários para o TFD. Após orienta o usuário/ou acompanhante quanto aos tramites do benefício.
6.Encaminhar a Central de Regulação Municipal ou Secretarias de Saúde.	Assistente Social	Protocolo Serviço Social	• Após a orientação, é entregue o processo ao acompanhante/ responsável devidamente protocolado. Obs.: Nos casos de municípios de gestão plena, o processo deverá ser encaminhado ao município de origem.
7.Acompanhar o processo.	Assistente Social	-	• Após o envio da documentação para cadastramento na Central de Regulação o Assistente Social deve entrar em contato com a central de regulação para saber do andamento do processo.

			• Obs.: O Assistente Social deve manter contato com a enfermagem, comunicando sobre o andamento da TFD.
8.Acionar SESPA e Enfermagem.	Assistente Social	-	• Após autorização da Central de Regulação, o Assistente Social deverá acionar a enfermagem e a SESPA para confirmação de vaga.
9.Confirmar vaga no hospital requerido.	Enfermeiro	-	• Acionar o hospital de destino e confirmar a liberação do leito. • Obs.: O enfermeiro deverá evoluir no prontuário do paciente.
10.Avaliação clínica após liberação de vaga.	Médico Assistente ou Diretor Clínico/Técnico	-	• O médico assistente validará o transporte mediante condições clínicas do paciente (na ausência do médico assistente, contatar o diretor clínico e/ou diretor técnico).
11.Solicitar transporte.	Enfermagem	-	• Solicitar ao Secretário da Diretoria, via telefone, a compra de passagens para o responsável pelo acompanhamento do paciente.
12.Comprar passagem.	Sec. Diretoria	-	• Efetuar compra da passagem e contatar a enfermagem sobre a data e horário do voo.
13.Solicitar transporte ao aeroporto.	Enfermeiro	-	• Solicitar ambulância para transporte do usuário ao aeroporto. Quando necessário. • Obs.: Quando necessário, deverá também ligar para o SAMU, solicitando o transporte do aeroporto ao hospital de destino.

14.Solicitar dinheiro para despesas.	Enfermeiro	-	• Durante o horário comercial, direcionar-se à recepção da central para retirada de recursos financeiros. • Fora do horário comercial, direcionar-se à recepção da emergência para retirada de recursos financeiros.
15.Organizar material para transporte.	Enfermeiro	-	• Requisitar a caixa de transporte da farmácia, levar bala de oxigênio, exames laboratoriais e de imagem, raios-X (estes exames somente serão encaminhados de acordo com solicitação do médico); • Raios-X: encaminhar a lâmina e a Xerox do Laudo Médico; • Exames de Imagem: solicitar 2ª via no Setor de Imagem; • Exames Laboratoriais: Xerox ou cópia.
16.Anotar no prontuário.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem e o Assistente Social.	-	• Realizar evolução/relatório de enfermagem na saída do usuário, relatando as condições em que o mesmo saiu e anexar cópia do TFD no prontuário. • Realizar a evolução/relatório de enfermagem relatando as condições clínicas de entrega do usuário e anexar no prontuário.
17.Confirmar atendimento	Assistente Social	-	• Confirmar atendimento do usuário em hospital de destino registrar no prontuário.

Os fluxos acima descritos serão implantados após a aprovação da diretoria do hospital e a SESPA.

6.5. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, FINANCEIROS E GERAIS

6.5.1. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FATURAMENTO

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

Finalidades do Faturamento:

- Confecção das contas de todos os pacientes.
- Conservação dos sistemas de registro de todas as despesas tais como; materiais de consumo, medicamentos e exames complementares
- Confecção de relatórios estatísticos à administração, que dará subsídios para tomada de decisões, avaliação do desempenho e da produtividade da instituição.
- Preencher os sistemas de informações nacionais do DATASUS.
- Encaminhar, ao setor de documentação da instituição a documentação pertinente após o atendimento ou óbito.

Atribuições Orgânicas

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

- Recolher os prontuários dos pacientes que tiveram alta e comparar as prescrições, analisando a possibilidade da cobrança do mesmo respeitando os critérios estabelecidos pelo ministério da saúde.

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.

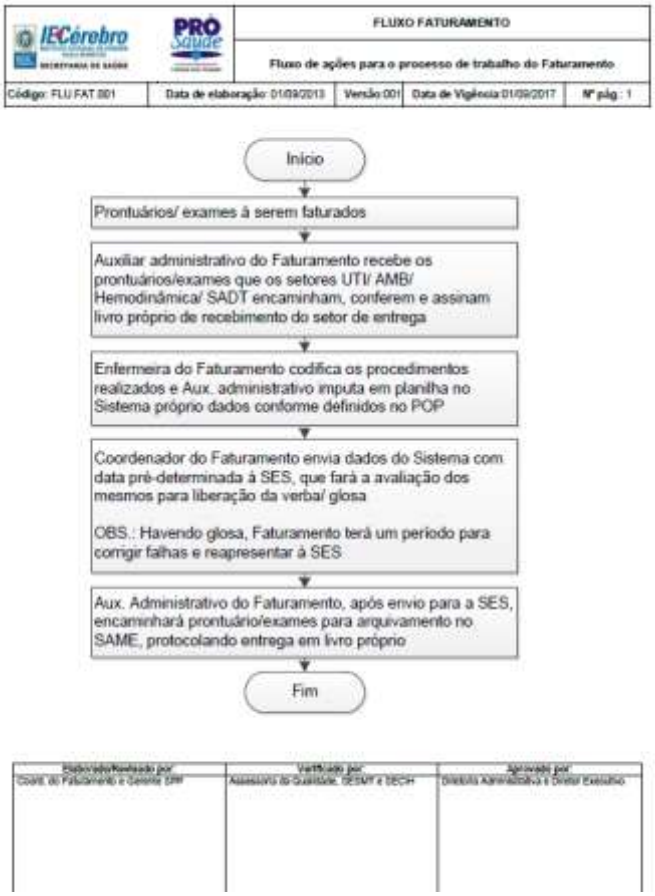
Atribuições Funcionais:

Compete ao Faturista

- Certificar-se quanto ao preenchimento correto de todos os campos cabíveis, nos documentos exigidos pelo órgão competente;
- Preparar e conferir as contas de pacientes internos;
- Zelar para que todas as contas sejam encerradas dentro dos prazos preconizados pelo órgão competente;
- Comunicar à chefia direta quaisquer informações julgadas necessárias.
- A execução das contas de todos os pacientes internos que usufruírem dos serviços prestados;
- A verificação da procedência de glosas, recorrendo às mesmas quando necessário;
- O fornecimento de todos os dados solicitados pela direção do serviço ou outrem autorizado pela mesma;
- A atualização quanto a novos procedimentos, oriundos da direção do hospital e órgãos competentes;
- Zelar pelo sigilo das informações contidas nos prontuários;
- Programar e desenvolver métodos de trabalho;
- Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Cuidar para que o ambiente de trabalho seja higiênico e agradável;
- Realizar reuniões, sempre que necessário, com outras áreas ligadas às atividades do faturamento;
- Elaborar relatórios estatísticos mensais e anuais;
- Zelar pelo material de trabalho;

Dimensionamento de Pessoal:

COLABORADORES	QTDE	CH	VINCULO
Coordenador de Faturamento	01	44	CLT
Assistente Administrativo	01	44	CLT



6.5.2. ORGANIZAÇÃO DOS 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 do Hospital. 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.
- **Dimensionamento de Pessoal:**

COLABORADORES	QTDE	CH	VINCULO
Contador	01	44	CLT
Assistente Administrativo	01	44	CLT

6.5.3. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO 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 da alta direção. Consiste em obter valores concisos e seguros da posição em que a entidade se encontra.

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 Custos 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;

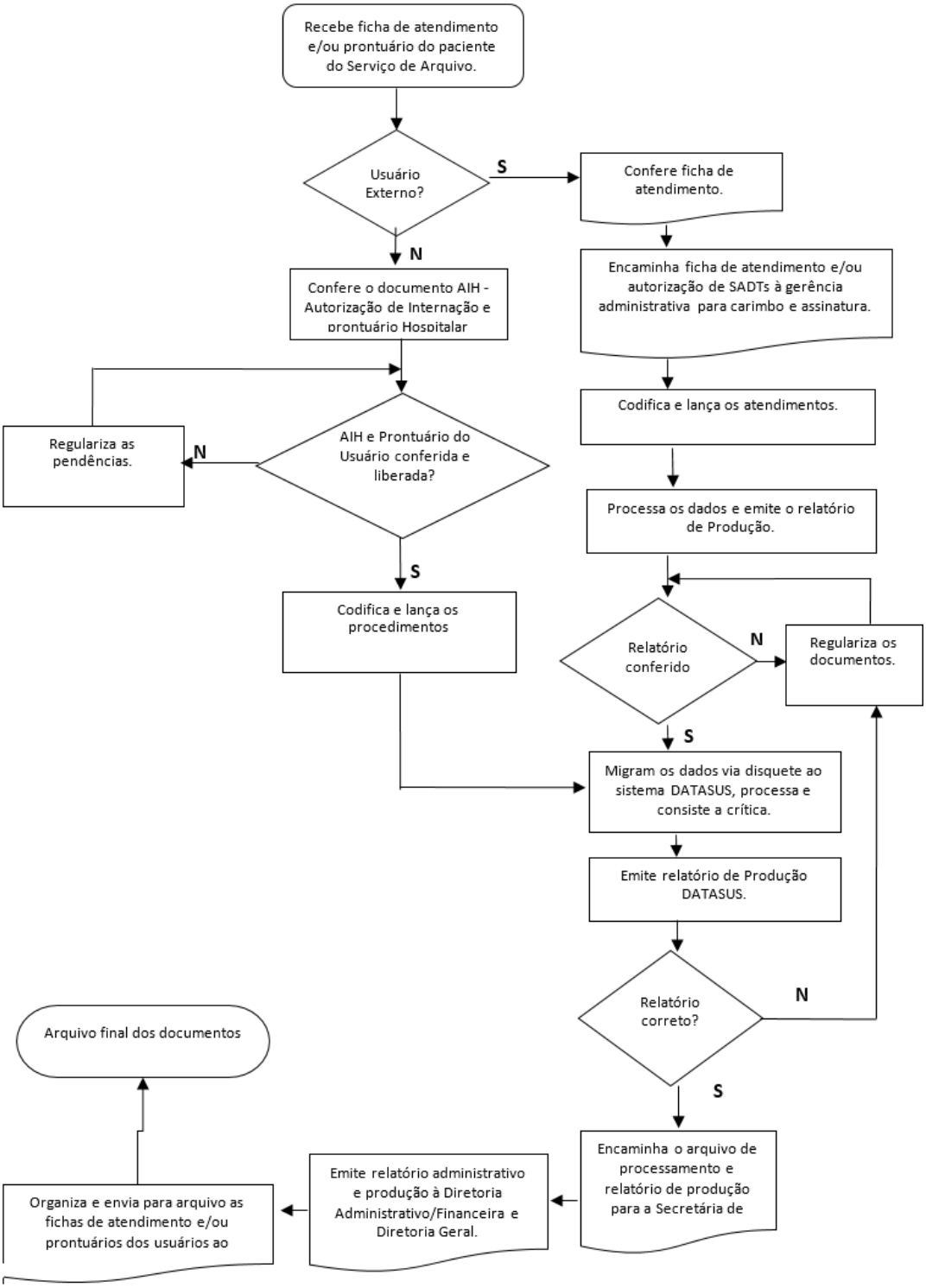
O fornecimento de todos os dados solicitados pela direção do serviço ou outrem autorizado pela mesma;

- Programar e desenvolver métodos de trabalho;
- Comparecer às 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;

Dimensionamento de Pessoal:

COLABORADORES	QTDE	CH	VINCULO
Coordenador	01	44	CLT
Assistente Administrativo	01	44	CLT

Fluxo da Documentação



6.5.4. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL

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.

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 Antropometrica	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
Central e rede de Gases Medicinais	
Pontos de Oxigênio	Mensal
Pontos de Váculo	Mensal
Pontos de Ar	Mensal
Pontos de Oxido Nitroso	Trimestral
Estrutura Predial	
Pintura de Paredes Externas	Anual
Pintura de Paredes Internas	Anual
Pintura de Portas e Janelas	3 anos
Climatização	
Ar Condicionado	Mensal
Ventiladores	Mensal
Instalações Hidráulica e Elétrica	
Análise Bacteriológica da àgua	Semanal
Limpeza das Caixas de Água	Trimestral
Checar goteiras nas torneiras	Semanal
Vistoriar os quadros de energia	Mensal

Casa das Máquinas/Mecânica	
Checar lubrificação dos componentes mecanicos	Mensal
Calandras	Quinzenal
Centrifugas	Quinzenal
Máquinas de Lavar	Quinzenal
Secadoras	Quinzenal
Elevadores	Mensal
Extintores	
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

Orçamento: O orçamento encontra-se nas planilhas de custeio.

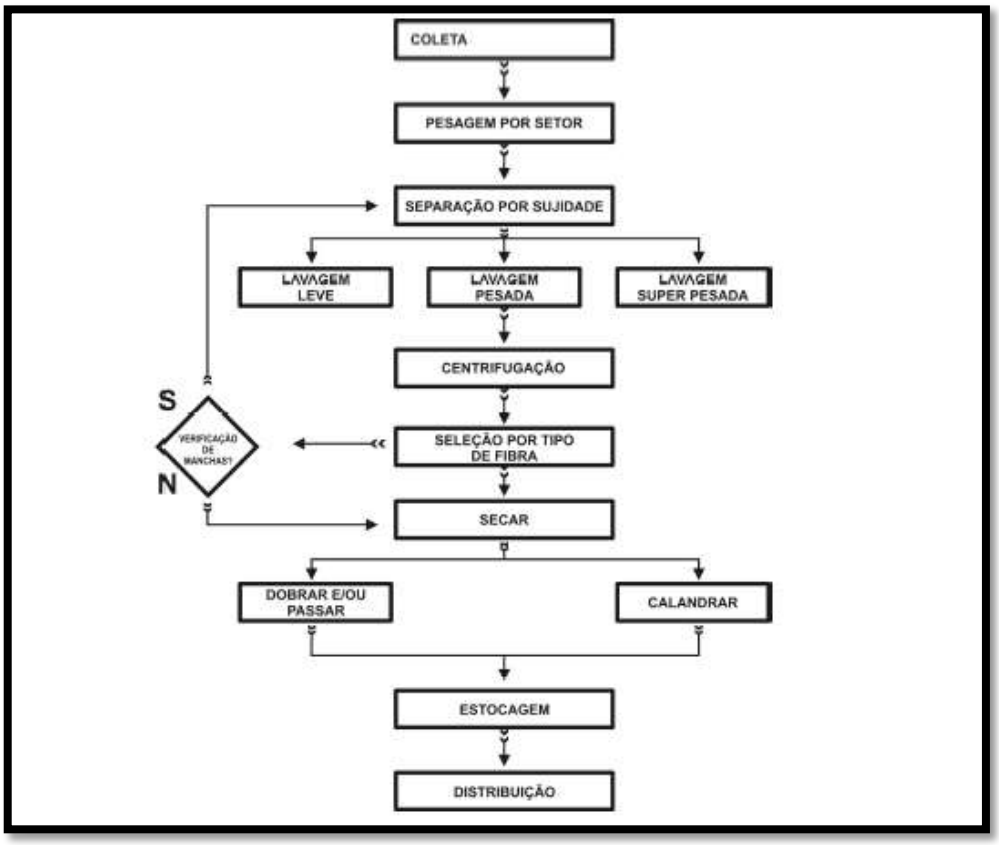
6.5.5. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS

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

Finalidade:

- Recolher toda a roupa usada no Hospital;
- Pesar, separar, processar, distribuir e controlar toda a roupa do Hospital;
- Utilizar técnicas e produtos adequados;
- Zelar para que a roupa processada não se transforme em veículo de disseminação de contaminação;
- Distribuir a roupa de acordo com a necessidade de cada unidade e nos horários previamente estabelecidos;
- Realizar inventário semestralmente e introduzir dispositivos que permitam o melhor controle possível da roupa;
- Manter o local em perfeita ordem e fazer com que os colaboradores utilizem os meios de proteção da roupa;
- Manter quadro com todas as cópias das chaves do Hospital;
- Fazer manutenção preventiva de instalações e equipamentos;
- Levantar mensalmente estatística discriminada do movimento;
- Elaborar e colocar em prática o Regimento e Manual de Organização específico do Serviço.

Fluxo do serviço:



O serviço será realizado fora do hospital, pois este não apresenta estrutura para esta finalidade.

6.5.6. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA

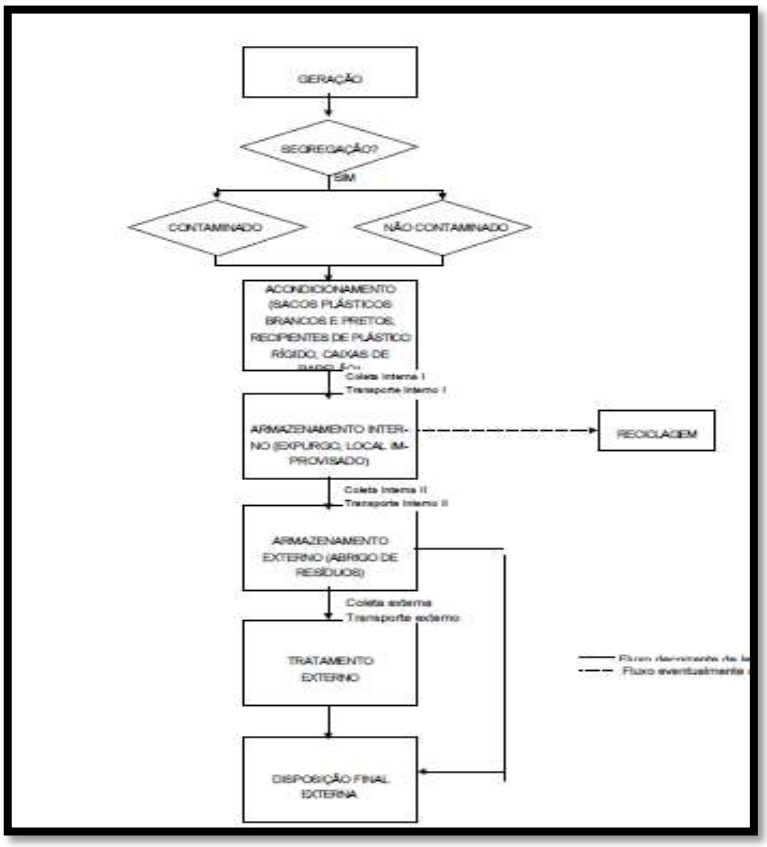
O serviço tem por objetivo prepara o ambiente do hospital para suas atividades, manter a ordem do ambiente, além de conservar equipamentos e instalações limpos em condições de higiene ideais para o manuseio.

Finalidades:

- Promover a higienização e limpeza de todo o Hospital, levando em consideração a característica de cada área;
- Fixar um horário para o serviço, em consonância com as atividades desenvolvidas em cada unidade;
- Coletar todo o lixo do Hospital fixando um fluxo específico de saída, dando-lhes tratamento e destino corretos;

- Combater permanentemente insetos e roedores; (sinatrópicos)
- Estudar com profundidade os produtos a serem utilizados para que, além de higienizarem e limparem corretamente, não danifiquem os materiais nos quais foram aplicados;
- Levantar estatística mensal do movimento;
- Fixar sistema de segurança para a limpeza de superfícies perigosas;
- Manter recipientes específicos para a coleta de materiais perfuro-cortantes;
- Promover constantemente treinamento em serviço;
- Observar e comunicar aos responsáveis, sobre defeitos encontrados em instalações e móveis;
- Elaborar e colocar em prática o Regimento e Manual de Organização específico do Serviço.

Fluxo do serviço:



O quadro de profissionais encontra-se no item 10.11.deste projeto.

Caso seja terceirizado o serviço será seguida os pré-requisitos da norma ISO 9001 que tem como objetivo garantir a qualidade no atendimento aos requisitos estabelecidos pelo cliente, seja na prestação de serviços ou na fabricação de produtos.

Os pré-requisitos que devem ser observados são:

1 - A empresa deve estar formalizada, possuir um CNPJ
2 - Atendimento a legislação pertinente ao seu negócio.
3 - Implementação de 6 procedimentos obrigatórios (controle de documentos, controle de registros, ação preventiva, ação corretiva, controle de produtos não-conforme e auditoria interna)
4 - Implementação do manual da qualidade, política e objetivos da qualidade
5- Mapeamento e interação entre processos

6.5.7. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PATRIMONIO

OBJETIVOS

O Serviço tem por objetivo permitir o controle e o acompanhamento das atividades executadas pela área de Patrimônio no concernente tombamento, movimentação, transferências e baixa de materiais para as diversas unidades da instituição.

Dentre as principais funções executadas estão:

a. Cadastramento da estrutura de localização.

b. Cadastramento dos responsáveis pela estrutura de localização.

c. Lançamento de tombamentos, baixas, transferências e movimentações.

d. Emissão de documentos que registram essas operações (termos de responsabilidade e notas de movimentação).

e. Pedido de emissão de plaquetas de número patrimonial.

f. Estimativa de valor patrimonial.

g. Relatórios de bens patrimoniais, tanto quantitativos, quanto financeiros.

h. Relatórios gerenciais.

i. Relatório e/ou consultas que permitam o acompanhamento, controle e gerência da área de Patrimônio.

Encontra-se no item 10.3.1 o modelo Manual de gestão patrimonial.

6.5.8. SERVIÇOS EVENTUALMENTE TERCEIRIZADOS

Serviços que poderão ser terceirizados:

- Segurança e Vigilância
- Locação de software de gestão hospitalar
- Manutenção corretiva e preventiva de equipamentos médicos hospitalares
- Monitorização individual e ambiental nos setores de radiologia e odontologia
- Manutenção e conservação de veículos
- Outras Manutenções
- Serviços Laboratoriais
- Serviço de Anestesia
- Outros Serviços complementares de diagnóstico
- Serviço de higienização

Caso haja terceirização de algum serviço, este deverá seguir os pré-requisitos da norma ISO 9001 que tem como objetivo garantir a qualidade no atendimento aos requisitos estabelecidos pelo cliente seja na prestação de serviços ou na fabricação de produtos.

- Os pré-requisitos que devem ser observados são:
- **1 -** A empresa deve estar formalizada, possuir um CNPJ
- **2 -** Atendimento a legislação pertinente ao seu negócio.
- **3 -** Implementação de 6 procedimentos obrigatórios (controle de documentos, controle de registros, ação preventiva, ação corretiva, controle de produtos não-conforme e auditoria interna)
- **4 -** Implementação do manual da qualidade, política e objetivos da qualidade
- **5 -** Mapeamento e interação entre processos

VII. ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

7.1. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

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 adeque 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 coparticipação

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 nexo com a atividade profissional. As ações que visam a proteção da saúde e a integridade físico-emocional dos colaboradores deverão ter o seu cumprimento determinado 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 atenderam 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 legitimo 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 do 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 distância,

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.

7.2. GESTÃO DE PESSOAS

É a área responsável por Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar, Supervisionar e executar todas as atividades relacionadas à Pessoas: Recrutamento, Seleção, Treinamento, Desenvolvimento, Gestão dos Documentos dos Trabalhadores e Segurança Ocupacional.

A Gestão de Pessoas viabiliza a estratégia e diretrizes organizacionais por meio de ações para valorização profissional, capacitação, desenvolvimento e avaliação de comportamentos e percepções.

A moderna gestão de pessoas consiste em várias atividades integradas, como descrição e análise de cargos, planejamento de RH, recrutamento, seleção, orientação

e motivação de pessoas, avaliação do desempenho, remuneração, treinamento e desenvolvimento, relações sindicais, segurança, saúde e bem-estar.

A NBR ISO 9001:2008 especifica, no item 6 da norma, os requisitos relacionados aos recursos humanos e ao ambiente onde estas pessoas executam suas atividades para a garantia da eficácia e eficiência dos processos organizacionais:

As pessoas que executam atividades que afetam a conformidade do produto devem ser competentes, com base em educação, treinamento, habilidades e experiência apropriada.

A organização deve determinar e gerenciar as condições do ambiente de trabalho necessárias para alcançar a conformidade com os requisitos do produto.

7.2.1. ATIVIDADE QUE SERÃO DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE 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.

Manual de Integração do Colaborador

Macroprocesso de Recursos Humanos (Gestão de Pessoas e Aprendizado)

INICIO	FORNECE-DOR	ENTRADAS	PROCESSOS CRÍTICOS	TERMINO	PRODUTOS OU SERVIÇOS	CLIENTES
1. Abertura de vaga 2. Levantamento de necessidade de treinamento (LNT) 3. Levantamento de necessidade de pesquisa de clima interno	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. 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
	Empresa externa especializada	Avaliação do Clima Interno	3. Gerenciamento do Clima	3. Pesquisa de clima interno realizada		

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.

Macroprocesso de Gerenciamento de Salários, Encargos e Benefícios

INICIO	FORNECE-DOR	ENTRADAS	PROCESSOS CRÍTICOS	TERMINO	PRODUTOS OU SERVIÇOS	CLIENTES
1 e 2. Necessidade de aumento/redução 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	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		2. Cumprimento da legislação trabalhista	Folha de pagamento e benefícios disponibilizados	Colaboradores

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.

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

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.

O controle de frequência dos colaboradores será feito através do ponto biométrico, aferindo-o e alimentando o sistema informatizado de gestão disponibilizado pela SESPA.

7.2.2. PERFIL DOS PROFISSIONAIS:

Abaixo descrevemos o perfil e as funções dos principais funcionários do Hospital.

Descrição das Funções e Perfil do Diretor Geral:

Cargo:	**ADMINISTRADOR**
Escolaridade mínima:	Graduação em Administração ou Administração Hospitalar
Escolaridade desejável:	Especialização em Administração Hospitalar, Gestão em Serviços de Saúde ou similar.
Requisitos técnicos	Experiência em Gestão de Unidades de Serviços de Saúde, Gestão de Pessoas de Serviços de Saúde, Implantação de Processos de Qualidade e Certificações.
Competências:	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções:	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar toda a Equipe Multiprofissional da Instituição, bem como a estrutura física (Edifício e Equipamentos), como a Estrutura Financeira.

Descrição das Funções e Perfil do Diretor / Coordenador Médico

Cargo:	**DIRETOR MÉDICO**
Escolaridade mínima:	Graduação em Medicina
Requisitos técnicos	Residência Médica em qualquer Área da Medicina. Dez anos de Atuação em Assistência Direta ao Paciente na respectiva especialidade. Experiência em Gestão de Unidades de Serviços de Saúde, Equipes Médicas e similar. Pacote Office.
Competências:	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções:	Planejar, dirigir, controlar e coordenar todas as atividades Médicas da unidade. Implantar e Fazer cumprir os Protocolos Médicos e Padronizações. Fazer com que funcione plenamente todas as Comissões e Projetos Implementados pela Diretoria.

Descrição das Funções e Perfil do Coordenador de Enfermagem

Cargo:	**DIRETOR DE ENFERMAGEM**
Escolaridade mínima:	Graduação em Enfermagem
Escolaridade desejável:	Especialização em Administração Hospitalar, Gestão em Serviços de Saúde ou similar.
Requisitos técnicos	Experiência em Gestão de Unidades de Serviços de Saúde, Gestão dos Serviços de Enfermagem. Pacote Office.
Competências:	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções:	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar todas as atividades relacionadas aos cuidados assistências da

	Enfermagem.

Descrição das Funções e Perfil do Coordenador Administrativo Financeiro:

Cargo:	**DIRETOR ADMINISTRATIVO**
Escolaridade mínima:	Graduação em Administração Hospitalar
Escolaridade desejável:	Especialização em Administração Hospitalar, Gestão em Serviços de Saúde ou similar.
Requisitos técnicos	Experiência em Gestão de Unidades de Serviços de Saúde, Gestão de Pessoas de Serviços de Saúde, Implantação de Processos de Qualidade e Certificações.
Competências:	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções:	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar toda a Equipe Multiprofissional da Instituição, bem como a estrutura física (Edifício e Equipamentos), como a Estrutura Financeira, assessorado por Diretorias específicas.

Descrição das Funções e Perfis do Cargo de Médico:

Cargo:	**MÉDICO**
Escolaridade mínima:	Graduação em Medicina
Requisitos técnicos	Residência Médica na Especialidade que atuará. Pacote Office.
Competências:	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções:	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar os Serviços ligados a esta Diretoria. Analisar relatórios e receber e despachar todos os documentos referentes a despesas com insumos, contratação de serviços e pagamento de pessoal e segurança dos trabalhadores.

Descrição das Funções e Perfil dos Supervisores:

Cargo:	**DIRETOR ADMINISTRATIVO**
Escolaridade mínima:	Graduação na área afim
Escolaridade desejável:	Especialização em Administração Hospitalar, Gestão em Serviços de Saúde ou similar.
Requisitos técnicos	Experiência em Gestão de Unidades de Serviços de Saúde, Gestão de Pessoas de Serviços de Saúde, Implantação de Processos de Qualidade e Certificações.
Competências:	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções:	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar toda a Equipe Multiprofissional da Instituição, bem como a estrutura física (Edifício e Equipamentos), como a Estrutura Financeira, assessorado por Diretorias específicas.

Descrição das Funções do Perfil do Enfermeiro:

Cargo:	**ENFERMEIROS**
Escolaridade mínima:	Graduação em Enfermagem
Escolaridade desejável:	Especialização na Área que irá atuar
Requisitos técnicos	Pacote Office.
Competências:	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, liderança, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento

Funções:	Cabe privativamente, ao enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem; prescrição da assistência de Enfermagem; prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e prestar cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

Descrição das Funções e Perfil do Farmacêutico:

Cargo:	**FARMACÊUTICO**
Escolaridade mínima:	Graduação em Química Farmacêutica
Escolaridade desejável:	Especialização em Gestão de Materiais e Logística e/ou Farmácia Hospitalar
Requisitos técnicos	Pacote Office.
Competências:	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções:	Responsável Técnico pelo planejamento, coordenação, supervisão e controle de toda aquisição, dispensação e utilização dos fármacos e medicamentos e suas consequências ao organismo humano dentro da unidade. É o responsável para atuar junto aos médicos e demais profissionais de saúde sobre a utilização de medicamentos, fiscalizando sua utilização, armazenamento e manipulação.

Descrição das Funções e Perfil do Assistente Social:

Cargo:	**ASSISTENTE SOCIAL**
Escolaridade mínima:	Graduação em Serviço Social
Escolaridade desejável:	Especialização na área Hospitalar
Requisitos técnicos	Pacote Office.
Competências:	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções:	Responsável pelo planejamento e a execução de políticas e de programas sociais voltados para o bem-estar coletivo e para a integração do indivíduo assegurado, na sociedade. O assistente social trabalha com o acompanhando, analisando e propondo ações para melhorar as condições de vida de crianças, adolescentes e adultos assegurados. Cria campanhas de alimentação, saúde, educação e recreação e implanta projetos assistenciais, realiza campanhas de segurança no trabalho

	e acompanha funcionários nas questões de saúde, finanças, sociais e familiares.

Descrição das Funções e Perfil do Psicólogo Hospitalar:

Cargo:	**PSICÓLOGO HOSPITALAR**
Escolaridade mínima:	Graduação em Psicologia
Escolaridade desejável:	Especialização Psicologia Hospitalar
Requisitos técnicos	Pacote Office.
Competências:	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções:	se dedicar ao estudo dos transtornos mentais e dos aspectos psíquicos de doenças não mentais dos assegurados hospitalizados. O Psicólogo Hospitalar atuará também junto aos familiares durante os horários de visita.

Descrição das Funções e Perfil do Fisioterapeuta:

Cargo:	**FISIOTERAPIA**
Escolaridade mínima:	Graduação em Fisioterapia
Escolaridade desejável:	Especialização na Área de Reabilitação.
Requisitos técnicos	Pacote Office.
Competências:	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções:	Atuará nas unidades de cuidados críticas e semi críticas. A função primordial do fisioterapeuta é prevenir, diagnosticar e tratar disfunções do organismo causadas por acidentes, malformação genética, vício de postura ou distúrbios neurológicos, cardíacos ou respiratórios.

Descrição das Funções E Perfil do Fonoaudiólogo:

Cargo:	**FONOAUDIÓLOGO**
Escolaridade mínima:	Graduação em Fonoaudiologia
Escolaridade desejável:	Especialização em Audiometria, Terapias de Linguagem.
Requisitos técnicos	Pacote Office.
Competências:	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções:	Prevenção, do diagnóstico, da habilitação e reabilitação da voz, da audição, da motricidade oral, da leitura e da escrita. Ele trata deficiências de fala, audição, voz, escrita ou leitura. Pode atuar em parceria com fisioterapeutas, otorrinolaringologistas, neurologistas e psicólogos. Com dentistas, trata de males que podem causar ou agravar problemas ortodônticos, como vícios de mastigação e deglutição.

Descrição das Funções e Perfil do Terapeuta Ocupacional:

Cargo:	**TERAPEUTA OCUPACIONAL**
Escolaridade mínima:	Graduação em Terapia Ocupacional
Escolaridade desejável:	Especialização em Terapia com Trabalhadores. Brinquedoteca.
Requisitos técnicos	Pacote Office.
Competências:	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções:	O terapeuta ocupacional utiliza tecnologias e atividades diversas para promover a autonomia de indivíduos com dificuldade de se integrar na vida social em razão de problemas físicos, mentais ou emocionais. O profissional elabora planos de reabilitação e adaptação social, buscando desenvolver na paciente autoconfiança e orientando-o quanto a seus direitos de cidadão. Ele atende desde recém-nascidos e crianças até adultos e idosos, para a promoção, a prevenção e a recuperação de disfunções. O terapeuta cria e faz avaliação de atividades físicas, podendo prestar atendimento individual ou em grupo.

Descrição das Funções e Perfil dos Técnicos de Enfermagem:

Cargo:	**TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**
Escolaridade mínima:	Técnico em Enfermagem
Escolaridade desejável:	Especialização na Área que irá atuar
Requisitos técnicos	Experiência em Assistência na Enfermagem e supervisão da Equipe na Área que irá atuar. Pacote Office.
Competências:	Comunicação, relacionamento, trabalha em equipe, agilidade, atenção dividida, motivação
Funções:	Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação; executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, executar atividades de desinfecção, prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, integrar a equipe de saúde; participar de atividades de educação em saúde, inclusive: executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes e participar dos procedimentos pós-morte.

Descrição das Funções e Perfil do Auxiliar Administrativo (Faturista):

Cargo:	**AUX. ADMINISTRATIVO - FATURISTA**
Escolaridade mínima:	Ensino Médio
Requisitos técnicos	Pacote Office.
Competências:	Relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, responsável, comunicação verbal e escrita, senso crítico, empatia, atenção concentrada
Funções:	Faturar as contas de Pacientes, denominadas contas Hospitalares, emissão de relatórios, codificações de procedimentos.

Descrição das Funções e Perfil das Auxiliares Administrativos:

Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
Escolaridade mínima:	Ensino Médio
Escolaridade desejável:	Cursos de Aperfeiçoamento em Atendimento ao Público.
Requisitos técnicos	Atendimento ao público, boa digitação. Desejável experiência na área hospitalar. Boa apresentação pessoal. Pacote Office.
Competências:	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções:	Responsável pelas atividades e procedimentos que processam os contactos, com familiares, médicos, enfermagem e outros profissionais que buscam informações na unidade. Normalmente é da responsabilidade da Recepção , dar informações a clientes, receber reclamações, entre muitas outras tarefas que resultam do contacto com os diversos agentes relacionados com a unidade.

Descrição das Funções e Perfil do Auxiliar de Farmácia:

Cargo:	AUXILIAR DE FARMÁCIA
Escolaridade mínima:	Ensino Médio
Escolaridade desejável:	Experiência em Farmácia Hospitalar
Requisitos técnicos	Pacote Office.
Competências:	Trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, responsabilidade, comunicação, negociação, comprometimento, disponibilidade, ética, tomada de decisão.
Funções:	Responsáveis pelo recebimento, estocagem e dispensação dos fármacos e materiais solicitados e dispensação dos mesmos.

7.2.3. POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) tem por objetivos a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, a prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho. O decreto da PNSST foi publicado no Diário Oficial da União.

São princípios da PNSST o fortalecimento da universalidade, o diálogo social e a integralidade de ações.

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho aponta como prioritárias as ações de promoção e proteção sobre as de assistência, reabilitação e reparação.

A Pró-Saúde pautará suas ações em consonância com o PNSST.

7.2.4. PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL - PCMSO – Nº 07

O PCMSO é previsto pela Portaria do Ministério do Trabalho número 3214 de 08/06/78; a qual determina que todos os empregadores ou instituições que admitam trabalhadores como empregados regidos pela CLT, elaborem e implementem tal programa.

O mesmo tem por objetivo a promoção e a preservação da saúde dos trabalhadores, bem como a prevenção e diagnóstico precoce de doenças relacionadas às funções desempenhadas e ao ambiente de trabalho. Este trabalho é realizado por Médico do Trabalho.

A Pró-Saúde pautará suas ações em consonância com o PCMSO.

7.3. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

7.3.1. DIMENSIONAMENTO EQUIPE TÉCNICA

Na sequência apresentamos o quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total (em reais), por perfil de profissional, sem a incidência dos encargos patronais.

Categoria	Qtd	Carga Horário	Salário Base (1)	Grupo
Diretor Geral	1	44	19.000,00	ADM
Gerente Administrativo e Financeiro	1	44	12.862,07	ADM
Diretor Técnico	0	44	PJ	ADM
Gerente de Enfermagem	1	44	10.000,00	ADM
Assistente Administrativo	1	44	1.530,90	ADM
Médico Infectologista	1	20	8.504,75	ADM
Enfermeiro SCIH	1	44	3.515,29	ADM
Técnico de Enfermagem	1	44	1.518,00	ADM
Auxiliar Administrativo	1	44	931,88	ADM
Enfermeiro da Qualidade	1	44	3.515,29	ADM
Auxiliar Administrativo	1	44	931,88	ADM
Supervisor de Enfermagem	5	44	3.515,29	ASS
Enfermeiro	56	36	2.664,82	ASS
Técnico de Enfermagem	192	36	1.127,92	ASS
Físico Nuclear	1	44	15.000,00	ASS

Auxiliar Administrativo - Escriturário	10	36	931,88	ASS
Enfermeiro NEP	1	44	3.515,29	ADM
Assistente Social	3	30	2.154,98	ASS
Psicólogo	2	30	3.160,74	ASS
Recreacionista	3	36	926,71	ASS
Técnico de Radiologia	9	20	1.576,00	S.A.D.T
Auxiliar Administrativo	2	44	931,88	S.A.D.T
Odontólogo	0	20	4.000,00	ASS
Fisioterapeuta	12	30	2.586,03	ASS
Fonoaudiólogo	1	30	2.586,03	ASS
Terapeuta Ocupacional	1	30	2.586,03	ASS
Assistente Administrativo	1	44	1.530,90	ADM
Auxiliar Administrativo	1	44	931,88	ADM
Contador	1	44	5.683,66	ADM
Assistente Administrativo	1	44	1.530,90	ADM
Auxiliar Administrativo (Patrimônio)	1	44	931,88	ADM
Assistente Administrativo	1	44	1.530,90	ADM
Auxiliar Administrativo	1	44	931,88	ADM
Supervisor de RH	1	44	3.544,66	ADM
Auxiliar Administrativo	2	44	931,88	ADM
Faturista	3	44	1.292,77	ADM
Assistente Administrativo	1	44	1.530,90	ADM
Farmacêutico RT	1	44	3.707,53	ADM
Farmacêutico	5	36	3.033,44	ADM
Auxiliar de Farmácia	16	36	1.290,46	ADM
Comprador	1	44	1.871,10	ADM
Encarregado de Suprimentos	1	44	2.274,81	ADM
Assistente Administrativo	1	44	1.530,90	ADM
Almoxarife	3	44	1.077,52	ADM
Supervisor de Atendimento	1	44	3.229,87	ADM
Recepcionista	18	36	1.130,39	ADM
Telefonista	3	36	1.130,39	ADM
Vigilante	15	36	931,88	ADM
Técnico de Informática	7	36	1.180,91	ADM
Engenheiro do Trabalho	0	20	5.051,15	ADM
Médico do Trabalho	0	20	8.504,75	ADM
Técnico em Segurança do Trabalho	2	44	2.183,68	ADM
Jovem Aprendiz	3	30	537,27	
Supervisor de Hotelaria	1	44	3.190,20	ADM
Líder SHL	2	36	1.095,32	ADM
Auxiliar de Higiene Limpeza	50	36	796,64	ADM
Auxiliar de Higiene Limpeza Externa	2	36	796,64	ADM
Auxiliar de Lavanderia (Rouparia)	7	36	809,08	ADM
Nutricionista RT	1	44	3.160,70	ADM
Nutricionista	3	44	3.160,70	ASS
Copeiro	16	36	809,08	ADM
Encarregado de	1	44	2.274,81	ADM

Manutenção				
Auxiliar de Manutenção	10	36	1.131,94	ADM
TOTAL	492		**724.290,33**	

7.3.2. ESPECIALIDADE MÉDICAS

Na sequência apresentamos as especialidades médicas estimadas.

Cardiologia
Nefrologia
Medicina Intensiva
Enfermaria de Pediatria (oncologia clínica
Enfermaria de Pediatria (oncologia pediátrica)
Ginecologia Oncológica
Hematologia + transplante medula óssea
Mastologia
Ortopedia
Cirurgia Geral Oncológica
Cirurgia Torácica
Anestesiologia
Diretoria Técnica
Odontologia

Se durante o decorrer do projeto for necessária a implantação de qualquer outra especialidade médica esta deverá ser considerada como aditivo de contrato.

Na sequência apresentamos resumo do perfil de todos os profissionais que irão trabalhar no Hospital com a expressão da carga horária semanal distribuída pelos dias da semana e com o enunciado do horário de trabalho.

7.4. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Abaixo encontra-se o cronograma para o início das atividades no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência

	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES												
ABERTURA DO SERVIÇO													
AÇÕES	**Responsável**	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Definição dos Diretores e Coordenadores	Sede Pró-Saúde												
Processo seletivo da equipe assistencial necessária	R. H.												
Contratação de serviços terceirizados	R. H.												
Definição e/ou Locação de Áreas de Apoio/Administrativa	Diretor Geral												
Aquisição de equipamentos e mobiliários	Diretor Geral												
Treinamento e Capacitação da Equipe	RH/Dir. Enf.												
Início das atividades	Coordenador Geral												
Implantação de novos Protocolos	Diretores da unidade												
Definição dos coordenadores das Comissões													
Análise dos indicadores													

Na tabela abaixo se encontra discriminadas as fases do plano de gestão e o tempo necessário para sua implantação.

FASE	ESCOPO DA FASE	ESPECIFICAÇÃO DA FASE	CRONOGRAMA DA FASE
I	**INTEGRAÇÃO AO** **MODELO DE GESTÃO** **Levantamento de informações e dimensionamento da estrutura físico-funcional.** **Plano de Controle das Metas Contratuais** **Comitê Interno de Melhorias**	-Dimensionamento e avaliação da qualificação da equipe -Dimensionamento e avaliação das condições dos equipamentos, mobiliário e instalações -Dimensionamento e avaliação da infraestrutura e fluxos de trabalho -Dimensionamento e avaliação da logística da instituição -Levantamento dos documentos fiscais e legais -Levantamento de informações estatísticas de produção -Avaliação de serviços terceirizados -**Elaborar e implementar o Plano de Cumprimento das Metas Contratuais e monitoramento do perfil epidemiológico do Hospital** -Criar infraestrutura responsável por alinhar com toda equipe do Hospital os planos de trabalho e padrões institucionais a serem aplicados	4 meses Mês 1 a 4
II	**ORGANIZAÇÃO FÍSICA DO HOSPITAL** **Preparação da organização física do hospital em todos os seus setores, áreas internas e externas.**	-Avaliação do Hospital pelo RO – Requisitos de Organização -Geração dos Planos de Organização Física Setorial	4 meses Mês 4 a 7

III	**ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO DO HOSPITAL** **- Avaliar objetivamente a situação do hospital no que se refere à organização dos processos de trabalho existentes (setores).** **- Estabelecer um plano de melhorias, com prioridade na adequação legal, mapeamento de processos, padronização de rotinas.**	**Avaliação do Hospital pelo RAG – Requisitos de Apoio a Gestão** **Geração dos Planos de Melhorias Setoriais** **-Mapeamento dos processos de trabalho** **-Iniciar a descrição, validação e aplicação dos procedimentos críticos de trabalho** **-Procedimentos técnicos alinhados a legislação** **-Manual de Gestão** **-Manuais Técnicos** **- IT Instruções de Trabalho** **-Comissões Obrigatórias** **-Regimentos Obrigatórios**	**Início no Mês 6** **Processo contínuo**
-	**GESTÃO ESTRATÉGICA**	**Planejamento do próximo ciclo contratual**	**Mês 12**

VIII. ASPECTOS DE QUALIDADE

As propostas de atividades voltadas à qualidade têm por objetivo obter e garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes.

Abaixo apresentamos propostas de atividades voltadas à qualidade, utilizadas pela Pró-Saúde

A Pró-Saúde tem por objetivo buscar a cerificação de qualidade (ONA ou JCHA) para os hospitais que administra, desde que haja interesse da SESPA em financiar o projeto.

8.1. MODELO DE GESTÃO DA QUALIDADE

8.1.1. RAG – REQUISITOS DE APOIO A 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.

8.1.2. 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 se referem a infraestrutura 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.

8.2. QUALIDADE OBJETIVA

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

As comissões abaixo, entre outras, serão implantadas no Hospital.

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- Comissão de Óbitos

- Comissão de Prontuários
- Comissão de Ética Médica
- Comissão de Farmácia

Abaixo descreveremos as mesmas com seu respectivo cronograma e modelos de Regimentos.

8.2.1. ESPECIFICAÇÃO DAS COMISSÕES TÉCNICAS

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

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

Atribuições

- Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para o controle de infecção hospitalar;
- Avaliar sistematicamente o Programa de Controle de Infecção Hospitalar - PCIH, e o Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas do serviço;
- Estimular o quadro técnico do serviço 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 serviço, 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 Unidade	01
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua na Unidade	02
Farmacêutico	Profissional com formação em Farmácia, com título de especialista e que atua no Serviço de Farmácia	01
Bioquímico ou Biomédico	Profissional com formação em Biologia, Farmácia e Bioquímica ou Biomedicina, com título de especialista e que atua no Laboratório de Análises Clínicas e Microbiologia	01
Administrador	Profissional com formação em Administração, com título de especialista e que represente a Direção da Unidade	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	Continuo
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.

REGIMENTO (MODELO)

Considerando que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem por objetivo:

- Detectar casos de infecção hospitalar, seguindo critérios de diagnósticos previamente estabelecidos.
- Fazer cumprir as Diretrizes estabelecidas no Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) por meio de sua operacionalização no hospital.

- Conhecer as principais infecções hospitalares detectadas no serviço e definir se a ocorrência destes episódios de infecção está dentro de parâmetros aceitáveis. Isto significa conhecer a literatura mundial sobre o assunto e saber reconhecer as taxas aceitáveis de infecção hospitalar para cada tipo de serviço.
- Elaborar normas de padronização para que os procedimentos realizados na instituição sigam uma técnica asséptica (sem a penetração de microrganismos), diminuindo o risco de o paciente adquirir infecção.
- Colaborar no treinamento de todos os profissionais da saúde no que se refere à prevenção e controle das infecções hospitalares.
- Realizar controle da prescrição de antibióticos, evitando que os mesmos sejam utilizados de maneira descontrolada no hospital.
- Recomendar as medidas de isolamento de doenças transmissíveis, quando se trata de pacientes hospitalizados.
- Oferecer apoio técnico à administração hospitalar para a aquisição correta de materiais e equipamentos e para o planejamento adequado da área física das unidades de saúde.

Considerando que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital XXXXXX norteará seus atos pelos princípios Portaria Nº. 2616 de 12/05/98, do Ministério da Saúde, pelo humanismo, Código de Ética e vocação do Hospital e deve obedecer sempre ao preconizado pelo instrumento máximo desta instituição, o Manual de Gestão do Hospital.

Considerando que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (C.C.I.H.) visa coordenar as atividades de investigação, prevenção e controle, objetivando reduzir a incidência e a gravidade das infecções hospitalares às menores taxas possíveis, sendo que, deve-se entender por infecção hospitalar qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em Hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

Considerando que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar desempenha um papel de extrema relevância junto à Instituição Hospitalar, uma vez que, as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos pacientes, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, de vigilância sanitária entre outras.

A presente Comissão foi composta na data de ___/_____/_____, formada, na sala de reuniões do Hospital Municipal de São José do Ribamar com o intuito primário de avaliar e controlar os riscos e os episódios de infecção hospitalar, por meio de

acompanhamento, controle e treinamentos com as equipes envolvidas no contato direto e indireto ao paciente.

A eleição dos membros desta comissão se deu por indicação da Direção do Hospital, com validade indeterminada, sendo as cadeiras da comissão sempre preenchidas pelos ocupantes dos cargos representantes. São eles:

- Enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
- Médico Responsável pelo Depto. de Infectologia
- Diretor de Enfermagem (RT)
- Enfermeiro responsável pelo setor de Qualidade
- Diretor Técnico
- Diretor Geral ou representante
- Coordenador de SHL
- Farmacêutico responsável (RT)

Faz-se, portanto, neste momento a abertura oficial da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, tendo como os membros atuais:

Integrante	Registro Conselho	Função na Organização	Função da Comissão

A Comissão poderá, eventualmente, ser solicitada a formação de um Grupo de Trabalho Específico, conforme a necessidade da avaliação presente, ou seja, dependendo da situação de análise em voga, pode ser chamado um médico (a) da especialidade, enfermeiro (a) entre outros para análise da situação, sendo considerado como membro flutuante da comissão.

Os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverão encontrar-se mensalmente, conforme cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

A ausência em 03 reuniões seguidas implicará em desligamento da Comissão, a substituição do membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será feita imediatamente por indicação do Presidente.

A CCIH tem por **Competência**:

I. Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da Instituição, contemplando no mínimo, ações relativas a:

II. Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares.

a) Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção de controle das infecções hospitalares.

b) Capacitação dos profissionais da Instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares.

c) Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

III. Avaliar periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

IV. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado,e implantar medidas imediatas de controle.

V. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da Instituição e às Chefias de todos os setores do Hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar.

VI. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico- operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções hospitalares em curso no Hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento.

VII. Definir, em cooperação com o Setor de Farmácia, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico- hospitalares para a Instituição.

VIII. Cooperar com a ação do órgão de gestão do Sistema Único de Saúde, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

IX. Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do sistema público de saúde, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Os membros da CCIH têm por **Atribuições**:

Ao Coordenador da CCIH, atribuem-se:

I. Representar a CCIH dentro do hospital, inclusive na Diretoria.

II. Elo de ligação entre a CCIH e a administração.

III. Escolher os membros para composição da CCIH, com o mínimo de 1 (um) médico com conhecimentos em Epidemiologia e 1 (um) enfermeiro: dentro dos padrões estipulados pela Portaria Nº. 2616 de 12/05/98, do Ministério da Saúde.

IV. Manter um programa de Infecção Hospitalar de acordo com os padrões determinados pela Lei Nº. 9431, de 06/01/97.

V. Estabelecer, junto com o SCIH, sistema operacional prático para as notificações e avaliações das infecções hospitalares.

VI. Convocar reuniões mensais ordinárias e/ou extraordinárias quando necessário.

VII. Incentivar pesquisas na área de controle de infecções hospitalares.

VIII. Solicitar à Administração, quando necessário, recursos para implementação dos programas propostos pelo SCIH.

IX. Enviar à Administração, relatórios mensais de atividades da CCIH.

X. Cumprir e fazer cumprir o Regimento da CCIH.

Ao Vice-Coordenador da CCIH, atribuem-se:

I. Substituir o Coordenador, quando do impedimento deste ou quando delegado.

II. Cooperar com o Coordenador nas atividades que visem o controle de infecções hospitalares.

III. Participar das reuniões da CCIH.

IV. Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento.

Ao Microbiologista, atribuem-se

I. Informar em sistema on-line, em tempo real ao SCIH sobre a presença de microorganismos incomuns ou perigosos ao hospital.

II. Realizar exames sorológicos, bacteriológicos e parasitológicos do Hospital.

III. Realizar culturas em locais mais propícios a infecções.

IV. Pesquisar sobre e atualizar os modelos de sensibilidade a antibióticos.

V. Realizar o controle de qualidade dos exames.

VI. Identificar todos os materiais tidos como contaminados.

VII. Dar apoio e participar da investigação epidemiológica e treinamento de pessoal.

VIII. Elo de ligação entre Laboratório e Corpo Clínico do hospital.

IX. Estabelecer normas para coleta, transporte e manuseio de amostras para cultura.

X. Padronizar critérios de aceitação e/ou rejeição de pedidos médicos para realização de cultura.

XI. Padronizar, juntamente com o SCIH, os antibiogramas realizados, adequando-os às circunstâncias clínicas.

XII. Implementar novos avanços no diagnóstico microbiológico, através da participação nos programas de controle de qualidade da Sociedade Brasileira de Microbiologia, de acordo com o Manual de Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Hospitalar, 1ª edição, 1991, do Ministério da Saúde e ou bibliografias atuais vigentes.

XIII. Cooperar na elaboração da padronização de antibióticos, soluções e desinfetantes.

XIV. Participar das reuniões da CCIH.

XV. Emitir relatório mensal do perfil epidemiológico das culturas realizadas.

Ao Enfermeiro, atribuem-se:

I. Ser membro executor do Serviço de Infecção Hospitalar do Hospital.

II. Realizar a vigilância epidemiológica sistemática, busca ativa através de:

- Visitas regulares às unidades de internação.
- Revisão diária dos prontuários.

III. Verificação das anotações de enfermagem, pesquisando indícios de hiperemia, uso de antibióticos, drenagens de secreções, sondagens, e/ou outros indicativos de infecção, principalmente em pacientes com probabilidade de adquirir infecção hospitalar.

IV. Verificação de exames laboratoriais.

V. Laudos de RX.

VI. Verificação do tempo de uso de antibioticoterapia.

VII. Monitorizações diárias de procedimentos invasivos.

VIII. Realizar campanhas educativas, principalmente quanto à lavagem das mãos.

IX. Realizar supervisão técnica em todos os setores ligados à infecção hospitalar: CME, SND, Lavanderia e Limpeza.

X. Realizar reciclagens de técnicas e procedimentos.

XI. Orientação técnica para isolamentos e/ou precauções universais.

XII. Participar de reuniões da CCIH.

XIII. Atuar na orientação, treinamento, e supervisão dos atos de enfermagem de acordo com a CCIH.

XIV. Codificação dos dados obtidos na busca ativa.

XV. Realizar visitas diárias ao berçário e UTI, orientando quanto aos procedimentos de risco.

XVI. Estabelecer metodologia própria, visando o controle de pacientes que retornem ao Ambulatório e consultórios médicos.

XVII. Participar de padronização de antibióticos.

XVIII. Orientar e emitir laudos técnicos, quando da aquisição de materiais e equipamentos de uso de enfermagem.

XIX. Ser elo de ligação entre o serviço de enfermagem e a CCIH.

XX. Orientar na execução de testes biológicos, semanais, nas autoclaves.

XXI. Elaborar relatório mensal de atividades.

XXII. Interagir com a farmácia hospitalar, quanto a treinamentos, controle de qualidade dos medicamentos e materiais e/ou outros.

Ao Farmacêutico, atribuem-se:

I. Elaborar o levantamento do consumo mensal de antibióticos, de acordo com a Portaria 2.616 de 12 de Maio de 1998, do Ministério da Saúde.

II. Responsabilizar-se pela diluição de desinfetantes e soluções usadas na Instituição.

III. Cooperar e participar nas normas de padronização do uso de antimicrobianos aprovados no estudo de sensibilidade bacteriana.

IV. Preparar, controlar e armazenar as soluções para nutrição parenteral e enteral, inclusive com encaminhamento de amostras para cultura e controle de qualidade, de acordo com a Resolução CFF Nº. 247 de 08/03/93.

V. Notificar periodicamente, o custo das drogas de maior consumo no hospital, bem como de suas alternativas similares.

VI. Padronizar a metodologia para o preparo de soluções para nutrição parenteral e diluições.

VII. Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa sobre estabilidade das soluções, toxicidade dos produtos químicos, espectro de ação antimicrobiana, interação entre medicamentos, produtos químicos e correlatos, entre outras.

VIII. Manter registro de informações para subsidiar programas de farmacovigilância.

IX. Avaliar as interações medicamentosas, drogas nutrientes e outros.

X. Elaborar e supervisionar rotinas específicas para manipulação de drogas e soluções, no laboratório da farmácia, assim como quanto à embalagem e estocagem destes produtos.

XI. Informar ao SCIH o uso inadequado de qualquer produto que vise o controle profilático ou terapêutico da infecção hospitalar.

XII. Participar da educação continuada.

XIII. Colaborar e participar das avaliações microbiológicas dos produtos usados pelo hospital.

XIV. Emitir parecer técnico/científico sobre todos os produtos químicos, esterilizantes, desinfetantes, degermantes, anti-sépticos e ceras usadas na limpeza comum, hospitalar e na desinfecção e assepsias.

XV. Emitir relatório mensal do perfil epidemiológico das culturas realizadas.

Ao Médico, atribuem-se:

I. Interagir com o Corpo Clínico, no sentido de fazer cumprir as determinações do SCIH.

II. Promover treinamento para residentes e/ou acadêmicos, na área de sua competência.

III. Avaliar e sugerir, as prescrições médicas no que se refere ao uso de antibióticos, considerando seu tempo de ação e coeficiente sensibilidade/resistência.

IV. Avaliar pacientes pré e pós-cirúrgicos, quanto ao risco de infecção hospitalar.

V. Avaliar e determinar a necessidade de isolamento e/ou precauções universais.

VI. Orientar quanto à realização e necessidade de culturas microbiológicas.

VII. Participar das atividades de treinamento, de maneira generalizada.

VIII. Representar a CCIH, quando for determinado.

IX. Elaborar relatórios mensais de atividades do SCIH, incluindo os índices de infecção detectados, por clínica, topografia, geral e outros.

X. Verificar e orientar normas de admissão de pacientes e de assepsia.

XI. Participar das reuniões da CCIH.

XII. Acompanhar programas de imunização dos funcionários e/ou profissionais.

Ao Representante da Administração, atribuem-se:

I. Prever e prover local apropriado para o funcionamento da CCIH e do SCIH.

II. Intermediar junto à administração superior das necessidades financeiras dos Programas de Controle de Infecções Hospitalares.

III. Estabelecer normas para os visitantes.

IV. Participar ativamente das campanhas educativas promovidas pelo SCIH.

V. Assegurar a participação dos vários serviços do hospital na CCIH.

VI. Participar das reuniões da CCIH.

VII. Assegurar ligação contínua com as autoridades de saúde e com outros órgãos relacionados ao controle de infecções hospitalares.

VIII. Avaliar e agilizar as solicitações cabíveis que auxiliam no bom desempenho da CCIH e do SCIH.

IX. Propiciar recursos humanos e materiais para a implantação dos programas de controle de infecções hospitalares.

X. Apoiar e divulgar os boletins epidemiológicos elaborados pelo SCIH.

XI. Publicar, divulgar e implementar o Regimento da CCIH e do SCIH, visando a orientação e conhecimento de toda a comunidade hospitalar.

XII. Divulgar amplamente em todo o hospital a Campanha da Lavagem das Mãos.

XIII. Avaliar, constantemente, a atuação da CCIH e do SCIH.

XIV. Promover debates, no âmbito hospitalar sobre o Controle de Infecções.

XV. Facilitar pesquisas e a participação dos membros da CCIH em congressos, cursos orientados para profilaxia, controle e combate às infecções Hospitalares.

XVI. Prever serviços e instalações adequadas para as atividades relacionadas à microbiologia.

XVII. Desempenhar tarefas afins.

Ao Secretário da CCIH, atribuem-se:

I. Manter os arquivos e fichários em ordem e atualizados.

II. Redigir as atas das reuniões da CCIH, em livros próprios.

III. Expedir as correspondências da CCIH e do SCIH.

IV. Executar os serviços de datilografia e/ou digitação.

V. Atender as determinações do Coordenador da CCIH.

VI. Protocolar correspondência recebida e enviada.

VII. Por determinação do Coordenador da CCIH, convocar reuniões ordinárias e extraordinárias.

VIII. Manter o quadro de avisos em ordem.

IX. Manter os boletins mensais da CCIH.

X. Manter atualizados os registros de dados para fins estatísticos.

Fica legitimado, portanto, o inicio das atividades da presente Comissão.

_____

PRESIDENTE

_____

VICE-PRESIDENTE

HOSPITAL XXXXXXXX

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	Predidente 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			■			■			■			■

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 serviço. 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 serviço e tem por finalidade analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

Atribuições

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;
- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;

- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas;
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	Qtd
Médico Clínico	Profissional com formação em medicina, com residência e que atua na Unidade.	02
Médico Cirurgião	Profissional com formação em medicina, com residência e que atua na Unidade.	02
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua na Unidade.	02
Administrador	Profissional com formação em Administração, com título de especialista e que represente a Direção da Unidade.	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	Continuo
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.

REGIMENTO (MODELO)

A seguir um modelo de Regimento que poderá ser adaptado para a unidade:

Considerando que a revisão de óbitos é um importante instrumento de controle de qualidade nas instituições hospitalares;

Considerando que a progressiva complexidade dos serviços e o avanço técnico e científico da medicina, exigem uma constante avaliação.

Considerando que o conhecimento das causas da morte pode contribuir para o aprimoramento da assistência à saúde.

Considerado a necessidade de envolver e sensibilizar os gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a magnitude e importância da mortalidade infantil e fetal, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo, na forma de relatórios, boletins, publicações, reuniões e eventos científicos;

Considerando a necessidade de estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados;

Considerando a responsabilidade da Comissão em monitorar a situação e distribuição dos óbitos infantis e fetais, seus componentes e fatores de risco;

Considerando que é orientação do CRM atender a Resolução CFM n.1897 de 17 de abril de 2009 encontrando maior especificidade na Resolução CREMESP n.114 de 01 de março de 2005.

Cabe aos representantes da Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na organização, bem como dos laudos de todas as necropsias, solicitando, inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal e do Serviço de Verificação de Óbitos.

A Comissão de Revisão de Óbito deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da instituição, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios ao Diretor Técnico.

A responsabilidade de presidir e conduzir a Comissão de Revisão de Óbito recai no Diretor Técnico, como Presidente, e no Coordenador Clínico, como Vice-presidente. O número de membros da Comissão não poderá ser inferior a 03 (três) médicos, e seus mandatos deverão coincidir com o mandato do Diretor Técnico. Outros profissionais da área da saúde poderão compor o rol de membros da Comissão de Revisão de Óbitos.

A participação de pelo menos dois membros da Comissão de Revisão de Óbito não poderá ser concomitante na Comissão de Ética, Revisão de Prontuário e/ ou Controle de Infecção Hospitalar.

Faz-se, portanto, neste momento a abertura oficial da Comissão de Revisão de Óbito, tendo em seu primeiro mandato os membros.

Integrante	Registro Conselho	Função na Organização	Função da Comissão

A Comissão poderá, eventualmente, ser solicitada a formação de um Grupo de Trabalho Específico, conforme a necessidade da avaliação presente, ou seja, dependendo da situação de análise em voga, pode ser chamado um médico (a) da especialidade, enfermeiro (a) entre outros para análise da situação, sendo considerado como membro flutuante da comissão.

Os membros da Comissão de Revisão de Óbito deverão encontrar-se trimestralmente, conforme cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

A ausência em 03 reuniões seguidas implicará em desligamento da Comissão, a substituição do membro da Comissão será feita imediatamente por indicação do Presidente.

A Comissão de Óbitos tem por **Competência**:

I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados.
II. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito.
III. Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos.
IV. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento das declarações de óbitos.
V. Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes.
VI. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações de óbito nos prontuários.
VII. Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade).
VIII. Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos).
IX. Zelar pelo sigilo ético das informações.

X. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado.

XI. Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

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

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

XIV. Identificar os óbitos evitáveis como eventos-sentinela, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com uma adequada assistência à saúde;

XV. Promover um processo de educação continuada dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, como a Declaração de Óbito, além dos registros de atendimento nos prontuários ambulatorial;

XVI. Identificar e recomendar estratégias e medidas de atenção à saúde necessária para a redução, com destaque para as mortes por causas evitáveis;

XVII. Elaborar relatório analítico semestral/anualmente e encaminhar aos gestores nos diversos níveis da assistência.

Os membros da Comissão de Óbito têm por **Atribuições**:

Ao Presidente, atribuem-se:

I. Convocar e presidir as reuniões.

II. Indicar seu vice-presidente.

III. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.

IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovadas pelos membros desta.

V. Fazer cumprir as competências descritas neste documento. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

VI. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Ao Secretário, atribuem-se:

I. Organizar a ordem do dia;

II. Receber e protocolar os processos e expedientes;

III. Lavrar a ata das sessões/reuniões.

IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.

V. Organizar e manter o arquivo da comissão.

VI. Preparar a correspondência.

VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

VIII. Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

A presente Comissão foi composta na data de ___/___/___, formada, com o intuito primário de avaliar e revisar todos os casos de óbitos desta instituição.

Fica legitimado, portanto, o início das atividades da presente Comissão.

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	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						■					■	

COMISSÃO DE 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 intensivista 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	Continuo
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

REGIMENTO (MODELO)

A seguir um modelo de Regimento que poderá ser adaptado para a unidade:

Considerando que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

Considerando que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a eles pertinentes;

Considerando que o teor da Resolução CFM nº 1.605/2000, que dispõe sobre o fornecimento das informações do prontuário à autoridade judiciária requisitante;

Considerando o volume de documentos armazenados pelos estabelecimentos de saúde em decorrência da necessidade de manutenção dos prontuários;

Considerando a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

Considerando o disposto na Resolução CFM nº 1.638/2002, de 10 de julho de 2002, que define o prontuário médico e cria as Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde;

Considerando o disposto na Resolução CFM nº 1.639/2002 o qual Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre o tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências;

Considerando o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

A responsabilidade de presidir e conduzir a Comissão de Revisão de Prontuários recai no Diretor Técnico, como Presidente, e no Coordenador Clínico, como Vice-presidente, ficando a seus critérios ético e técnico a escolha dos demais membros para compor a Comissão, e tem vigência de 24 meses* a contar da presente data. Outros profissionais da área da saúde poderão compor o rol de membros da Comissão de Revisão de Prontuários.

A participação de pelo menos dois membros da Comissão de Revisão de Prontuário não poderá ser concomitante na Comissão de Ética, Revisão de Óbito e/ou Controle de Infecção Hospitalar.

*Ou outros períodos estabelecidos pelos respectivos Conselhos Regionais.

Faz-se, portanto, neste momento a abertura oficial da Comissão de Revisão de Prontuário, tendo em seu primeiro mandato os membros:

Integrante	Registro Conselho	Função na Organização	Função da Comissão

A Comissão poderá, eventualmente, ser solicitada a formação de um Grupo de Trabalho Específico, conforme a necessidade da avaliação presente, ou seja, dependendo da situação de análise em voga, pode ser chamado um médico (a) da especialidade, enfermeiro (a) entre outros para análise da situação, sendo considerado como membro flutuante da comissão.

Os membros da Comissão de Revisão de Prontuário deverão encontrar-se mensalmente, conforme cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

A ausência em 03 reuniões seguidas implicará em desligamento da Comissão, a substituição do membro da Comissão será feita imediatamente por indicação do Presidente.

A Comissão de Revisão de Prontuários tem por **Competência**:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário confeccionado em qualquer suporte (eletrônico ou papel):
   a. Identificação do paciente: nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP).
   b. Anamnese: exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnósticos definitivos e tratamento efetuado.

c. Evolução diária do paciente: com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico.
d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número do CRM com a aposição do carimbo.
e. Nos casos de emergências, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

II. Exigir que o médico elabore o prontuário para cada paciente e que assiste, conforme previsto no artigo 69 do Código de Ética Médica.
III. Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários.
IV. Recomendar formulários e sistemas bem como dar orientações para se obter um bom prontuário.
V. Rever e avaliar os prontuários durante o período de internação e após as altas, bem como os de ambulatórios, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido.
VI. Avaliar a qualidade das anotações feitas no prontuário.
VII. Devolver os prontuários aos chefes de serviços e unidades para que se ajustem nos padrões estabelecidos, quando for o caso.
VIII. Revisar os prontuários glosados e os demais por amostragem sob os seguintes aspectos:
a. Quanto à clareza e legibilidade.
b. Quanto à qualidade do Histórico do paciente e a precisão da anamnese.
c. Diagnóstico provável e definitivo.
d. Segmento e continuidade das prescrições.
e. Temporariedade da transcrição dos dados dos parâmetros vitais.
f. Forma de preenchimento e utilização de abreviaturas do CID e nomenclatura médica.
g. Verificação do segmento e atendimento de enfermagem.
h. Verificação de ultrapassagem ou antecipação da média de permanência, por patologia, devendo informar o Diretor Clínico sobre tais ocorrências.

Os membros da Comissão de Revisão de Prontuário têm por **Atribuições**:

Ao Presidente, atribuem-se:

I. Convocar e presidir as reuniões da Comissão.
II. Dirigir os trabalhos da Comissão.
III. Representar a Comissão perante a Diretoria, setores e órgãos competentes.
IV. Assinar toda a documentação da Comissão.
V. Delegar responsabilidades e atribuir tarefas para os membros da Comissão.

Ao Secretário, atribuem-se:

I. Preparar os materiais necessários para as reuniões;
II. Comparecer às reuniões convocadas.
III. Registrar em atas todas as reuniões da Comissão e colher as assinaturas dos participantes.
IV. Cuidar do controle e arquivo dos documentos da Comissão.
V. Colaborar com os trabalhos da Comissão.

Aos demais membros, atribuem-se:

I. Comparecer às reuniões convocadas.
II. Colaborar com os trabalhos da Comissão.
III. Assumir as responsabilidades e tarefas delegadas pelo Presidente.
IV. Divulgar as atividades e objetivos da Comissão de Revisão de Prontuários.

A presente Comissão foi composta na data de _____/_____/_____, formada, com o intuito primário de avaliar e revisar o conteúdo de preenchimento e qualidade dos dados constantes nos prontuários de pacientes.

Fica legitimado, portanto, o início das atividades da presente Comissão.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Revisão : Semestral

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO

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	■	■										
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				■			■			■		

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	V 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

Considerando que o trabalho médico no serviço será desenvolvido conforme duas regras fundamentais:

I – A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual ele deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

Considerando que a progressiva complexidade dos serviços e o avanço técnico e científico da medicina, exigem uma constante avaliação;

Considerando que os médicos deste serviço deverão buscar, de forma permanente:

I – Proporcionar aos pacientes um atendimento médico de elevada qualidade técnica, ética e científica.

II – Estabelecer e manter um clima de respeito, consideração e solidariedade entre os profissionais de saúde.

III – Aprimorar seus conhecimentos médicos mediante de programas de educação continuada.

IV – Conseguir condições dignas de trabalho e remuneração, de forma hierarquizada e respeitosa.

Considerando que os médicos deste serviço nortearão seus atos pelos princípios do humanismo, do Código de Ética Médica e vocação do mesmo.

Considerando que os atendimentos e internações respeitarão as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria Administrativa do serviço ressalvados os casos de urgência e emergência.

A presente Comissão foi composta na data de _____/_____/_____, formada, com o intuito primário de supervisionar a ética profissional na instituição, representando os Conselhos Regional e Federal de Medicina. Estes Conselhos têm por atribuição julgar e disciplinar a classe médica nos aspectos referentes ao exercício profissional, 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.

A eleição dos membros desta comissão se deu por votação do corpo clínico, em votação regulamentada pela Diretoria Técnica, ou por quaisquer outros métodos adequados à instituição desde que coordenados por médicos; e tem vigência de 30 meses a contar da presente data.

De acordo com a Resolução 1657/2002 do CFM, a Comissão de Ética será composta por 1 (um) presidente, 1 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes.

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

Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá a convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

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

Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

Faz-se, portanto, neste momento a abertura oficial da Comissão de Ética Médica, tendo em seu primeiro mandato os membros:

Integrante	Registro Conselho	Função na Organização	Função da Comissão

Esta Comissão de Ética Médica foi instaurada obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

I. Nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética

II. Na Instituição que possuir de 16 (dezesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes
III. Na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes
IV. Na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 6 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes
V. Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 (oito) membros efetivos e 8 (oito) suplentes

A Comissão poderá, eventualmente, ser solicitada a formação de um Grupo de Trabalho Específico, conforme a necessidade da avaliação presente, ou seja, dependendo da situação de análise em voga, pode ser chamado um médico (a) da especialidade, enfermeiro (a) entre outros para análise da situação, sendo considerado como membro flutuante da comissão.

Os membros da Comissão de Ética Médica deverão encontrar-se mensalmente, conforme cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

A ausência em 03 reuniões seguidas implicará em desligamento da Comissão, a substituição do membro da Comissão de Ética Médica será feita imediatamente pelo suplente.

A Comissão de Ética Médica tem por **Competência**:

I. Orientar e fiscalizar o exercício ético da profissão de médico dentro do serviço;
II. Fiscalizar as condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade para com o perfeito desempenho técnico da Medicina;
III. Fiscalizar a qualidade do atendimento dispensado aos pacientes;
IV. Colaborar com o CRM/CFM na tarefa de educar, discutir divulgar e orientar os profissionais médicos, sobre temas relativos à Ética Médica;
V. Divulgar Resoluções, Normas e Pareceres do CRM/CFM;

VI. Manter atualizado o cadastramento de todos os médicos da Instituição;

VII. Comunicar ao CRM/CFM o exercício ilegal da Medicina;

VIII. Proceder a sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegados Regionais, do próprio CRM/CFM ou por iniciativa própria;

IX. Acompanhar os Médicos Fiscais e colaborar com eles na verificação das condições técnicas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde e outras pessoas jurídicas ou sob cuja égide seja exercida a Medicina;

X. Comunicar ao CRM/CFM as irregularidades encontradas na Instituição e não corrigidas pelo seu responsável no prazo solicitado.

Fica legitimado, portanto, o início das atividades da presente Comissão.

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 Prontuário	Equipe				■				■				■
Realização de reunião com Comissão de Óbito	Equipe					■					■		

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

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

Atribuições

- Participar na elaboração da política de medicamentos da instituição, incluindo seleção e dispensação;

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

Composição da Comissão

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

REGIMENTO (MODELO)

Da natureza e finalidade:

Art. 1º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT doravante denominada Farmacovigilância, é instância de caráter consultivo e de assessoria do serviço,

vinculada à Diretoria Técnica, cujas ações devem estar voltadas à promoção do uso racional de medicamentos.

Art. 2º - A CFT tem por finalidade assessorar a Assistência Farmacêutica serviço:

- Na seleção de medicamentos nos diversos níveis de complexidade do sistema;
- No estabelecimento de critérios para o uso dos medicamentos selecionados; e
- Na avaliação do uso dos medicamentos selecionados.

Da subordinação e autonomia:

Art. 3° - Esta Comissão está diretamente ligada à Diretoria Técnica e tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, por ter apoio direto desta Diretoria.

Das atribuições

Art. 4º - São atribuições da CFT:

1. Assessorar a Diretoria Técnica nos assuntos referentes a medicamentos;
2. Propor a Relação de Medicamentos – Padronização - e sua atualização constante;
3. Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da Relação de Medicamentos;
4. Elaborar o Formulário Terapêutico e as normas para sua aplicação, bem como outros materiais informativos sobre o uso racional de medicamentos;
5. Desenvolver, juntamente com equipes formalizadas na Instituição (por exemplo: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Cuidados Paliativos, Parada Cardiorespiratória e etc) e validar protocolos terapêuticos para utilização de grupos de medicamentos, sendo estes:
   - Antimicrobianos;
   - Medicamentos de alto custo;
6. Propor ações educativas visando o uso racional de medicamentos;
7. Propor estratégias de avaliação da utilização dos medicamentos no serviço.

Dos pressupostos, critérios e fluxo de trabalho para a seleção de medicamentos

Art. 5º - A seleção de medicamentos deve ter como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME.

Art. 6º - A seleção de medicamentos deve objetivar:

- Uma maior eficiência administrativa;
- Uma resolutividade terapêutica adequada;
- A racionalidade na prescrição;
- A racionalidade na utilização de fármacos e

- A racionalização dos custos dos tratamentos.

Art. 7º - Para a inclusão de medicamentos na Padronização deverão ser observados os seguintes critérios:

i. Indicação fundamentada em critérios epidemiológicos, privilegiando aqueles medicamentos para doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores;
ii. Indicação fundamentada no perfil epidemiológico dos pacientes atendidos serviço;
iii. Registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
iv. Valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas na espécie humana e em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e farmacológica;
v. Baixa toxicidade e nível terapêutico seguro;
vi. Composição perfeitamente conhecida, excluindo-se, sempre que possível, as associações fixas;
vii. Denominação pelo princípio ativo, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na sua falta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);
viii. Informações suficientes sobre as características farmacocinéticas, farmacodinâmicas, farmacotécnicas e farmacoeconômicas;
ix. Estabilidade em condições de estocagem e uso e facilidade de armazenamento;
x. Preferência a medicamentos clinicamente apropriados para o tratamento de mais de uma enfermidade;
xi. Preferentemente estar disponível no mercado nacional;
xii. Formas farmacêuticas, apresentações e dosagem que facilitem a comodidade para a administração aos pacientes a que se destinam, o cálculo da dose a ser administrada e o fracionamento ou a multiplicação das doses visando melhor assistência ao cuidado;
xiii. Solicitação recomendada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica local ou, na sua ausência, pela gerência técnica da Instituição solicitante.

§ 1º - Para a inclusão, também podem ser considerados os demais pressupostos estabelecidos pela Política Nacional de Medicamentos:

a) Medicamentos para doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com o uso de medicamentos de custos elevados;
b) Medicamentos para doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos

não disponíveis no mercado.

§ 2º - Nas situações mencionadas no Parágrafo 1º deste Artigo, o emprego dos medicamentos deve estar condicionado à observância de protocolos clínicos específicos.

Art. 8º - A substituição de medicamentos da Padronização justificar-se-á quando o novo produto apresentar vantagem comprovada em termos de:

a. Menor risco/benefício;
b. Menor custo/tratamento;
c. Menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;
d. Maior estabilidade;
e. Propriedades farmacológicas mais favoráveis;
f. Menor toxicidade;
g. Maior informação com respeito a suas vantagens e limitações, eficácia e eficiência;
h. Maior comodidade na administração;
i. Facilidade de dispensação.

Art. 9º - A exclusão de medicamentos da Padronização deverá ocorrer sempre que houver evidências de que o produto:

- Apresenta relação risco/benefício inaceitável;
- Não apresenta vantagens farmacológicas e/ou econômicas comparativamente a outros produtos disponíveis no mercado;
- Possui propriedades organolépticas que afeta diretamente os pacientes;
- Não apresenta demanda justificável.

Art. 10º - As solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos da Padronização deverão ser encaminhadas à CFT através de solicitação em formulário próprio, acompanhado da documentação exigida.

§ 1º - As solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos da Padronização HP devidamente encaminhadas à CFT serão analisadas conforme Roteiro e Fluxo pré-estabelecidos pela CFT.

§ 2º - A critério da CFT, a solicitação poderá retornar ao solicitante para complementação das informações.

§ 3º - Uma vez emitido o parecer pela CFT e homologado pela Diretoria, novas solicitações sobre o mesmo produto somente serão aceitas decorrido um período de doze meses, salvo nos casos em que houver fato novo informando sobre possibilidade de risco de vida dos usuários envolvidos.

Da composição

Art. 11º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT será composta por representantes, titular e suplente:

Integrante	Registro Conselho	Função na Organização	Função da Comissão

§ 1º - A representação dos integrantes relacionados deverá ocorrer através da indicação formal de dois nomes por Grupo/Equipe, encaminhada diretamente à Diretoria, para um período de dois anos, sendo um titular e um suplente, podendo estes ser reconduzidos por um período igual e consecutivo.

Os Grupos direcionados a cuidados específicos ficam isentos da obrigatoriedade nas reuniões, exceto quando houver convocação explícita dos Coordenadores.

§ 2º - Todos os membros deverão assinar termo de isenção, onde afirmem ausência de conflitos de interesse, principalmente no que se refere a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas produtoras de medicamentos, que resultem em auferição de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais.

§ 3º - Enquanto pertencer à CFT, nenhum dos membros poderá auferir brindes, prêmios ou outras vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias produtoras de medicamentos.

§ 4º - Será dispensado, automaticamente, o membro que deixar de comparecer duas reuniões consecutivas, sem justificativa relevante, apresentada por escrito até quarenta e oito horas úteis após a reunião, devendo a Equipe/Grupo que representa, nesta circunstância, indicar novo membro.

Do funcionamento

Art. 12º – A CFT será coordenada pelo Diretor Técnico e Diretor Administrativo do serviço.

Parágrafo único - Caberá também aos Coordenadores providenciar a organização da pauta das reuniões e a preparação de cada tema nela incluído.

Art. 13º – A CFT reunir-se-á, ordinariamente, a cada trimestre e, extraordinariamente, por convocação dos seus Coordenadores ou por requerimento da maioria dos membros.

Art. 14º – As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um do total de seus membros.

Art. 15º – Cada membro titular terá direito a um voto, transferível a seu suplente, quando de sua ausência.

Art. 16º – Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, consubstanciada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidas pela maioria simples do total dos seus membros presentes.

Art. 17º – Nas situações em que os membros da CFT julgarem necessário, serão consultados especialistas, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 18º – As recomendações e pareceres da CFT serão submetidos à apreciação do Diretor Técnico para homologação final, a qual implicará em seu registro através de portarias.

Parágrafo único – Caso as recomendações e pareceres da CFT não sejam aceitas para a homologação final, o Diretor Técnico deverá apresentar justificativa, por escrito, à referida Comissão.

Art. 19º – As reuniões da CFT serão registradas em atas sumárias, cuja elaboração ficará a cargo de _____, onde constem os membros presentes, os assuntos debatidos e as recomendações e os pareceres emanados.

Dos indicadores de desempenho

Art. 20º - O trabalho da Comissão será permanentemente demonstrado pela divulgação de seus indicadores de desempenho, que incluirão:

§ 1º - O número de fármacos estudados e padronizados no serviço anualmente;

§ 2º - A porcentagem de medicamentos prescritos fora da padronização num determinado período;

§ 3º - A quantidade de intervenções realizadas para melhorar a prática da prescrição (material disponibilizado pela Educação Continuada);

§ 4º - A quantidade de notificações de reações adversas a medicamentos informadas à ANVISA e atendidas internamente. Estas notificações devem ser feitas em formulário interno específico, e posteriormente comunicadas à agência nacional regulatória.

Disposições gerais

Art. 21º - A compra de medicamentos não previstos na Seleção, e que por sua natureza deva ser de caráter emergencial, será avaliada pela Diretoria Técnica do serviço.

Parágrafo único - A autorização para aquisição destes medicamentos não implicará, necessariamente, em sua inclusão na seleção.

Fica legitimado, portanto, o início das atividades da presente Comissão.

Cronograma de atividades:

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Revisão : Semestral

COMISSÃO DE FARMÁCIA

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	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												

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

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

Comissão

Formação	Perfil do Componente	Qtd
Presidente	Profissional com formação em Enfermagem, eleito pelo corpo assistencial da Unidade	01
Secretário	Profissional com formação em Enfermagem, eleito pelo corpo assistencial da Unidade	01
Membros Efetivos	Profissional com formação em Enfermagem, eleito pelo corpo assistencial da Unidade	02

Membros Suplentes	Profissional com formação em Enfermagem, eleito pelo corpo assistencial da Unidade	02

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

REGIMENTO (MODELO)

FINALIDADES

A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

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

ORGANIZAÇÃO

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem com vínculo empregatício com a Instituição de Saúde, excetuando-se aqueles profissionais que sejam membros da diretoria nos órgãos de classe ou que sejam diretor/chefia/gerente de Enfermagem na referida Instituição.

Para a constituição de uma Comissão de Ética de Enfermagem, o serviço deverá contar no seu quadro de pessoal de Enfermagem, no mínimo, 10 (dez) Enfermeiros.

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser assim composta:

5 (cinco) membros efetivos, sendo 3 (três) Enfermeiros, 2 (dois) Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem

5 (cinco) membros suplentes, sendo 3 (três) Enfermeiros e 2 (dois) Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem.

Parágrafo 1º - Os membros efetivos serão designados para as funções de presidente, vice-presidente e secretário através de votação interna pelos membros que se elegeram para a Comissão de Ética de Enfermagem.

Parágrafo 2º - As funções de presidente e vice-presidente deverão ser exercidas exclusivamente por Enfermeiros.

Parágrafo 3º - A Comissão de Ética de Enfermagem somente poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros.

Parágrafo 4º - Os membros efetivos poderão solicitar a participação dos suplentes nos trabalhos da C.E.E.

COMPETÊNCIA

Compete à Comissão de Ética de Enfermagem:

- Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento do Código de Ética, da Lei e do Decreto sobre o Exercício dos Profissionais de Enfermagem, bem como das Resoluções e Decisões do COFEN e dos COFENS dentro da Instituição;
- Opinar, normatizar, orientar e fiscalizar sempre em relação ao desempenho ético da profissão;
- Manter atualizado o cadastro de todos os profissionais de Enfermagem que trabalham no serviço;
- Realizar sindicância sobre o fato notificado, quando julgar necessário, convocando os profissionais envolvidos e suas testemunhas, tomando à termo seus depoimentos, verificando o exercício ético da profissão, as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, a qualidade do atendimento prestado aos pacientes e sugerindo as modificações que venham a julgar necessárias;
- Encaminhar o relatório de sindicância juntamente com o parecer da C.E.E. ao COREN, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, sujeito à prorrogação, ao se constatar indícios de possível infração ética, juntamente com todos os documentos que comprovem a mesma, com cópia para a respectiva diretoria ou gerência de Enfermagem da Instituição;

- Nos casos de não se constatar indícios de infração ética, a C.E.E. deverá encerrar a sindicância, arrolando todos os documentos, elaborando o relatório final e arquivando o processo na Instituição;
- Cientificar a Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da Instituição sobre todos os relatórios conclusivos das sindicâncias ali instauradas pela C.E.E.;
- Elaborar, quando necessário, conjuntamente com o COREN, padrões éticos suscitados por modernos métodos de diagnóstico e terapêutica de completa tecnologia, para que sejam adotados pela equipe de Enfermagem e por grupos multiprofissionais qualificados;
- Solicitar aos responsáveis pela Diretoria/Chefia/Gerência ou divisão de Enfermagem, assim como aos responsáveis pelos outros serviços, informações e comprobatórios quando julgados indispensáveis para a elucidação dos fatos que estão sendo apurados;

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 Comissã	■											
Reunião Mensal da Comissão	Equipe	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implantação de Indicadores	Equipe		■	■									
Levantamento das necessidades para treinamento da Enferm	Equipe		■	■	■								
Realização de Oficinas sobre Ética na Enfermagem	Equipe				■			■			■		
Reunião com a Comissão de Prontuário	Equipe					■						■	

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCO

A Comissão de Gerenciamento de Risco – CGR é de natureza investigativa e técnico-científica e tem por finalidade assessorar a Direção do Hospital na formulação de políticas nas áreas de tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância, controle de infecção hospitalar, resíduos e saneantes, saúde ocupacional e para riscos relacionados aos processos, além de auxiliar na disseminação de conceitos de Gerenciamento de Risco para o corpo técnico do hospital.

Atribuições

- Elaborar e apresentar anualmente ao Conselho de Administração o plano estratégico de gestão do risco do Hospital e garantir a sua execução, monitorização e atualização;
- Identificar fatores de risco clínico e não clínico associados à prestação de cuidados, aos utentes, aos profissionais e acompanhantes e propor medidas preventivas de minimização do risco;
- Implementar em conjunto com as Direções dos Serviços os planos operacionais de gestão do risco;
- Implementar mecanismos de reporte, análise e tratamento dos acidentes e incidentes ocorridos e assegurar o retorno da informação;
- Emitir recomendações, pareceres e normas para a segurança dos utentes, profissionais e utilizadores do Hospital;
- Colaborar na formação na área da gestão e controlo do risco;
- Integrar os programas nacionais e internacionais associados à gestão do risco e segurança dos utentes;
- Integrar, acompanhar e monitorizar a atividade dos grupos de trabalho criados na área do risco tais como: feridas, quedas, erros de medicação e outros.

Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	QTD
Presidente	Profissional com formação na área da saúde, escolhido pela Diretoria do hospital	01
Secretário	Profissional com formação na área da saúde, eleito pela própria comissão	01
Membros Efetivos	Profissional com formação na área da saúde, escolhido pela Diretoria do hospital	04

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

Fundamento	Implantar Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade
Tipo de Indicador	Continuo
Fonte de Auditoria	Atas das Reuniões, Pareceres técnicos
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 06 meses com realização de pelo menos uma reunião no trimestre.
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e dos casos solicitados

REGIMENTO (MODELO)

1. Âmbito

A Gestão de Risco Geral é um projeto integrado do Hospital XXXX, que tem por objetivo desenvolver uma abordagem sistematizada e metódica do risco, no sentido de identificar, reportar, prevenir, reduzir e/ou limitar os riscos potencialmente existentes e os danos causados no hospital, de natureza clínica e não clínica, a todos os utilizadores internos e externos, nomeadamente Doentes, Profissionais, Visitantes e Público em geral, em todos os setores de atividades.

2. Responsabilidades

A responsabilidade do desenvolvimento da abordagem integrada do Risco cabe ao Conselho de Administração e à Comissão de Gestão de Risco Global.

3. Objetivos

Para além de constituir obrigação legal providenciar um ambiente seguro e livre de risco, a persecução da estratégia de melhoria contínua da qualidade, implica definir uma Estratégia de Gestão de Risco Global para o Hospital XXXX que contemple uma abordagem sistematizada e metódica dos riscos com a finalidade de minimizá-los, reduzindo as probabilidades de perda de vida, minimizando prejuízos financeiros, limitando a impacto na disponibilidade de pessoal, de edifícios ou equipamentos.

Considerando a fase de desenvolvimento em que se encontra a organização, no desenvolvimento da estratégia privilegia-se os seguintes princípios orientadores:

- Ajustamento das estruturas internas de gestão do risco -(re)definindo os intervenientes, respectivas responsabilidades e níveis de intervenção.
- Abordagem integrada e partilhada de gestão do risco -articulando as intervenções dos diferentes autores na definição e implementação das estratégias e políticas das diferentes vertentes (clínica e não clínica) e ajustando os respectivos níveis de intervenção.
- Envolvimento, informação e comunicação - aperfeiçoando o nível de informação disponibilizada e reforçando a visibilidade dos resultados atingidos, para maximizar a adesão dos colaboradores a um posicionamento construtivo da Organização neste domínio.

São, assim, definidos como objetivos estratégicos da Gestão de Risco Global:

- Implementar uma estrutura de Gestão do Risco que permita o envolvimento de todo o pessoal e uma maior consciência para os perigos e responsabilidades de cada um.

- Promover a avaliação sistemática e documentada de todos os riscos, em todas as áreas hospitalares.
- Adotar medidas preventivas e corretivas, de modo sistemático e documentado, com a finalidade de eliminar ou minimizar riscos.
- Assegurar uma capacidade de resposta segura e eficiente em situações de catástrofe interna e externa.
- Definir e promover a implementação de políticas, procedimentos, métodos de trabalho, técnicas e instalações mais seguras, nomeadamente com recurso a sistemas mais aperfeiçoados de informação e formação.

Esta estratégia engloba duas vertentes:

- Gestão do Risco Clínico
- Gestão de Risco Não Clínico

4. Estruturas de Gestão do Risco

No sentido de facilitar a implementação das estratégias no domínio da gestão do risco no Serviço de Saúde, e bem como a articulação entre os diferentes níveis de intervenção foram (re) definidas diversas estruturas e as respectivas competências.

Deste modo, foi criada a Comissão de Gestão de Risco Global, presidida pelo Presidente do Conselho de Administração do SRS, EPE e que integra:

a) Os Diretores Clínicos

b) Os Enfermeiros

c) O Gestor de Risco Não Clínico

d) O Diretor do Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho

e) O Gestor de Risco Clínico

f) O Coordenador de Emergência

A esta Comissão compete:

a) A elaboração das estratégias e políticas relativas ao Risco Global referentes ao Serviço de Saúde.

b) A Gestão Integrada das Situações de Risco.

4.1. A Gestão de Risco Clínico

Nesta vertente, procurar-se-á operacionalizar um conjunto de medidas que visam prever, identificar e minimizar a ocorrência de acontecimentos adversos, decorrentes da atividade clínica, que determinem danos na saúde física ou psicológica dos doentes/utentes, através de uma abordagem sistemática a todos os Serviços do Hospital).

A abordagem passa pela adequada estruturação da gestão do risco no Serviço de Saúde, definindo os intervenientes, respectivas funções e níveis de intervenção e pela definição participada de uma estratégia específica para a Gestão de Risco Clínico.

4.1.1. A Comissão de Risco Clínico Hospitalar

A criação de uma Comissão de Risco Clínico Hospitalar tornou-se fundamental para a promoção do estabelecimento de uma cultura de Segurança presente em todo o SRS, em particular no Hospital Central do Funchal, assegurando a atuação concertada de todos os intervenientes.

A Comissão de Risco Clínico Hospitalar é presidida pelo Presidente do Conselho de Administração e é composta pelos seguintes elementos:

a) O Diretor Clínico da Área Hospitalar

b) A Diretora de Enfermagem da Área Hospitalar

c) O Gestor de Risco Clínico

d) O Coordenador da Emergência

e) O Diretor dos Serviços Farmacêuticos

f) O Coordenador da Comissão de Controlo da Infecção

Esta Comissão tem por competências:

a) Definir a Estratégia e a Política de Risco Clínico e velar pelo seu cumprimento.

b) Elaborar / Planear recomendações para a minimização do risco.

c) Rever e revalidar procedimentos existentes de forma a obter uma prática clínica segura.

d) Disseminar toda a informação de auditorias clínicas consideradas relevantes aos Serviços.

e) Analisar os Relatórios de Registro Clínico do Hospital.

f) Providenciar Relatórios Semestrais dos registros de Risco Clínico ao Conselho de Administração e Direções Técnicas

g) Realizar inicialmente reuniões mensais.

h) Realizar atas das reuniões.

4.1.2. O Gestor de Risco Clínico Hospitalar

A implementação da estratégia de gestão de Risco Clínico é da competência de um Gestor de Risco Clínico Hospitalar, nomeado pelo Conselho de Administração, sob proposta da Direção Clínica e da Direção de Enfermagem da Área Hospitalar.

O Gestor de Risco Clínico tem as seguintes competências:

a) implementar a Estratégia e a Política de Risco Clínico definida.

b) articular-se diretamente com os Diretores de Serviço na Implementação da Estratégia de Gestão de Risco previamente aprovada.

c) Integrar a Comissão de Gestão de Risco Global e a Comissão de Risco Clínico Hospitalar.

d) Implementar o Sistema de Notificação de Ocorrência Clínica Adversa (acidentes e incidentes).

e) avaliar o Risco Clínico no Hospital em colaboração direta com os Serviços.

f) Monitorizar as Políticas de Minimização de Risco implementadas.

g) Formar os Elementos de Ligação dos Serviços e novos Funcionários (programas de integração) em Gestão de Risco Clínico.

h) colaborar com a CCI nas Atividades de Controlo de Infecção e Política de Gestão de Resíduos e Controlo de Substâncias Perigosas (COSHH).

i) colaborar com o Gestor de Risco não Clínico, na implementação da Política de Risco Global.

4.1.3. A Comissão de Controlo da Infecção

A Comissão de Controlo da Infecção (CCI) é nomeada pelo Conselho de

Administração, ouvidos os órgãos de Direção Técnica e tem a composição definida nos termos da Lei. Compete à CCI:

a) elaborar e implementar um sistema de vigilância epidemiológica de estruturas, processos e resultados, relativo a situações de maior risco e proceder ao seu acompanhamento;

b) propor recomendações e normas para prevenção e controlo da infecção e a monitorizarão da sua correta aplicação;

c) fornecer aos serviços informação pertinente sobre microrganismos isolados e resistências a agentes antimicrobianos;

d) colaborar na definição da política de antibióticos, anti-sépticos, desinfetantes e esterilização nos serviços respectivos do SRS;

e) proceder a inquéritos epidemiológicos e divulgar os seus resultados a nível do SRS;

f) colaborar no programa de promoção da qualidade;

g) definir e implementar normas e circuitos para a comunicação dos casos de infecção;

h) colaborar com os serviços de saúde ocupacional, na aplicação das normas legais sobre as condições de higiene e segurança do trabalho;

i) colaborar na formação em serviço e em outras ações de formação na área de controlo da infecção;

j) colaborar na apreciação das normas legais referentes à recolha, transporte e eliminação dos resíduos hospitalares;

k) pronunciar-se sobre a aquisição de equipamentos, bens de consumo ou serviços relacionados com a prevenção e controlo da infecção;

l) elaborar e submeter à aprovação do conselho de administração o plano anual e o relatório de atividades. O funcionamento da comissão do controlo de infecção constará de regulamento próprio a homologar pelo conselho de administração e a sua atuação regular-se-á pelas políticas, procedimentos, protocolos específicos definidos para este domínio.

4.1.4. A Comissão de Reanimação

A Comissão de Reanimação é presidida pelo Diretor Clínico da Área Hospitalar e

é composta pelos seguintes elementos:

a) Diretor de Enfermagem da Área Hospitalar

b) Coordenador da Emergência

c) Coordenador das Equipas de Emergência

d) Diretor do Serviço de Pediatria/Coordenador das Equipas de Emergência de Pediatria

e) Responsável pelo Grupo de Formação em Reanimação do Hospital Central do Funchal

f) Enfermeiros coordenadores das Equipas de Reanimação do Hospital Cruz de Carvalho e do Hospital dos Marmeleiros

Esta Comissão tem por competências:

a) definir uma Política e os Procedimentos de Emergência Medica Transversal ao Hospital.

b) monitorizar resultados trimestralmente e tomar medidas corretivas se necessário.

c) estabelecer a organização e conteúdo dos carros de Emergência.

d) planear a monetarização periódica dos carros de Emergência.

e) identificar e decidir a localização dos carros de emergência e que serviços os utilizam.

f) planear a formação sistemática do pessoal ao nível apropriado para as funções e local de trabalho.

g) fornecer periodicamente relatórios à Comissão de Auditoria Clínica.

h) fornecer semestralmente relatórios escritos à Comissão de Gestão de Risco Clínico.

4.1.5. O Grupo de Emergência Intra-Hospitalar

O Grupo de Emergência Intra Hospitalar é composto pelos seguintes elementos:

a) Coordenador das Equipas de Emergência (EME).

b) Responsável pela Emergência Médica no Hospital dos Marmeleiros.

c) Enfermeiros Responsáveis.

O Grupo tem por competências:

a) Implementar a Política e Procedimentos em todo o Hospital Central do Funchal.

b) Assegurar que, em cada Emergência, a informação é recolhida em formulário próprio.

c) Identificar o Pessoal qualificado, para formar equipes internas responsáveis pelas situações de Emergência.

4.1.6. O Coordenador da Emergência

O cargo de Coordenador de Emergência, por inerência, é desempenhado pelo Diretor do Serviço de Urgência, sendo nomeado pelo Conselho de Administração sob proposta da Direção Clínica.

Ao Coordenador de Emergência compete implementar os Planos de Emergência Interna e Externa, em todos os seus componentes.

4.1.7. Elementos de Ligação do Risco Clínico

Em cada Serviço são nomeados um médico e um enfermeiro como elementos do Serviço para fazerem a ligação com a área de Risco Clínico. Estes Elementos de Ligação do Risco Clínico, em articulação com a CCI e em conjunto com o Diretor de Serviço e Enfermeiros Chefes, devem assegurar:

a) A Avaliação Continua do Risco Clínico no Serviço.

b) A Notificação das Ocorrências Clínicas Adversas (de acordo com a metodologia estabelecida em documentos próprios).

c) As Auditorias Internas regulares em todas as vertentes deste domínio.

d) Implementar e monitorizar Planos de Ação para minimização do risco no Serviço.

e) A formação em Risco Clínico no Serviço.

f) A atualização do Dossiê de Risco Clínico do Serviço.

g) O registro das avaliações de Risco Clínico do Serviço.

h) O envio ao Gestor de Risco Clínico de todas as avaliações e notificações de risco.

4.2. A Gestão de Risco Não Clínico

O Plano de Prevenção estabelece as regras de exploração dos edifícios, as inspeções e operações de conservação e manutenção dos equipamentos com implicação na segurança contra incêndios, os seus conteúdos e a respectiva calendarização, e de modo geral, os procedimentos de prevenção que limitem os riscos de ocorrência e de desenvolvimento de um incêndio.

O Plano de Emergência (PE), tem como objetivo melhorar quanto possível à capacidade de resposta a acidentes que possam conduzir a situações de emergência e minimizar as suas consequências.

O PE é um instrumento organizacional por natureza evolutivo, sujeito a atualizações e aperfeiçoamentos decorrentes das alterações das condições de exploração, da introdução de novos meios tecnológicos, e da experiência acumulada, sobretudo do pessoal e serviços com funções afeta à segurança.

A redução dos riscos e respectivas consequências depende da implementação do PE, devidamente testado e revisto, de modo a que estejam maximizadas as potencialidades de controlo e intervenção durante as possíveis emergências.

Para o efeito, impõe-se uma articulação estreita entre os principais intervenientes de modo a mais fácil identificação e solução de situações de emergência e de segurança, melhorando a articulação entre os diferentes níveis de intervenção.

4.2.1. O Gestor de Risco Não Clínico Hospitalar

O Gestor do Risco Não Clínico Hospitalar é nomeado pelo Conselho de Administração e tem as seguintes funções:

a) assegurar a informação e a atualização sistemática de todos os riscos da sua área, privilegiando os riscos associados às instalações e equipamentos;

b) apoiar a adoção sistemática e documentada de medidas preventivas e corretivas tendentes a eliminar ou minimizar riscos, em articulação com o Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SHST);

c) manter atualizado os relatórios de inspeções inerentes às instalações e equipamentos, bem como os resultantes de auditorias;

d) colaborar na elaboração e implementação de planos de prevenção, detecção e combate a incêndios e de segurança contra intrusão;

e) colaborar na implementação dos planos de emergência interna e externa;

f) emitir ou diligenciar a emissão de pareceres técnicos, em matérias relacionadas com as suas competências;

g) manter atualizado um ficheiro de toda a legislação e procedimentos relativos à área de risco geral;

h) colaborar com o Serviço de Documentação e Formação na organização e preparação dos módulos de formação de integração institucional e de formação contínua na área do risco não clínico, nomeadamente dos Elementos de Ligação de Risco Não Clínico;

i) manter, com o SHST, registros atualizados de todos os acidentes/incidentes relatados e das respectivas medidas preventivas e corretivas, respeitando as competências técnicas, em cada domínio;

j) colaborar na implementação da Política de Gestão de Resíduos e de Controlo de

Substâncias Perigosas (COSHH);

k) articular as atividades de Gestão de Risco Não Clínico com o Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.

A atividade da Gestão de Risco Não Clínico será regulada por uma política específica, a aprovar pelo Conselho de Administração.

4.2.2. O Núcleo de Segurança Interna

O Núcleo de Segurança Interna é coordenado pelo Gestor do Risco Não Clínico e é composto pelos seguintes elementos:

a) O coordenador de risco de instalações e equipamentos;

b) O coordenador de risco de radiações;

c) O coordenador de controlo de substâncias perigosas;

d) O coordenador de risco de segurança;

e) O coordenador de risco de incêndios.

O Núcleo de Segurança Interna tem como funções:

a) responder, no mais curto espaço de tempo, a situações de emergência e/ou perigo eminente em que seja posta em causa a segurança das instalações, locais e equipamentos.

b) acionar as restantes estruturas do SRS que venham a revelar-se necessárias para a resolução da ocorrência/situação identificada.

c) O funcionamento do Núcleo será determinado através de procedimento específico.

4.2.3. O Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho

O Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho é dirigido por um médico com especialização em medicina do trabalho, nomeado pelo Conselho de Administração, ouvido o Conselho Técnico.

Este Serviço abrange todos os profissionais do SRS, EPE centrando-se no sistema de trabalho e nos fatores periféricos que afetam a saúde, o bem-estar pessoal e o rendimento dos profissionais do SRS e tem por objetivos:

a) O estabelecimento e a manutenção de condições de trabalho que assegurem a integridade física e mental dos trabalhadores;

b) O desenvolvimento de condições técnicas que assegurem a aplicação das medidas de prevenção definidas na legislação em vigor, neste domínio;

c) O desenvolvimento de condições e meios que assegurem a informação e a formação dos trabalhadores, conforme o legalmente previsto.

As competências do Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho encontram-se legalmente definidas. Para prevenir os riscos profissionais e promover a segurança e a saúde dos trabalhadores, o SHST deve realizar as seguintes atividades:

a) Informação técnica, na fase de projeto e de execução, sobre as medidas de prevenção relativas às instalações, locais, equipamentos e processos de trabalho;

b) Identificação e avaliação dos riscos para a segurança e saúde nos locais de trabalho e controle periódico dos riscos resultantes da exposição a agentes químicos, físicos e biológicos;

c) Planejamento da prevenção, integrando, a todos os níveis e para o conjunto das atividades a avaliação dos riscos e as respectivas medidas de prevenção;

d) Elaboração de um programa de prevenção de riscos profissionais;

e) Promoção e vigilância da saúde, bem como a organização e manutenção dos registros clínicos e outros elementos informativos relativos a cada trabalhador;

f) Informação e formação sobre os riscos para a segurança e saúde, bem como sobre as medidas de proteção e prevenção;

g) Organização dos meios destinados à prevenção e proteção, coletiva e individual, e coordenação das medidas a adotar em caso de perigo grave e iminente;

h) Emissão de parecer técnico sobre a fixação de sinalização de segurança nos locais de trabalho;

i) Análise dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais;

j) Recolha e organização dos elementos estatísticos relativos à segurança e saúde na empresa;

k) Coordenação de inspeções internas de segurança sobre o grau de controlo e sobre a observância das normas e medidas de prevenção nos locais de trabalho.

4.2.4. Elementos de Ligação do Risco Não Clínico

Em cada Serviço é nomeado um elemento do Serviço para fazer a ligação com a área de Risco Não Clínico. Estes Elementos de Ligação do Risco Não Clínico e SHST, em conjunto com os respectivos responsáveis Diretor de Serviço e Enfermeiros Chefes, devem:

a) articular as questões da Gestão do Risco Não Clínico inerentes ao Serviço a que pertence com as opções institucionais, tendo como interlocutor o Gestor de Risco Não Clínico.

b) colaborar com o Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho na promoção da saúde e da segurança dos colaboradores do Serviço.

c) apoiar os responsáveis do serviço na implementação de planos de ação que se revelem necessários neste domínio.

d) assegurar a atualização de conhecimentos de todo o pessoal do Serviço, disseminando a formação recebida sobre esta matéria.

e) monitorizar as condições do espaço físico e dos equipamentos do respectivo Serviço, em particular os equipamentos de segurança contra incêndios.

5. Desenvolvimento Estratégico

A adequada Gestão do Risco Global exige uma atitude de prevenção sistemática dos riscos e o envolvimento de todos, pelo que se impõe a disseminação de uma cultura de posicionamento pró ativo por parte de

todos os funcionários neste domínio.

O desenvolvimento das medidas / ações que conduzam à concretização dos objetivos estratégicos definidos para a Gestão do Risco Global, torna também imprescindível uma exigente coordenação dos meios disponíveis, o incremento da formação/sensibilização nesta área e a avaliação sistemática dos resultados quanto à diminuição dos riscos e danos, nas diferentes vertentes.

Atendendo aos objetivos definidos, à estrutura organizativa da gestão de risco e à fase de desenvolvimento em que a organização se encontra neste domínio, no mapa seguinte, sistematiza-se as principais medidas e ações que deverão ser desenvolvidas para a sua concretização.

6. Disposições Finais

A avaliação externa das diversas atividades que constituem a área de Gestão de Risco está legalmente atribuída a diversos organismos nomeadamente Serviço Regional de Proteção Civil, Bombeiros Voluntários, com os quais deverá articular-se com vista a uma resposta eficiente eficaz neste domínio das suas responsabilidades.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Revisão : Semestral

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

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	■	■										
Realização de reunião com CIPA	Equipe			■			■			■			■
Realização de reunião com CCIH	Equipe					■					■		
Apresentação de Indicadores	Equipe				■			■			■		

COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ORGÃO E TECIDOS PARA TRANSPLANTES

O Ministério da Saúde, através da publicação da Portaria Nº. 1.752/GM, de 23 de setembro de 2005, determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos, sendo assim a CIHDOTT do Hospital estará vinculada diretamente à diretoria médica do Hospital e terá como finalidade promover a busca ativa de prováveis doadores de múltiplos órgãos e tecidos.

Atribuições

- Detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital;
- Viabilizar o diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM sobre o tema;
- Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;
- Responsabilizar-se pela educação continuada dos funcionários da instituição sobre os aspectos de doação e transplantes de órgãos e tecidos;
- Articular-se com todas as unidades de recursos diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação;
- Providenciar autorização para doação de órgãos;
- Prestar apoio psicológico aos familiares do Doador e Receptor de órgãos;
- Articular-se com a Central de Notificação, Capacitação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, notificando as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos;
- Identificar os recursos diagnósticos disponíveis na Instituição, necessários para a avaliação do possível doador de órgãos e/ou tecidos;
- Organizar, no âmbito da Instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos;
- Disponibilizar os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no Hospital.

Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	QTD
Médico (coordenador)	Profissional com formação em medicina, residência médica e com curso de Formação de Coordenadores Intra- hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes validados pelo Sistema Nacional de Transplante - SNT.	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

NOTA: Os membros da Comissão não devem ser da equipe de transplante ou remoção de órgãos ou tecidos e nem fazer parte da equipe de diagnóstico de morte encefálica.

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

Fundamento:	**Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes – CIHDOTT**
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Continuo
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, identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas

REGIMENTO (MODELO)

Considerando que a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – DIHDOTT está subordinado à Diretoria Clínica e constituída de acordo com a Portaria GM/MS n. 1.752 de setembro de 2005.

Considerando que o transplante é um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão (coração, pulmão, rim, pâncreas, fígado) ou tecido (medula óssea, ossos, córneas, entre outros (de uma pessoa doente (RECEPTOR) por outro órgão ou tecido normal de um DOADOR, vivo ou morto.

Considerando que o transplante é um tratamento que pode salvar e/ou melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas, sendo muitas vezes a tão esperada resposta para milhares de pessoas com insuficiências orgânicas terminais ou cronicamente incapacitantes.

Considerando que é um procedimento médico com enormes perspectivas, porém impossível de ser executado sem o consentimento de uma população consciente da possibilidade, da necessidade e responsabilidade de depois da morte, destinar os seus órgãos para salvar vidas.

A presente Comissão foi composta na data de formada, na sala de reuniões do, com o intuito primário de assessorar a Diretoria Clínica através de orientação, coordenação e controle das atividades referente à captação, retirada e transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano com fins terapêuticos, científicos e humanísticos.

Os membros da CIHDOTT se reunirão mensalmente conforme determinado em cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes e pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverá encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

A participação de pelo menos dois membros da Comissão de Revisão de Prontuário não poderá ser concomitante na Comissão de Ética, Revisão de Óbito e/ ou Controle de Infecção Hospitalar.

A Diretoria indica dois membros do corpo técnico de colaboradores, da área de Enfermagem, para solidificar e apoiar o trabalho desta comissão.

Desta forma, são indicados os membros:

Integrante	Registro Conselho	Função na Organização	Função da Comissão

Faz-se, portanto, neste momento a abertura oficial da CIHDOTT, tendo em seu primeiro mandato os membros:

Integrante	Registro Conselho	Função na Organização	Função da Comissão

A CIHDOTT tem por **Competência**:

IX. Articular-se com a Central de Notificação, captação e distribuição de Órgãos do Estado ou Distrito Federal (CNCDO), notificando as situações de possíveis doações de órgão e tecidos.

X. Identificar os recursos diagnósticos na instituição, necessários para a avaliação do possível doador de órgãos e/ou tecidos.

XI. Articular-se com os profissionais de saúde encarregados do diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores, objetivando a otimização do processo de doação e captação de órgãos e tecidos.

XII. Organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos.

XIII. Garantir uma adequada entrevista familiar para a solicitação da doação.

XIV. Promover programa de educação continuada de todos os profissionais do estabelecimento para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos.

XV. Disponibilizar os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no hospital.

XVI. Compete à CIHDOTT, em conjunto com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO):

a. Avaliar a capacidade da instituição, diagnosticando a potencialidade da captação de órgão e tecidos.
b. Definir, juntamente com o diretor médico do estabelecimento de saúde, os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características.
c. Definir os parâmetros a serem adotados no acompanhamento das metas da contratualização determinadas pela Portaria nº 1.702//GM de 2004, e encaminhar ao gestor local os indicadores de desempenho estabelecidos para o hospital.
d. Adotar estratégias para otimizar a captação de órgãos e tecidos, estabelecendo metas de atuação com prazo determinado.
e. Promover programas de educação/sensibilização continuados à comunidade.
f. Estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.

Os membros da Comissão de Revisão de Prontuário têm por **Atribuições**:

Ao Coordenador Médico Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, atribuem-se:

I. Elaborador documentação necessárias para o desenvolvimento dessa comissão, tais como: Manuais, Rotinas, Instruções de Trabalhos, Indicadores de Desempenho, entre outras atividades que se fizerem necessárias.

II. Manter os registros de suas atividades (relatórios diários, formulários, atas de reuniões, documentos de notificações e doações etc, conforme modelos nos Anexos I e II).

III. Arquivar e guardar adequadamente documentos do doador, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento esclarecido, exames

laboratoriais e outros, de acordo com a Lei nº 9.434, de 4 de Fevereiro de 1997.

IV. Apresentar mensalmente os relatórios a CNCDO, conforme modelo do no Anexo III.

V. Supervisionar todo o processo iniciado, desde a identificação do doador, incluindo a retirada de órgãos e/ou tecidos, a entrega do corpo do doador, à família e responsabilizar-se pela guarda, conservação e encaminhamento dos órgãos e tecidos, conforme orientação da respectiva CNCDO.

VI. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras durante todo o processo de doação no âmbito da instituição.

VII. Promover, nos estabelecimentos autorizados para realização de transplantes de órgãos e/ou tecidos, o acompanhamento dos indicadores de eficiência da atividade dos serviços de transplante, relacionados com sobrevida e qualidade de vida de pacientes transplantados e encaminhar essas informações a CNCDO.

VIII. Representar a CIHDOTT em suas relações internas e externas.

IX. Instalar a CIHDOTT, bem como promover, convocar e presidir suas reuniões.

X. Tomar parte das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de qualidade.

XI. Designar dentre os membros da CIHDOTT, os relatores dos expedientes.

XII. Designar profissionais para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução das finalidades da Comissão.

XIII. Baixar resoluções decorrentes de deliberações da Comissão e "ad referendum" desta, nos casos de manifesta urgência.

XIV. Articular-se com o Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde.

Aos demais membros da CIHDOTT, atribuem-se:

I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente.

II. Comparecer às reuniões, relatando expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão.

III. Requerer votação de matéria, em regime de urgência.

IV. Desempenhar outras atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente.

V. Apresentar proposições sobre assuntos ligados a doação e transplante.

VI. Apresentar planos de melhoria ou de alteração das rotinas ou procedimentos, objetivando a implementação e a eficiência dos transplantes.

VII. Efetuar estudos e solicitar ou sugerir medidas de aperfeiçoamento dos trabalhos da Comissão.

VIII. Realizar as diligências para elucidação de estudos em andamento.

Fica legitimado, portanto, o início das atividades da presente Comissão.

_____

Diretor Técnico

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Revisão : Semestral

CIHDOTT

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	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Capacitação dos Membros da Comissão	Equipe	■	■										
Definição Plano de Ação	Equipe		■	■	■								
Realização de reuniãocom a Comissão de Ética Médica	Equipe				■	■			■	■			■
Realização de reunião com Comissão de Prontuário	Equipe				■				■				■
Realização de reunião com Comissão de Óbito	Equipe					■					■		

COMISSÃO TRANSFUSIONAL

A transfusão sanguínea é um processo que, mesmo realizado dentro das normas preconizadas, bem indicado e corretamente administrado, envolve risco sanitário. Por isso, há necessidade de se conhecer os incidentes a ela relacionados e a sua prevalência, a fim de que possam ser introduzidas medidas corretivas e preventivas que contribuam para aumentar a segurança transfusional. A Hemovigilância é um sistema de avaliação e alerta, organizado com o objetivo de recolher e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes a fim de prevenir o aparecimento ou recorrência desses efeitos. Partindo dessas premissas, o Comitê de Hemoterapia do Hospital tem por objetivo:

- Aumentar a segurança nas transfusões sangüíneas, com particular ênfase nos incidentes transfusionais;
- Monitoramento da prática hemoterápica na instituição.

Atribuições

- Realizar auditorias regulares sobre as indicações de transfusão de sangue e componentes derivados na instituição;
- Elaborar proposta de protocolos de transfusão nas diversas situações clínicas, a serem adotados na instituição e submetê-las a direção técnica;
- Analisar discordância sobre indicação de hemocomponentes ou derivados entre médico-assistente e médico do Serviço de Hemoterapia;

- Propor ou adotar protocolos de soro conversão em pacientes;
- Discutir problemas relacionados à transfusão, por solicitação da diretoria técnica;
- Solicitar o comparecimento de pessoas a reunião do Comitê para prestar informações acerca de fatos relacionados à transfusão.

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 em terapia intensiva 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	Continuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição do Comitê e 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. Rotina de notificação de reação adversa, queixa técnica e erros de medicação implantada (Instruções de Trabalho – its implantadas)
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e análise crítica dos casos notificados, segundo as orientações da rotina implantada (Instruções de Trabalho – its)

REGIMENTO (MODELO)

Considerando a RDC Nº 153, de 14 de Junho de 2004, RDC 343 – Item A5, 2002 da Anvisa, o serviço de saúde que tenha um serviço de hemoterapia deve constituir um comitê transfusional, multidisciplinar, que tem como função o monitoramento da prática hemoterápica da instituição.

Considerando que a responsabilidade técnica e administrativa pelos serviços de hemoterapia devem ficar a cargo de um médico especialista em hemoterapia e ou hematologia, ou ser qualificado por órgão competente devidamente reconhecido para este fim pelo Sistema Estadual de Sangue.

A presente Comissão foi composta na data de ___/_____/_____, formada, na sala de reuniões do Hospital, com o intuito primário de assessorar a Diretoria Técnica.

Os membros do Comitê Transfusional se reunirão mensalmente conforme determinado em cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes e pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverá encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante. (o descrito é realmente voltado para esse comitê?)

A participação de pelo menos dois membros do Comitê Transfusional não poderá ser concomitante na Comissão de Ética, Revisão de Óbito e/ ou Controle de Infecção Hospitalar. (essa informação se aplica a essa comissão também?)

A Diretoria indica dois membros do corpo técnico de colaboradores, da área de Enfermagem, para solidificar e apoiar o trabalho desta comissão. (essa informação se aplica a essa comissão também?)

Desta forma, são indicados os membros:

Integrante	Registro Conselho	Função na Organização	Função da Comissão

Faz-se, portanto, neste momento a abertura oficial da CIHDOTT, tendo em seu primeiro mandato os membros:

Integrante	Registro Conselho	Função na Organização	Função da Comissão

O Comitê Transfusional tem por **Competência**:

XVII. Discutir os casos transfusionais, reações ocorridas com pacientes e condutas tomadas.

XVIII. Revisar os arquivos de todas as solicitações de transfusões e busca das de maior interesse para discussão nas próximas reuniões.

XIX. Apresentar casos selecionados para discussão.

XX. Levantar o número de notificações de reações transfusionais, descrição resumida dos casos e das condutas instituídas durante o período.

Os membros do Comitê Transfusional têm por **Atribuições**:

Ao Presidente, atribuem-se:

XV. Convocar e presidir as reuniões da Comissão.

XVI. Dirigir os trabalhos da Comissão.

XVII. Representar a Comissão perante a Diretoria, setores e órgãos competentes.

XVIII. Se responsabilizar por toda documentação gerada por essa comissão, bem como assiná-las.

XIX. Delegar responsabilidades e atribuir tarefas para os membros da Comissão.

Aos demais membros do Comitê Transfusional, atribuem-se:

IX. Comparecer às reuniões convocadas.

X. Colaborar com os trabalhos da Comissão.

XI. Assumir as responsabilidades e tarefas delegadas pelo Presidente.

XII. Divulgar as atividades e objetivos do Comitê Transfusional.

Fica legitimado, portanto, o início das atividades da presente Comissão.

_____

Diretor Técnico

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Revisão : Semestral

COMISSÃO HEMOTERAPIA

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												
Realização de reunião com CIPA	Equipe												
Realização de reunião com CCIH	Equipe												
Apresentação de Indicadores	Equipe												

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

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.

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 serviço, conforme norma regulamentadora em vigor.
- Os representantes do empregador serão indicados pela direção do serviço.
- Os representantes dos empregados serão eleitos em escrutínio secreto, em votação por lista nominal, sendo vedada a formação de chapas.

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	Continuo

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.

REGIMENTO (MODELO)

CAPÍTULO I

DA APRESENTAÇÃO

Art. 1º

A CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - é uma comissão composta pelos próprios colaboradores do serviço e visa à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde.

Art. 2º

Os membros da CIPA deverão manter um elevado nível de participação e colaboração, respeitando plenamente as disposições legais referentes ao assunto e ao presente regimento, inclusive, respondendo por seus atos à Administração do serviço.

Parágrafo Único

Devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições classificadas como grau de risco 3, (NR5 da Portaria 9.214/78) e que possuam 20 ou mais colaboradores.

CAPÍTULO II

DA IMPORTÂNCIA

Art. 3º

O único caminho para evitar acidentes é manter um programa de Controle contínuo e permanente que propicie atenção a todas as causas de acidentes. A vigilância

total significa **"Segurança sempre presente, sob todas as formas"**. Daí resulta a importância e necessidade de uma CIPA bem estruturada e organizada.

CAPÍTULO III

DAS FINALIDADES

Art. 4º

A CIPA possui as seguintes finalidades:

- A elaboração de treinamento aos membros tanto por parte do empregador como dos empregados, segundo orientação do Ministério do Trabalho, para alcançar o objetivo de acidente zero;
- Organização e classificação de informações e sugestões referentes à prevenção de acidentes, vindas de membros da CIPA, assim como do empregador, de convidados e colaboradores;
- Promoção e divulgação de assuntos referentes à prevenção de acidentes;
- Orientação aos colaboradores quanto à prevenção de acidentes;
- Discussão sobre os acidentes ocorridos e solicitação de medidas que previnam outros semelhantes;
- Participação na elaboração do Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA);
- Solicitação de medidas para reduzir, e até eliminar, os riscos existentes ou neutralizá-los.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURA ORGÂNICA

Art. 5º

A CIPA deve ficar como um órgão de assessoria, no organograma do serviço, ligado diretamente à Diretoria Administrativa.

CAPÍTULO V

DO PESSOAL

Art. 6º

A CIPA é composta pelos seguintes membros:

- Presidente;
- Vice-Presidente;

- Secretário;
- Suplentes.

CAPÍTULO VI

DA COMISSÃO

Art. 7º

A CIPA, para Instituições de Saúde, deverá ser composta por representantes do empregador e dos colaboradores, nas seguintes proporções, definidas pela NR-5, grupo C-34 da Portaria ministerial nº 3.214 de 08/06/78:

- Havendo de 20 a 50 empregados na empresa, haverá dois membros na CIPA, sendo 01 efetivo e 01 suplente;
- Havendo de 50 a 100 empregados na empresa, haverá 4 membros na CIPA, sendo 02 efetivos e 02 suplentes;
- Havendo de 101 a 300 empregados na empresa, haverá 7 membros na CIPA, sendo 04 efetivos e 03 suplentes;
- Havendo de 301 a 500 empregados na empresa, haverá 8 membros na CIPA, sendo 04 efetivos e 04 suplentes;
- Havendo de 501 a 1.000 empregados na empresa, haverá 11 membros na CIPA, sendo 06 efetivos e 05 suplentes;
- Havendo de 1.001 a 2.500 empregados na empresa, haverá 15 membros na CIPA, sendo 08 efetivos e 07 suplentes;
- Havendo de 2.501 a 5.000 empregados na empresa, haverá 18 membros na CIPA, sendo 10 efetivos e 08 suplentes;
- Havendo de 5.001 a 10.000 empregados na empresa, haverá 21 membros na CIPA, sendo 12 efetivos e 09 suplentes;
- Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 deverão ser acrescidos 04 membros da CIPA, sendo 02 efetivos e 02 suplentes;

O número de membros representantes dos empregados deverá ser igual ao número de membros representantes do empregador;

A CIPA deverá manter o mesmo número de suplentes tantos quantos forem os representantes do empregador e dos colaboradores;

Os representantes do empregador serão por este designados, na medida do possível, das áreas de administração, técnica (operacional), médica e de serviço social;

Os representantes dos colaboradores serão eleitos por estes, durante o expediente normal da empresa.

CAPÍTULO VII

DA ELEIÇÃO

Art. 8º

O processo eleitoral observará as seguintes condições:

- Os representantes dos empregados, titulares e suplentes serão eleitos por meio de votação secreta;
- Os demais candidatos assumirão a condição de suplentes, obedecendo à ordem decrescente de votos recebidos;
- Os candidatos votados e não eleitos como titulares ou suplentes deverão ser relacionados no ato da eleição, em ordem decrescente de votos, possibilitando sua nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes;
- O presidente da CIPA será designado pelo empregador, anualmente, dentre seus representantes titulares;
- Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso. A empresa estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional;
- O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral – CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral. Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pela empresa;
- A eleição para o novo mandato da CIPA deverá ser convocada pelo empregador, com prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato e realizada com antecedência mínima de 30 (trinta) dias ao término do mandato;
- O Vice-Presidente da CIPA será escolhido pelos representantes dos colaboradores dentre os seus titulares;
- O secretário será escolhido de comum acordo entre os representantes dos colaboradores e do empregador;

- Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;
- Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;
- Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;
- Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;
- Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
- Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados;
- Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;
- Faculdade de eleição por meios eletrônicos;
- Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos;
- Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias;
- As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada do MTE, até trinta dias após a data da posse dos novos membros da CIPA;
- Compete à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder à anulação quando for o caso;
- Em caso de anulação, a empresa convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência , garantidas as inscrições anteriores;
- Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral;
- Assumirão a condição de membros titulares e suplentes os candidatos mais votados;
- Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento;

- Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

CAPÍTULO VIII

DO MANDATO

Art. 9º

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto na NR-5, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos:

- Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados;
- Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados;
- O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição;
- É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato;
- Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT;
- Empregador deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA;
- O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente;
- Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior;
- Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador;

- Empossados os membros da CIPA, a empresa deverá protocolizar, em até dez dias, na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias;
- Protocolizada na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, a CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento;
- O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de 1 ano, permitida uma reeleição;
- O disposto no artigo anterior não se aplicará ao membro suplente que durante o seu mandato, tenha participado de menos da metade do número de reuniões da CIPA;
- Durante o mandato, os titulares da representação dos empregados na CIPA não poderão ser transferidos para outras localizações, salvo quando houver concordância expressa dos mesmos;
- Os membros titulares da CIPA, designados pelo empregador, não poderão ser reconduzidos para mais de dois mandatos consecutivos;
- Durante o mandato, os membros da CIPA não poderão sofrer despedida arbitrária, entendendo-se como tal a que não se fundar em motivo disciplinar, técnico, econômico ou financeiro;
- Ocorrendo a despedida, caberá ao empregador, em caso de reclamação à Justiça do Trabalho, comparar a existência de qualquer dos motivos mencionados, sob pena de ser condenado a reintegrar o colaborador;
- Fica vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do colaborador eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

CAPÍTULO IX

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10

São atribuições da CIPA:

- Identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;

- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde se considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- Discutir os acidentes ocorridos;
- Sugerir medidas de prevenção de acidentes, julgadas necessárias, por iniciativa própria ou de outros empregados;
- Promover a divulgação e observância das normas de segurança e medicina no trabalho, ou de regulamentos e instrumentos de serviço, emitidos pelo empregador;

- Adotar um comportamento preventivo durante o trabalho, estimulando o interesse dos colaboradores pela prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais;
- Participar da Campanha permanente de prevenção de acidentes, promovida pela empresa;
- Registrar em livro próprio as datas das reuniões da CIPA e enviar, mensalmente, ao SESMT e ao empregador cópia delas;
- Participar ou investigar as causas, circunstâncias e consequências dos acidentes e das doenças ocupacionais, acompanhando a execução das medidas corretivas;
- Realizar, quando houver denúncia de risco, ou por iniciativa própria e mediante aviso prévio ao empregador e ao SESMT, inspeção nas dependências da empresa, dando conhecimento dos riscos encontrados ao responsável pelo setor, ao SESMT e ao empregador;
- Dar sugestões para realização de cursos, treinamentos e campanhas que julgar necessários para melhorar o desempenho dos empregados quanto à segurança e medicina do trabalho;
- Convocar pessoas, no âmbito da empresa, quando necessário, para a tomada de informações, depoimentos e dados ilustrativos e/ou esclarecedores, por ocasião da investigação dos acidentes de trabalho.

CAPÍTULO X

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 11

Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 12

Compete ao Presidente da CIPA:

- Convocar os membros para reunião da CIPA;
- Presidir as reuniões, encaminhando ao empregador e à SESMT, as recomendações aprovadas e acompanhar a execução delas;
- Designar membro da CIPA para investigar acidente de trabalho ou acompanhar investigação feita pelo SESMT, imediatamente após receber a comunicação do encarregado do setor onde ocorreu o acidente;
- Determinar tarefas aos membros da CIPA;

- Coordenar todas as atribuições da CIPA;
- Manter e promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;
- Delegar atribuições ao Vice-Presidente;
- Coordenar e supervisionar as atividades da secretária.

Art. 13

Compete ao Vice-Presidente da CIPA:

- Executar atribuições que lhe forem delegadas;
- Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 14

Compete ao Secretário da CIPA:

- Elaborar as atas das eleições e das reuniões, registrando-as em livro próprio;
- Preparar a correspondência;
- Manter o arquivo atualizado;
- Providenciar para que as atas de reuniões sejam lidas por todos os membros da CIPA.

Art. 15

Compete aos membros da CIPA:

- Elaborar o calendário anual de reuniões da CIPA;
- Participar das reuniões da CIPA, discutindo os assuntos em pauta e aprovando as recomendações;
- Investigar o acidente de trabalho isoladamente ou em grupo, e discutir os acidentes ocorridos;
- Frequentar os cursos sobre prevenção de acidentes de trabalho;
- Cuidar para que todas as atribuições da CIPA previstas no Art. 30 sejam cumpridas;
- Colaborar com a gestão da CIPA.

CAPÍTULO XI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 16

O funcionamento da CIPA será norteado pelos seguintes aspectos:

- A CIPA reunir-se-á com todos os seus membros, pelo menos uma vez por mês, em local apropriado e durante o expediente normal da empresa, obedecendo ao calendário anual;
- Sempre que ocorrer acidentes que resultem em morte, perda de membros ou de função orgânica e ainda causem prejuízo, a CIPA se reunirá em caráter extraordinário no prazo máximo de 48 horas após a ocorrência, podendo ser exigida a presença do responsável pelo setor onde ocorreu o acidente;
- As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros;
- As atas ficarão no estabelecimento à disposição dos Agentes da Inspeção do Trabalho – AIT (Ministério do Trabalho).

CAPÍTULO XII

DAS NORMAS

Art. 17

A CIPA seguirá as seguintes Normas Administrativas:

- As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso, sendo que, em havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação**,** será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião;
- Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado. O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice efetivarem os encaminhamentos necessários***;***
- O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa;
- A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo o empregador comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos;
- No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, escolhido preferencialmente dentre os membros da CIPA;
- No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados escolherão o substituto, dentre seus titulares, em dois dias úteis;

- A composição da CIPA deverá obedecer a critérios que permitam estar representada a maior parte dos setores do estabelecimento, não devendo faltar, em nenhuma hipótese, a representação dos setores que ofereçam risco ou que apresentem maior número de acidentes;
- Organizada a CIPA, deverá ser registrada no órgão regional do Ministério do Trabalho - MTb, até 10 (dez) dias após a eleição;
- O registro da CIPA será feito mediante requerimento ao Delegado Regional do Trabalho ou Delegado do Trabalho Marítimo, acompanhado de cópia da eleição e da instalação e posse, contendo o calendário anual das reuniões ordinárias da CIPA, com dia, mês, hora e local de realização das mesmas;
- Após cada eleição, a empresa fica obrigada a encaminhar ao DRT ou DTM as atas e calendários referidos no inciso anterior;
- Nos impedimentos eventuais ou afastamentos temporários do Presidente da CIPA, o seu suplente assumirá o lugar de representante titular do empregador e não as funções do Presidente. O mesmo aplicar-se-á ao Vice-Presidente (empregado);
- Quando houver constatação de risco e/ou ocorrer acidente de trabalho, com ou sem vítima, o responsável pelo setor deverá comunicar a ocorrência de imediato, ao Presidente da CIPA, o qual, em função da gravidade, convocará reunião extraordinária ou incluirá o fato na pauta ordinária;
- A CIPA deverá discutir o acidente e encaminhar ao SESMT e ao empregador o resultado e as solicitações de providências;
- O empregador, ouvido o SESMT, terá 8 (oito) dias para responder à CIPA, indicando as providências adotadas ou a sua discordância devidamente justificada;
- Quando o empregador discordar das solicitações da CIPA e esta não aceitar a justificativa, o empregador deverá solicitar a presença do MTB no prazo de 8 (oito) dias a partir da data da comunicação da não aceitação, pela CIPA;
- O empregador deverá promover, para todos os membros da CIPA, titulares e suplentes, inclusive para o secretário e seu substituto, em horário de expediente normal da empresa, curso para cipistas, com carga horária mínima de 18 (dezoito) horas;
- O curso referido no artigo anterior, de frequência obrigatória, deve ser promovido antes da posse dos membros de cada mandato, exceção feita ao mandato inicial de uma CIPA, quando o curso deverá ser realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da eleição.

CAPÍTULO XII

DO TREINAMENTO

Art. 18

O treinamento será regido pelos seguintes princípios:

- A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse;
- Treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse;
- Treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:
- Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;
- Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;
- Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;
- Noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS e medidas de prevenção;
- Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
- Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão;
- O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em, no máximo, oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa;
- O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados;
- A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo à empresa escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento;
- Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego determinará a complementação ou a realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de trinta dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

CAPÍTULO XIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 19

Todo membro integrante da CIPA deverá ter conhecimento do presente Regimento.

Art. 20

É função do Presidente da CIPA manter este instrumento devidamente atualizado.

CAPÍTULO XIV

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 21

Este Regimento deverá ser observado na íntegra por todos.

Art. 22

O presente Regimento serve como instrumento de definição de atividades e instalação de autoridade, devendo ser aplicado a todos sem qualquer exceção.

Art. 23

O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua implantação.

Art. 24

Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Diretoria Administrativa do serviço, resguardando-se as disposições legais vigentes.

Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Revisão : Semestral

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

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												

8.2.2. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA

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

1) Seleção de materiais e medicamentos

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

2) Aquisição

A aquisição dos materiais utilizados dentro de um 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.

3) Recebimento

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

A avaliação da entrega dos insumos aos hospitais deve sempre confrontar o produto físico com a Nota Fiscal e a Ordem de Compras da Instituição, averiguando se o que está entrando no 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.

4) Armazenamento

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

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

5) Distribuição

A distribuição racional dos medicamentos e materiais assegura o envio dos produtos solicitados pelos usuários, na quantidade e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo estabelecido, empregando métodos de melhor custo *versus* eficácia e *versus* eficiência.

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

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

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

Além disso, a descentralização dos estoques dificulta sua gestão e facilitam possíveis desvios e armazenamentos inadequados, gerando desperdícios de recursos financeiros.

O sistema de distribuição individualizada é o modelo mais praticado nas Instituições de Saúde. Nele, todas as prescrições de um paciente são enviadas à Farmácia e a mesma é responsável por avaliar a prescrição, intervir junto à equipe de saúde

quando necessário, e dispensar todos os insumos necessários à assistência ao paciente por 24horas.

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

O sistema misto possui características do sistema coletivo e do individualizado. Algumas solicitações são feitas através de requisições que são dispensados para os setores de internação, enquanto que alguns produtos são atendidos conforme a prescrição médica.

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.

Dimensionamento de Pessoal:

COLABORADORES	QTDE	CH	VINCULO
Farmacêutico RT	01	30h	CLT
Farmacêutico	02	30h	CLT
Auxiliar de Farmácia	10	36h	CTT

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:

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

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO:

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

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

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

Finalidades do Prontuário Eletrônico

A. Acesso remoto e simultâneo: vários profissionais podem acessar um mesmo prontuário simultaneamente e de forma remota.
B. 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.
C. 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.
D. 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.
E. 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.
F. 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.
G. Captura automática de dados: dados fisiológicos podem ser automaticamente capturados dos monitores, equipamentos de imagens e resultados laboratoriais, evitando erros de transcrição.
H. 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.
I. 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.
J. Saídas de dados diferentes: o dado processado pode ser apresentado ao usuário em diferentes formatos: voz, imagem, gráfico, impresso, e-mail, alarmes e outros.
K. 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.

L. 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.

8.2.3. ORGANIZAÇÃO DO ALMOXARIFADO

O almoxarifado é o setor onde encontramos os "insumos" materiais necessários à sustentação do processo e do sistema produtivo, seja ele de bens, seja de serviços. Não vai longe à época em que a idéia de almoxarifado sugeria uma espécie de "velho armazém", de ambiente escuro e ar viciado, onde se estocavam, indistintamente, com mais ou menos ordem, coisas velhas e novas, sob a responsabilidade de um "homenzinho", ignorado ou quase, ao qual, até parece ironia, se dava o nome de "almoxarife", quando, na realidade, não passava de um simples guarda que, além da missão de guardar, tinha ainda a seu cargo as funções de "recebedor" e "entregador" de materiais e artigos diversos. A importância atribuída atualmente ao almoxarifado já se faz sentir, quer em termos de planejamento para a sua instalação, quer em termos de escolha do responsável pela sua gestão, quer na seleção do pessoal auxiliar para a composição do seu quadro.

O Setor de Almoxarifado atua como fornecedor e armazenador para todas as áreas da organização atendendo às demandas de pedidos de materiais constantes em seu estoque. O Setor de Almoxarifado é responsável pela guarda, fracionamento e distribuição de materiais.

O Setor de Almoxarifado é responsável por suprir todas as unidades incluindo as áreas assistenciais de materiais necessários aos cuidados dos pacientes. O Hospital tem uma relação de produtos padronizados, ou seja, produtos que devem ser mantidos regularmente em estoque, e para tal o Almoxarifado, mediante consumo dos produtos emite uma solicitação de compra ao Setor de Compras, para reposição do estoque.

O Setor de Compras faz a cotação, de acordo com as marcas previamente padronizadas, após fechar a negociação emite a ordem de compra. O Almoxarifado procede ao recebimento dos produtos dos fornecedores mediante a ordem de compra, confere a descrição do item recebido, dosagem, apresentação, quantidade e preço e realiza a avaliação do fornecedor.

Os objetivos do almoxarifado, assim como de todo e qualquer sistema de administração de materiais, prendem-se aos seguintes tópicos:

- Ter o material certo;
- Na quantidade certa;
- Na hora certa;
- No lugar certo;
- Na especificação certa.

As tarefas do processo de almoxarifado compreendem o cumprimento das principais atividades a seguir especificadas:

1. Levantar necessidade de compra
2. Enviar pedido de compra ao setor de compra
3. Receber ordem de compra
4. Receber o material
5. Conferir o material de acordo com a ordem de compra
6. Armazenar em condições adequadas ao produto
7. Entrar com a nota fiscal no sistema
8. Receber a solicitação de material dos setores
9. Separar o material
10. Entregar o material
11. Dar saída no material no sistema de controle
12. Protocolar nota fiscal
13. Enviar nota fiscal ao setor financeiro para pagamento

Mapa de Processo

Fornecedores	Principais Entradas	Principais Atividades	Produto	Cliente
1 - Setores	1 - Solicitação de material de consumo 1 - Materiais de consumo	1. Levantar necessidade de compra 2. Enviar pedido de compra ao setor de compra 3. Receber ordem de compra 4. Receber o material 5. Conferir o material de acordo com a ordem de compra 6. Armazenar 7. Entrar com a nota fiscal no sistema MV 8. Recebera solicitação de material dos setores 9. Separar o material 10. Entregar o material 11. Dar saída no material no sistema MV 12. Protocolar nota fiscal 13. Enviar nota fiscal à contabilidade	1 - Material de consumo	1 - Setores
2 - Fornecedores Externos	2 - Notas Fiscais		2 - Nota fiscal	2 - CTD
3 - CPR	3 - Ordem de compras e follow up de ordem de compra		3 - Pedido de compra	3 - CPR

Requisitos dos Processos para as entradas	Requisitos para o processo	Requisitos dos clientes para os produtos
CAF ALM - 001	RDC 50 DECRETO-LEI Nº 200 DECRETO Nº 99.658 LEI N. 4.320 INSTRUÇÃO NORMATIVA 205 INSTRUÇÃO NORMATIVA N.º 12 Decreto Lei nº. 5.452 Lei nº 6437 Lei nº 6360 Portaria 3214/78 - NR 16	1. Entrega do material solicitado conforme a solicitação 2. Entrega das notas fiscal para contabilidade no prazo de 48hs 2. Nota fiscal carimbada e assinada pelo setor responsável 3. Pedido de compra padronizado na data correta para compra de acordo com o estoque 3. Pedido de compra não padronizado com assinatura e carimbo do responsável do setor e administração na data correta para compra

Recursos Humanos (funções envolvidas)	Infra - Estrutura Básica Condições do Ambiente de Trabalho	Riscos associado as principais atividades
1. Almoxarife (1) 2. Auxiliar de almoxarife (1)	Carrinho Computadores Prateleiras Sistemas Impressora Telefone Aparelho de fax Moveis Escadas	1 - responsabilidade civil 2 - responsabilidade civil,saude finaceira 3 responsabilidade civil 4 - responsabilidade civil ,ambientais e sanitario 5 - responsabilidade civil 6 - responsabilidade civil ,ambientais e sanitarios 7 - responsabilidade civil e saude financeira 8 - responsabilidade civil 9 - responsabilidade civil ambientais e sanitarios 10 - responsabilidade civil , ambientais sanitario 11 - responsabilidade civil 12 - responsabilidade civil ,saude financeira 13 - responsabilidade civil ,saude financeira

Indicadores de Desempenho	Documentos de referência para o Processo	Registros Gerados pelo Processo
1/2/7 - Taxa de ausências de itens A e B da curva no estoque 1/2/11/13 - Taxa de giro de estoque/mês 3/4/5/6 - Evento adverso relacionado a perda 8 - % de Atendimento fora da data/Solicitações recebidas 9/10 - % de entregas na data correta	1- POP ALM - 002/015 2- POP ALM - 002/015 4--5-6 POP ALM - 004 /015 7 -POP-005/015 8-9-10-11- POP ALM 003/011/010/015/014 12-13-POP 009/015	1. Relatório de estoque 2. Relatório de entrada e saída 3. 2º via de nota fiscal 4. Solicitações de material de consumo padrão 5.Pedido de compra, 6 livro de protoco , 7 solicitação de material de consumo não padrão, 8 ordem de compra

Siglas:CTD: contabilidade**/**CPR: compras

Cadeia de Acordo com o Fornecedor do Almoxarifado

FORNECEDORES	IN/EX	P/S RECEBIDO	CONDIÇÕES PARA RECEBIMENTO	E/A	PROCESSO
SETORES ASSISTENCIAS	IN	Solicitação de material de consumo padrão	1. A solicitação deverá ser enviada toda terça e sexta 2. O horário de entrega da requisição será até as 11h da manhã. 3. A solicitação deverá ser preenchida com a descrição do material, centro de custo e código corretos e clareza. 4. A solicitação deverá ser assinada via sistema pelo responsável do setor ou indicado.	E	Recebimento, armazenamento, distribuição de material de consumo e gestão de estoque
SETORES ADMINISTRATIVOS	IN	Solicitação de material de consumo padrão	1. A solicitação deverá ser enviada toda segunda e quinta-feira. 2. O horário de entrega da solicitação será até as 11h da manhã. 3. A solicitação deverá ser preenchida com a descrição do material, centro de custo e código corretos e clareza. 4. A solicitação deverá ser assinada via sistema pelo responsável do setor ou indicado.	E	Recebimento, armazenamento, distribuição de material de consumo e gestão de estoque
TODOS OS SETORES	IN	Solicitação de material de consumo não padrão p/ compra	1. O item da solicitação de compra deverá ser preenchido com a descrição correta e clareza 2. Toda solicitação deverá ter a assinatura do responsável do setor e da administração 3. A solicitação deverá ser enviada em 2 vias, 1ª via almoxarifado 2ª via dpto de compra. 4. Toda solicitação deverá ser enviada na data certa da compra de acordo c/ cada tipo de material, 1ª semana do mês material cirúrgico, radiológico e químico, 2ª semana material de limpeza e descartáveis e SND, 3ª semana material de escritório e gráfica.	E	Recebimento, armazenamento, distribuição de material de consumo e gestão de estoque
CPR	IN	ORDEM DE COMPRA	1. Ordem de compra de acordo com a solicitação dos setores assinada, carimbada pelo superintendente e autorizada no sistema	E	Recebimento, armazenamento, distribuição de material de consumo e gestão de estoque

Prontuário eletrônico:

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

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

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

Finalidades do Prontuário Eletrônico

M. Acesso remoto e simultâneo: vários profissionais podem acessar um mesmo prontuário simultaneamente e de forma remota.
N. 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.
O. 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.
P. 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.
Q. 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.
R. 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.
S. Captura automática de dados: dados fisiológicos podem ser automaticamente capturados dos monitores, equipamentos de imagens e resultados laboratoriais, evitando erros de transcrição.

T. 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.
U. 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.
V. Saídas de dados diferentes: o dado processado pode ser apresentado ao usuário em diferentes formatos: voz, imagem, gráfico, impresso, e-mail, alarmes e outros.
W. 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.
X. 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.

MANUAL DO SETOR DE FARMÁCIA

CAPÍTULO I

DA APRESENTAÇÃO

Art. 1º

O Setor de Farmácia está subordinado à Coordenação Administrativa, devendo obedecer sempre ao estabelecido pelo instrumento máximo desta Instituição, o Regulamento da unidade. O Setor é responsável por suprir a unidade com materiais e medicamentos que garantam o funcionamento deste.

CAPÍTULO II

DA IMPORTÂNCIA

Art. 2º

O Setor de Farmácia é de suma importância para a unidade, pois assegura o reabastecimento dos materiais e medicamentos necessários ao ciclo operacional da mesma. Uma administração eficaz resolve grande parte dos problemas administrativos, qualitativos, operacionais e financeiros. Os materiais, medicamentos e produtos em geral devem ser adquiridos a um bom preço, em quantidade e qualidade obedecendo a padrões preestabelecidos, cumprindo um

prazo de entrega compatível com a necessidade, e posteriormente, estocados seguindo normas específicas.

CAPÍTULO III

DAS FINALIDADES

Art. 3º

O Setor de Farmácia tem por finalidade tornar possível o contínuo abastecimento dos produtos necessários para atender à demanda, bem como cuidar de todos os problemas relacionados a materiais e medicamentos, zelando e controlando, para garantir quantidade suficiente e qualidade no abastecimento e atendimento aos pacientes, mantendo-os sempre os medicamentos e materiais num padrão preestabelecido de estocagem, garantindo assim um bom estado para uso dos mesmos.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURA ORGÂNICA

Art. 4º

O Setor de Farmácia está subordinada à Coordenação de Apoio.

CAPÍTULO V

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 5º

O Setor de Farmácia assim se representa:

- ✓ Recebimento de produto;
- ✓ Conferência;
- ✓ Entrada de notas fiscais no sistema;
- ✓ Armazenagem;
- ✓ Distribuição;
- ✓ Cadastro de materiais e medicamentos;
- ✓ Distribuição de materiais e medicamentos, requisitados ou prescritos pelo Corpo Clinico desse hospital;

- ✓ Registro de produtos inventariados;
- ✓ Emissão de relatórios administrativos e contábeis;
- ✓ Controle de materiais e medicamentos;

CAPÍTULO VI

DOS RECURSOS HUMANOS E SEUS REQUISITOS

Art. 6º

O quadro de pessoal é composto por:

- ✓ Farmacêutico;
- ✓ Auxiliar de Farmácia.

Art. 7º

Os requisitos exigidos para o cargo de Farmacêutico:

I. Instrução mínima – 3º grau completo Certificado de conclusão da graduação em Farmácia;

II. Conhecimentos técnicos para desenvolver as atividades de sua competência;

III. Capacidade de motivação, liderança e organização;

IV. Espírito de colaboração e disciplina;

V. Instrução e conhecimentos em informática.

Art. 8º

Os requisitos exigidos para o cargo de Coordenador:

I. Instrução mínima – Ensino médio completo, ou cursando faculdade;

II. Conhecimento das atividades do setor;

III. Espírito de colaboração e disciplina;

IV. Instrução e conhecimentos em informática;

Art. 9º

Os requisitos exigidos para o cargo de Auxiliar de Farmácia:

I. Instrução mínima – Ensino médio;

II. Condições básicas para desenvolver as atividades de sua competência;

III. Espírito de colaboração, trabalho em equipe e disciplina;

IV. Instrução e conhecimentos em informática.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10º

Ao Setor de Farmácia, atribuem-se:

I. Previsão, em quantidade e qualidade, dos materiais e medicamentos e demais produtos necessários ao funcionamento racional e eficaz da unidade;

II. Elaboração de ordem de compra ou ordem de serviço de acordo com o fornecedor selecionado, conforme critérios previamente estabelecidos e autorização pela Diretoria;

III. Recebimento e conferência dos materiais, medicamentos e demais produtos;

IV. Entrada no sistema dos materiais e medicamentos adquiridos;

V. Armazenamento dos materiais e medicamentos, de modo a oferecer proteção contra perdas, deterioração e avarias;

VI. Distribuição dos materiais e medicamentos;

VII. Elaboração da padronização de materiais e medicamentos;

VIII. Solicitação, controle e pareceres sobre a qualidade dos materiais e medicamentos comprados;

IX. Pesquisa e avaliação mercadológica de fornecedores;

X. Pesquisa interna mensal sobre a satisfação dos serviços prestados;

XI. Análise detalhada dos relatórios mensais por tipo (Curva ABC, Ponto de Pedido, Volume de Compras, Produtos a Vencer etc.)

XII. Elaboração, descrição, aprovação e divulgação interna dos Procedimentos Operacionais Padrão de atividades, conforme estabelecimento da norma ONA – Organização Nacional de Acreditação preconiza.

XIII. Cumprir as normas do S.C.I.H.;

XIV. Conferencia dos carrinhos de emergência;

XV. Garantir rastreabilidade dos medicamentos;

XVI. Obter junto à Vigilância Sanitária, documentação atualizada que garanta o funcionamento do setor, conforme legislações vigentes;

XVII. Controle de entrada, saída e saldo em sistema informatizado;

XVIII. Distribuição dos materiais e medicamentos, conforme requisição ou prescrição médica;

XIX. Avaliar, elaborar e enviar a administração o conjunto de relatórios gerenciais do setor;

XX. Manter cadastro devidamente atualizado de materiais, medicamentos e fornecedores;

XXI. Emitir ordem de compras após autorização de aquisição pela administração;

XXII. Receber representantes de vendas;

XXIII. Comunicar à Administração qualquer irregularidade verificada;

CAPÍTULO VIII

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 11º

Ao Farmacêutico compete:

I. Assessorar o Corpo Clínico e o serviço de Enfermagem no desempenho adequado de suas funções;

II. Elaborar, com a colaboração do Corpo Clínico e demais profissionais, a padronização dos medicamentos;

III. Controlar entorpecentes e psicotrópicos, de acordo com a legislação vigente;

IV. Participar da C.C.I.H. e acompanhar o controle da prescrição de antibióticos;

V. Supervisionar a estocagem dos medicamentos, avaliando as condições necessárias à sua perfeita conservação;

VI. Cooperar com o setor de treinamento com vistas a obter capacitação profissional aos colaboradores do setor;

VII. Cumprir e fazer cumprir o regimento interno pertinente às atividades hospitalares e relativas às assistências farmacêuticas;

VIII. Realizar visitas a unidade a fim de detectar alguma irregularidade e sugerir recomendações;

Art. 12º

Ao Auxiliar de Farmácia compete:

I. Preencher, distribuir e arquivar impressos e mapas necessários ao serviço.

II. Recebimento, conferência e armazenamento dos estoques de medicamentos e materiais em geral, através da Ordem de Compra e Nota Fiscal correspondente.

III. Verificação das ordens de produtos consignados e posterior distribuição dos mesmos;

IV. Digitação das baixas de movimentação de estoque (dispensações, empréstimos, doações e mat./med. vencidos) diária e pendências anteriores;

V. Digitação das entradas de movimentação de estoque (compras, devoluções, empréstimos e doações) diária e pendências anteriores;

VI. Verificação das prescrições médicas e requisições encaminhadas a Farmácia para iniciar processo de separação de produtos, conforme ordem de recebimento das unidades (rotinas + intercorrências);

VII. Separação de produtos por prescrição médica - dose individualizada e produtos para reposição, conforme ordem de recebimento das unidades e intercorrências;

VIII. Encaminhamento dos produtos separados por prescrição médica para as unidades e conferência no ato da entrega;

IX. Encaminhamento dos produtos separados por requisição do dia para as unidades e conferência no ato da entrega;

X. Separar e individualizar os medicamentos que necessitem de dose unitária;

XI. Fazer continua fiscalização nos estoques da unidade no intuito de manter o controle de medicamentos e materiais nas condições estabelecidas;

XII. Trabalhar com máxima transparência junto a seu Coordenador;

XIII. Fazer conferências em estoques fixos em datas estabelecidas por seu Coordenador;

XIV. Cumprir e fazer cumprir o regimento interno implantado.

Art. 13º

CAPÍTULO IX

DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 14º

O Setor de Farmácia trabalha 24 horas todos os dias da semana

CAPÍTULO X

DAS NORMAS

Art. 15º

Os colaboradores obedecerão às seguintes Normas Administrativas:

I. Todos os colaboradores cumprirão o horário de trabalho estabelecido;

II. Os colaboradores deverão trabalhar devidamente uniformizados e identificados;

III. A marcação do ponto deve ser feita com o colaborador devidamente uniformizado, tanto na entrada como na saída;

IV. A troca de plantão deverá ser avisada antecipadamente, por escrito, e autorizada pelo responsável do setor;

V. Os fornecedores serão atendidos somente dentro do horário pré-estabelecido;

VI. A compra dos materiais e medicamentos só será efetuada após aprovação da Diretoria Administrativa;

VII. A quantidade de material entregue não poderá ser maior que a constante na requisição;

VIII. Não poderá ser entregue material sem requisição;

IX. As requisições deverão ser atendidas ordinariamente conforme escala pré-determinada;

X. O Setor deverá acatar as normas e regulamentações da Vigilância Sanitária;

XI. Nenhum material ou medicamento poderá ser vendido, trocado ou emprestado a terceiros, sem a prévia autorização do Responsável juntamente com a Diretoria Administrativa;

XII. O quadro de pessoal está sujeito a alterações a critério da Direção Administrativa, de acordo com as necessidades da unidade;

XIII. Participar dos treinamentos dos quais for convocado;

XIV. Nenhum colaborador poderá ausentar-se do trabalho sem autorização de sua supervisão imediata;

XV. Todo o colaborador deve portar um "crachá", com seu nome e sua função para permitir sua identificação, facilitando seu ingresso na Unidade e principalmente nos quartos quando ocupados por paciente, bem como seu transito pelas áreas da unidade;

XVI. As normas técnicas estarão descritas no Manual de Organização do Serviço, sendo acatadas integralmente por seus colaboradores.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 16º

Todo colaborador do setor deverá ter conhecimento do presente regimento.

Art. 17º

É função do Responsável pelo Setor manter este Regimento, devidamente disponibilizado, acessível e atualizado.

CAPÍTULO XII

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 18º

O presente Regimento serve como instrumento de definição de atividades e instalação de autoridade, devendo ser observado na íntegra por todos os colaboradores do setor de farmácia e aplicado a todos sem qualquer exceção.

Art. 19º

As atividades desenvolvidas pelo setor de farmácia estarão detalhadamente descritas nos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do setor, devendo ser acatadas integralmente por seus colaboradores.

Art. 20º

Os casos omissos neste Regimento deverão ser resolvidos pela Direção Administrativa.

Art. 21º

O presente Regimento deverá obrigatoriamente sofrer revisão a cada 12 meses após a primeira aprovação e/ou sempre que o setor houver quaisquer alterações que devam constar neste documento.

Art. 22º

O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e assinatura da Diretoria Administrativa da unidade.

8.2.4. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE

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.

O quadro de profissionais encontra-se no item 10.11.deste projeto.

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

Seção de Arquivo*:*

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

No Hospital teremos prontuário eletrônico, mas devido a algumas controvérsias de legislações e como segurança utilizaremos o **Sistema Dígito 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...	PRATELEIRAS
BRANCA	00 BRANCA
	01 MARROM
	02 VERDE
	03 PRETA
	04 VIOLETA

05 AMARELA

06 LARANJA

07 AZUL

09 VERMELHA

ESTANTE 1... PRATELEIRAS

MARROM

10 BRANCA

11 MARROM

12 VERDE

13 PRETA

14 VIOLETA

15 AMARELA

16 LARANJA

17 AZUL

18 CINZA

19 VERMELHA

ESTANTE 2... PRATELEIRAS

VERDE

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).

O quadro de profissionais encontra-se no item 10.11.deste projeto.

A descrição da Comissão de Revisão de Prontuários encontra-se no item 8.2.1. deste projeto.

8.2.5. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO 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 estimativas 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.

8.2.6. MONITORAMENTO DE INDICADORES DE 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.

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 m3 de oxigênio

Informações de Faturamento

- Faturamento Total (Previsto e Realizado), com variação

DESEMPENHO DE INDICADORES ESTRATÉGICOS

Os indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade. Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito.

A seguir alguns exemplos de indicadores de qualidade e referencial proposto. O referencial poderá ser modificado para atender as metas contratuais ou mediante o perfil da unidade ou ainda para ser comparado com unidades do mesmo perfil:

- Taxa de Satisfação - mínimo de 80%

- Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento dos Usuários - = 100%
- Taxa de transferência de usuários menor ou igual a 1%
- Taxa de Revisão de Prontuários pela Comissão de Óbito - = 100%
- Taxa de Revisão de Prontuários, pela CCIH - = 100%
- Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a CVC -ANAPH 2012 – 0,6%
- Densidade de incidência de Pneumonia associada a ventilação mecânica – HIAE -1,4/1000 ventilador/dia
- Densidade de incidência de ITU associada a cateter vesical de demora – HIAE 2012 – 1,5/1000 vê-dia
- Taxa de infecção hospitalar geral – CQH – 2013 - 2,11% natureza públicos – 3,0%
- Taxa de infecção UTI adulto - – CQH – 2013 – 11,03 - natureza públicos 12,38% e ANAPH 2012 11,3%
- Taxa de infecção UTI pediátrica - – CQH – 2013- 1.61% natureza públicos 10,25%
- Taxa de infecção UTI neonatal - – CQH – 2013- 14,83% natureza públicos 15,64% e ANAPH 2012- 6,2
- Taxa de mortalidade institucional (após 24h) - Anahp 2012 - 1,31%
- Taxa de adesão global aos protocolos de segurança do paciente - Meta Pró Saúde 80%
- Número de eventos notificados - 100%
- Taxa de conformidade com o RAG - Meta Pró Saúde 80%- Evolução de treinamento global 24 horas/homem ano Pró Saúde
- Média geral de permanência - ANAHP 2012 - 4,5 dias

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

Abaixo se encontram alguns indicadores estatísticos, que devem ser adequados ao perfil da unidade.

Média de paciente-dia por unidade:

Total de Paciente-dia dividido por no. De dias do período (28, 30 ou 31 dias)

$$\text{Média Geral} = \frac{\text{Total de Pacientes /Dia"A"}}{\text{Nº dias do período}}$$

A mesma lógica deverá ser aplicada em Paciente-dia por especialidade.

Atendimentos por procedência:

Essa informação será colhida através do Mapa de Atendimento, observando-se, todavia, os Municípios de procedência dos Pacientes.

Atendimento por faixa etária:

Essa informação será colhida através do Mapa de Atendimento, observando-se, todavia, as faixas etárias dos pacientes que foram atendidos no período.

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.

Procedimentos realizados:

É lançado no Plano Estatístico o Total de procedimentos realizados unidade, no período.

Média Diária: Divide-se o total de procedimentos realizados na unidade no mês pelo total de dia do mês

Taxa de transferência de usuários:

Taxa de pacientes que foram atendidos na unidade e necessitaram de transferência para outro serviço.

Fórmula: Total de usuários transferidos dividido por total de usuários atendidos, multiplicado por 100.

Taxa de usuários adultos classificados quanto ao risco, por enfermeiro:

Total de pacientes adultos atendidos na unidade que foram classificados quanto ao risco, pelo profissional enfermeiro.

Fórmula: Total de usuários classificados quanto ao risco por enfermeiro dividido por total de usuários registrados, multiplicado por 100.

Taxa de profissionais médicos cadastrados no CNES

Quantitativo de profissionais médicos cadastrados no CNES.

Fórmula: Total de profissionais médicos cadastrados no CNES dividido por Total de profissionais médicos contratados, multiplicado por 100.

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 especialidade solicitante.

Laboratório de Análises clínicas:

Exames por pacientes:

Quantidade de exames realizados no período.

Média Diária: Total de Exames divididos pelo período.

Radiologia:

Exames por pacientes

Quantidade de exames realizadas no período.

Média Diária: Total de Exames divididos pelo período.

Eletrocardiografia:

Exames por pacientes

Quantidade de exames realizados no período.

Média Diária: Total de Exames divididos pelo 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 na unidade no período

<u>Média Diária:</u> Total de reparos realizados pela Manutenção divididos pelo período.

Gases medicinais:

Deve-se lançar a quantidade de metros cúbicos de oxigênio utilizados no período.

<u>Média Diária:</u> 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.

<u>Média Diária:</u> 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.

<u>Média Diária:</u> 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.

<u>Média Diária:</u> 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

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:

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{\text{Nº de faltas em dias no período x 100}}{\text{Efetivo médio x período considerado}}$$

Horas Extras: quantidade em horas extras utilizadas no período;

Atrasos em Horas: quantidade de atrasos em horas 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:

$$\text{Indice de Rotatividade} = \frac{\frac{\text{Admitidos} + \text{Demitidos}}{2} \text{ x } 100}{\text{Efetivo Médio } (*)}$$

(*) 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:

$$\text{\% sobre o total de funcionários} = \frac{\text{Nº de funcionários da categoria x 100}}{\text{Total de funcionários do Hospital}}$$

Indicadores de Desempenho

Dentre os itens de desempenhos, temos os indicadores gerados pelas Comissões os que se encontram descritos no projeto, bem como indicadores de satisfação que se encontram descritos no item "Organização de serviço de atendimento ao usuário e pesquisa de satisfação".

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.

De acordo com a NBR ISO 9001:2008, um sistema de gestão deve dispor de ferramentas para atender os seguintes requisitos: 8.2.3 Medição e Monitoramento de Processos;

A organização deve aplicar métodos adequados para monitoramento e, quando aplicável, para medição dos processos do SGQ.
Esses métodos devem demonstrar a capacidade dos processos em alcançar os resultados planejados.

Ferramentas para a Solução de Problemas:

- Uso inadequado de equipamento
- Processo incompleto

- Pessoas em lugares inadequados
- Ausência de padronização
- Conflito de informação
- Equipamentos obsoletos

Antes de nos aprofundarmos em uma metodologia de como tratar Ações Corretivas e Preventivas, cabe apresentar citar as ferramentas de identificação e análise de problemas.

As ferramentas são:

- Formação de uma equipe;
- Fluxograma
- Braisntorming;
- Diagrama de causa e efeito;
- Folha de verificação;
- Diagrama de Pareto;

METODOLOGIA

- Selecionar e registrar os problemas a serem comparados;
- Listar os itens da esquerda para a direita no eixo horizontal, em ordem de grandeza decrescente da unidade de medição. As categorias que contêm o menor número de itens podem ser agrupadas numa "outra" categoria. Posicionar esta categoria no lado externo direito;
- Fazer dois eixos verticais, um em cada extremidade do eixo horizontal. A escala do lado esquerdo deve ser calibrada na unidade de medição. A escala do lado direito tem de possuir a mesma altura e ser calibrada de 0% a 100%;
- Desenhar um retângulo acima de cada item, cuja altura representa a magnitude da unidade de medição do item;
- Construir a linha de frequência cumulativa, somando a magnitude de cada item da esquerda para a direita;

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				

INDICADORES DE QUALIDADE

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Trimestralmente, serão reavaliados os Indicadores de Qualidade podendo os mesmos serem alterados ou introduzidos novos parâmetros e metas sendo que o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período, torna esse indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porem já não têm efeito financeiro.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade. Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito.

A seguir alguns exemplos de indicadores de qualidade e referencial proposto. O referencial poderá ser modificado para atender as metas contratuais ou mediante o perfil da unidade ou ainda para ser comparado com unidades do mesmo perfil:

- Taxa de Satisfação - mínimo de 80%
- Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento dos Usuários - = 100%
- Taxa de transferência de usuários menor ou igual a 1%
- Taxa de Revisão de Prontuários pela Comissão de Óbito - = 100%
- Taxa de Revisão de Prontuários, pela CCIH - = 100%
- Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a CVC -ANAPH 2012 – 0,6%

- Densidade de incidência de Pneumonia associada a ventilação mecânica – HIAE -1,4/1000 ventilador/dia
- Densidade de incidência de ITU associada a cateter vesical de demora – HIAE 2012 – 1,5/1000 vc-dia
- Taxa de infecção hospitalar geral – CQH – 2013 - 2,11% natureza públicos – 3,0%
- Taxa de infecção UTI adulto - – CQH – 2013 – 11,03 - natureza públicos 12,38% e ANAPH 2012 11,3%
- Taxa de infecção UTI pediátrica - – CQH – 2013- 1.61% natureza públicos 10,25%
- Taxa de infecção UTI neonatal - – CQH – 2013- 14,83% natureza públicos 15,64% e ANAPH 2012- 6,2
- Taxa de mortalidade institucional (após 24h) - Anahp 2012 - 1,31%
- Taxa de adesão global aos protocolos de segurança do paciente - Meta Pró Saúde 80%
- Número de eventos notificados - 100%
- Taxa de conformidade com o RAG - Meta Pró Saúde 80%- Evolução de treinamento global 24 horas/homem ano Pró Saúde
- Média geral de permanência - ANAHP 2012 - 4,5 dias

Conforme anexo III do contrato, integrante do edital, para o PRIMEIRO ANO DE CONTRATO estabelecem-se como indicadores determinantes:

1. Qualidade da Informação - Avalia a proporcionalidade de apresentação de laudos para Autorização de internação Hospitalar em relação à atividade hospitalar. A meta a ser cumprida é apresentação da totalidade (100%) das aih's por mês de competência, autorizadas pela Central de Regulação Estadual e apresentadas pelo hospital a Diretoria de Desenvolvimento e Auditoria dos Serviços de Saúde – DDASS.
2. Comissão de Prontuário - Para efeito de avaliação deste item deverão ser considerados os parâmetros abaixo especificados:

- ✓ Limite máximo de 10% a ser aceito com Prontuários apresentando não conformidades dos 11 itens de verificação, resultantes das auditorias da comissão e ainda do GTCAGHMR – SESPA.
- ✓ Pessoa responsável pela coordenação das ações da Comissão.
- ✓ Relatório trimestral das atividades da Comissão, do qual devem constar, como parâmetros, no mínimo:

a) Registro das reuniões realizadas no período (Ata Detalhada);
b) Nome e cargo das pessoas que compõem a Comissão;
c) Registro detalhado das atividades da Comissão e das medidas implementadas, quando for o caso;

Obs: - Este indicador só será considerado atingido se todos os parâmetros acima forem satisfeitos.

3. Atenção ao Usuário - A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas e o envio do relatório consolidado da pesquisa de satisfação do usuário. Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, **necessariamente com identificação do autor**, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento do hospital destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes.

4. Controle de Infecção Hospitalar - Com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência na área de infecção hospitalar apresentamos os parâmetros a serem considerados no primeiro ano de contrato, que incluem:

1 - Existência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, informando:

- Pessoa responsável pela coordenação das ações da Comissão;
- Relatório mensal das atividades da Comissão, do qual devem constar como parâmetros, no mínimo:
- Registro das reuniões realizadas no período (Ata Detalhada);
- Nome e cargo das pessoas que compõem a Comissão;

c) Registro detalhado das atividades da Comissão e das medidas implementadas com resolutividade, quando for o caso,

5. Mortalidade Operatória - Com a finalidade de monitorar o desempenho assistencial na área de cirurgia acompanharemos como indicadores a Taxa de Mortalidade Operatória estratificada por Classes (de 1 a 5) da Classificação da *American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology* (ASA) e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

8.2.7. PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ATENDIMENTO

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

No Anexo II encontram-se alguns modelos de Protocolos Clínicos Assistenciais, estes poderão ser adaptados e/ou adequados à conduta dos especialistas da instituição.

REGULAMENTO E MANUAL DE NORMAS E ROTINAS

A Pró-Saúde adota uma terminologia voltada para os processos de acreditação, os quais certificam as entidades mediante a sua gestão de qualidade. Assim, os manuais, normas e rotinas são denominadas de Procedimentos de Gestão, Manuais Técnicos Assistenciais e Instrução de Trabalho.

O Manual de Gestão define e caracteriza o sistema de gestão a ser aplicada no hospital, com o propósito de organizar os recursos necessários a prestação de serviços qualificados que atendam aos requisitos dos clientes, bem como aos requisitos legais e regulamentares aplicáveis. Este encontra-se, na integra, no item 10.2.4. deste projeto.

A implantação/implementação dos consentimentos informados, dar-se-ão mediante a elaboração e revisão dos protocolos assistenciais.

No Anexo II, encontra-se, exemplos de Instrução de Trabalho e exemplos de Protocolos Assistenciais.

8.2.8. OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE

IMPLANTAÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO - GTH

Consideramos que humanizar a assistência significa agregar, à eficiência técnica e científica, valores é ticos, 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 co-responsabilidade 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												

O GTH é composto por um coordenador, um sub-coordenador e 1° e 2° secretário indicados pelos membros do GTH.

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 infraestrutura 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 equipem 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.

SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL QUANTO AO DESCARTE DE RESÍDUOS

Após a assinatura do contrato a Pró-Saúde implantará um programa de sustentabilidade seguindo o implantado na sua sede de São Paulo e em todas as suas dependências. O cronograma de implantação será estabelecido pelo departamento de Saúde Ambiental.

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 steakholders (partes interessadas);
- Primar pela conservação e proteção dos recursos naturais inseridos direta ou indiretamente nas atividades técnicas e organizacionais.

Diretrizes:

O setor de saúde ambiental, localizado na sede da Pró-Saúde tem como finalidade normatizar, implantar e monitorar as ações da gestão ambiental propiciando conformidade com a política ambiental oferecendo condições da aplicação total da metodologia do Ciclo "PDCA" (Planejar / Executar / Verificar / Agir):

- Planejar: planejar normas e processos
- Executar: implantar processos
- Verificar: monitorar, mensurar e relatar processos
- Agir: melhoria contínua

As ações a serem implantadas têm como objetivo trabalhar culturalmente a direção e os steakholders (partes interessadas), visando resultados sustentáveis, gerenciando processos com vistas a prevenir e utilizar de modo racional ou mitigar:

- Poluição ou desperdício de água;
- Desperdício de energia elétrica;

- Produção de resíduos
- Descarte inconsciente e inconsequente de materiais e equipamentos;
- Utilização de produtos químicos ou qualquer outro considerado nocivo ao meio ambiente.

A sociedade moderna começa a pautar suas escolhas baseadas em critérios de qualidade, economia, ética e sustentabilidade.

Para desenvolvimento das atividades faz-se necessário o envolvimento e o gerenciamento de todos os steakholders (partes interessadas) dentro dos parâmetros da gestão eco-eficiente.

A Pró-Saúde considera primordial a inserção dos pilares da sustentabilidade em sua metodologia de trabalho visando oferecer um serviço integral e alinhado com as necessidades do mercado.

Cronograma:

A política ambiental será implantada no primeiro semestre da administração da unidade.

PROGRAMA MERCURY FREE

Este programa tem por objetivo apresentar uma proposta para a eliminação do mercúrio nos setores de saúde, substituindo dispositivos médicos à base desse metal por alternativas acessíveis, precisas e seguras. Essa proposta tem por objetivo:

2.1. Reduzir as emissões de mercúrio por parte do setor da saúde, através da substituição progressiva de seu uso;
2.2. Promover a função de liderança do setor de saúde na redução das emissões de mercúrio ao ambiente;
2.3. Promover a adoção de políticas públicas saudáveis em relação ao mercúrio.

PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – PGRSS

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.

Cronograma de Implantação:

AÇÃO	Mês 1	Mês 2	Mês 3
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.

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS – PPRA

- O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais ou PPRA é um programa estabelecido pela Norma Regulamentadora NR-9, da Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalho, do Ministério do Trabalho.
- Este programa tem por objetivo, definir uma metodologia de ação que garanta a preservação da saúde e integridade dos trabalhadores face aos riscos existentes nos ambientes de trabalho.
- A legislação de segurança do trabalho brasileira considera como riscos ambientais, agentes físicos, químicos e biológicos. Para que sejam considerados fatores de riscos ambientais estes agentes precisam estar presentes no ambiente de trabalho em determinadas concentrações ou intensidade, e o tempo máximo de exposição do trabalhador a eles é determinado por limites pré-estabelecidos.

8.3. QUALIDADE SUBJETIVA

8.3.1. ESTRUTURAÇÃO DA INFORMAÇÃO AOS USUÁRIOS

INFORMAÇÕES E ATENDIMENTO AO USUÁRIO

A secretária deve estar familiarizada com as preferências de seu chefe no que diz respeito a telefonemas, pois há chamadas ela mesma pode atender e outras o

chefe prefere atender pessoalmente. Antes de tudo tenha consciência de que toda chamada é importante. Se você tomar o cuidado de verificar quem é a pessoa que chama e, com quem quer falar (pessoa física ou setor), não correrá riscos de passar o telefonema para a pessoa errada ou irritar o cliente fazendo-o dar longas explicações.

Se acontecer da telefonista (PABX) cometer um engano e passar para você um telefonema errado, não comente isso com o cliente que está ligando, pois na cabeça dele quem errou foi a empresa.

No Processo de Acolhimento e Classificação de Risco:

- Direcionar e organizar o fluxo através da identificação das diversas demandas do usuário
- Determinar ás 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 sua demanda atendida imediatamente sem precisar espera consulta médica (procura por exames, consultas ambulatoriais, etc.) E que estariam passando por atendimento médico de forma desnecessária.

Considerando as atuais políticas de gerenciamento de risco e segurança ao paciente e em consonância com a equipe assistencial poderão ser implantadas medidas para minimizar os eventos adversos, tais como: identificação do paciente com pulseira, uso de consentimentos informados para procedimentos pertinentes (exames com sedação, procedimentos invasivos).

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, visando a sensibilização com relação minimização dos prazos de agendamento dos exames, consultas, tempo de espera para atendimento e entrega dos resultados.

8.3.2. INSTRUÇÃO AOS USUÁRIOS

O paciente/acompanhante admitido na instituição será informado quanto aos objetivos e rotina da classificação de risco.

Abaixo, identificamos os Horários, Critérios e Medidas de Controle de Risco para as Visitas aos Usuários:

Com a finalidade de reduzir a circulação de pessoas no hospital e assim garantir a segurança dos pacientes, acompanhantes e trabalhadores, será instituído o controle de acesso.

Os horários de visita abaixo discriminados podem ser alterados mediante a necessidade

Os horários de visitas das unidades de internação e da Unidade de Terapia Intensiva devem ser distintos.

Horário de Visitas	Diurno	Tarde	Número de visitantes
UTI P	11:30 às 12:00	17:30 às 18:00	Pai ou mãe (entrada de um /vez
Unidades de Internação		16:00 às 18:00	02 visitantes/vez
Emergência	Não há horário para visitas, será permitida a permanência de 01 acompanhante durante todo a sessão		
Horário de troca de acompanhantes: das 7;00 às 8:00 e das 18;00 às 19:00			

Nota: o horário de visita poderá ser adequado conforme questões culturais da região e necessidades administrativas.

Os acompanhantes e familiares próximos poderão obter informações do desenvolvimento do processo terapêutico em boletins médicos.

Os acompanhantes e familiares próximos poderão obter informações do desenvolvimento do processo terapêutico durante o horário de visita, entre 16h e 17h com o médico responsável, que passará de leito em leito. As informações dos pacientes da UTI serão passadas durante o horário de visita na beira do leito. Não serão repassadas informações por telefone.

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 estará 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, angiografias e cateterismo cardíaco;
- Nas diálises;
- Nas transfusões sanguíneas;
- Nos procedimentos radiológicos envolvendo o uso de contraste;
- No uso de medicações ou terapêuticas invasivas com risco de efeitos colaterais severos;

8.3.3. SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) media e prioriza a qualidade no atendimento prestado pela unidade. Este destina-se ao atendimento de usuários e funcionários que queiram manifestar-se sobre os serviços prestados, seja por dúvida, queixa, elogio ou sugestões. Este serviço será implantado em até 02 meses após o início das atividades na unidade.

Funcionamento do serviço

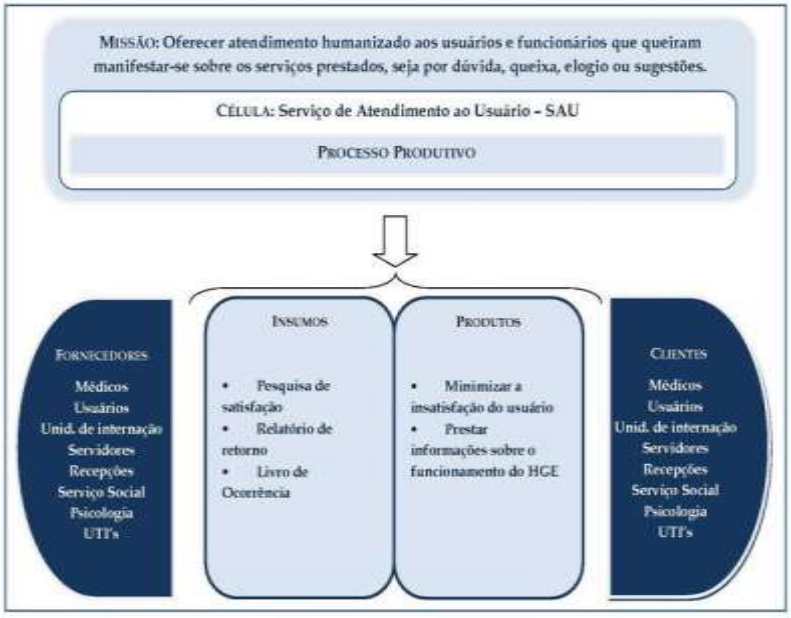
O SAU capta dados através de um único documento que avalia a satisfação dos usuários referente os serviços prestados onde no verso da Pesquisa de Satisfação há um espaço reservado para comentários como dúvidas, sugestões, críticas e elogios;

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 as áreas competentes para ciência e providências. Após este processo o 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.

MACROPROCESSO DO SAU



Fluxo de Tratamento das reclamações e sugestões dos usuários colhidas através da Pesquisa de Satisfação

Normas

Normas Administrativas

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, permanência máxima de cada acompanhante.

Instruções de Trabalho – ITs

Instrumento Gerencial elaborado pela equipe de trabalho para descrever como executar uma determinada ação.

Devem ser revisadas constantemente, principalmente quando há mudança em alguma legislação, técnica ou procedimento e outras situações.

Relatórios

Relatório Mensal

Periodicidade: Mensal.

Data Limite para Entrega: Dia 10 de cada mês.

Estrutura:

- Gráficos das pesquisas de satisfação
- Comentários na íntegra dos usuários

Relatório Anual

Periodicidade: Anual.

Data Limite para Entrega: Dia 15 de janeiro.

Estrutura:

- Indicadores: consolidar as informações do ano (utilizar a ficha de indicador).
- Considerações Finais

Impressos

A finalidade dos impressos é manter um controle efetivo do sistema implantado. Por isso é importante que sejam devidamente preenchidos em todos os seus espaços e assinados pelo responsável.

Os Impressos utilizados são os seguintes:

Figura: Modelo de Formulário de Entrevista

Finalidade: Registrar as visitas aos pacientes internados.

1ª via: Arquivada no SAU.

Formulário de Entrevista – SAU

Nome do paciente: _____ Leito: _____

Entrevista: ____/____/____ Internação: ____/____/____ a ____/____/____

Entrevistado (em caso de acompanhante): _____

Telefone(s) para contato: _____

1. Quais eram suas expectativas do atendimento no HGE?

a) Boas b) Ruins c) Indiferente

2. Como chegou ao hospital?

a) Ambulância do SAMU;
b) Mini-Posto Socorro;
c) Direto da residência;
d) Ambulância Cidade;
e) Outros: _____

3. É a primeira vez que é atendido no Hospital? Em caso positivo, pule para pergunta seguinte. Em caso negativo, como foi o atendimento recebido?

a) Ótimo b) Bom c) Regular d) Ruim

4. Com relação as suas expectativas como você classificaria o atendimento prestado?

a) melhor do que esperava b) pior do que esperava c) igual ao que esperava

5. Existe algum funcionário que você gostaria de destacar positivamente?

_____

7. Existe algum funcionário que você gostaria de destacar negativamente?

_____

8. O que você sugere para melhorarmos nosso atendimento?

_____

_____

_____

Observações Gerais

_____

_____

_____

Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU

Figura: Modelo de Relatório de Retorno

Finalidade: Registrar um histórico de todos os contatos com o usuário até o seu arquivamento.

1ª via: SAU

	RELATÓRIO DE RETORNO	
	Serviço de Atendimento ao Cliente	Página: 1/1

REALIZADO

Nome do contato:
Paciente:
Telefone:
Data e/ou período do atendimento:
Data do retorno:

HISTÓRICO BREVE:

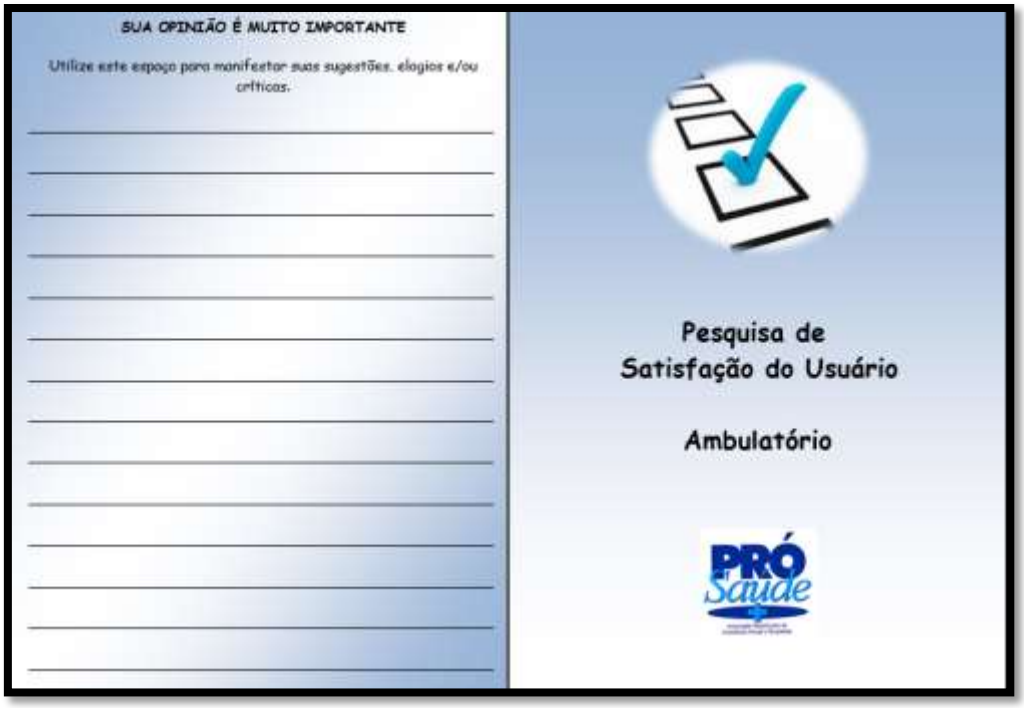
CONTATOS:
01/01/2010 ÀS 12H
Feito contato telefônico .....

Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU

8.3.4. 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).

Figura: Modelo de formulário de pesquisa de satisfação do usuário



SUA OPINIÃO É MUITO IMPORTANTE

Utilize este espaço para manifestar suas sugestões, elogios e/ou críticas.

Pesquisa de Satisfação do Usuário

Ambulatório

Identificação (opcional):

Seu Nome: _____

Telefone (s): _____

Email: _____

Nome do paciente: _____

Data: ___/___/____

Por favor, identificar-se:

☐ Paciente ☐ Visitante ☐ Acompanhante

A Unidade xxxx/Pró-Saúde deseja conhecer sua opinião sobre nossos serviços para que possamos garantir a sua satisfação e de outros usuários, e para isso contamos com esta Pesquisa de Satisfação do Usuário.

Responder a todas as perguntas é fundamental para a apuração dos resultados.

Contamos com a sua colaboração para aprimorar a cada dia nossos serviços.

SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário

Atendimento: de Segunda à Sexta-Feira das 00h00 às 00h00.

Contato:
E-mail sau.xxx@prosaude.org.br
Telefone (xx) xxxx-xxxx

Pesquisa de Opinião

Avaliação dos Serviços

	Insatisfeito	Pouco satisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito	Não utilizou
1. Atenção e Interesse dos Profissionais						
Recepcionista						
Enfermagem						
Equipe Médica						
2. Orientações recebidas sobre o tratamento e exames / procedimentos realizados						
Recepcionista						
Enfermagem (procedimentos e medicação)						
Equipe Médica (tratamento)						
3. Tempo de atendimento						
Central de Agendamento de consultas						
Recepcionista						
Enfermagem (procedimentos e medicação)						
Equipe Médica (Consulta)						
4. Instalações físicas						
Aparência das instalações						
Organização das instalações						
Conforto das instalações						
Limpeza das instalações						

5. Você indicaria este serviço a um parente ou amigo? ☐ Sim ( ) Não

7. Você voltaria a utilizar este serviço? ☐ Sim ( ) Não

Tabulação e análise dos dados

Considerando que a tabulação é a padronização e codificação das respostas de uma pesquisa bem como a maneira ordenada de dispor os resultados numéricos para que a leitura e a análise sejam facilitadas; já a análise de dados é a descrição do quadro de tabulação referente aos valores relevantes e que por meio da

representação gráfica dos resultados, podemos estabelecer uma correspondência entre os termos numéricos de uma série estatística e uma figura geométrica, entendemos que os resultados finais devem ter representação gráfica, lembrando que o gráfico não deve desfigurar a realidade nem tornar complexa a visão e a análise geral, deve partir de um texto com base nas respostas obtidas no projeto e voltado aos objetivos da pesquisa.

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

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

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

A análise crítica, embasada no resultado final da pesquisa deve partir do responsável pelo SAU. Os registros desta análise devem ser mantidos, assim como ações registradas para as melhorias no atendimento.

Deverão ser definidos indicadores locais para avaliação do SAU.

Divulgação dos resultados

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

CRONOGRAMA DE RELATÓRIOS		
Elaboração dos Relatórios	Entrega dos relatórios para o responsável pelo SAU	Divulgação dos Resultados ao Contratante
1° e 2° dia útil do mês subsequente	3° dia útil	Até 11° dia útil do mês.

Sistemática de ações corretivas

Mensalmente os dados levantados nas Pesquisas de Satisfação são enviados aos gestores 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 as áreas competentes para ciência e providências. Após este processo o 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.

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

$$Representatividade\ das\ Pesquisas\ respondidas\ = \sum \frac{Pesquisas\ respondidas}{Pacientes\ Internados\ no\ período} \times 100$$

O resultado será o percentual de pesquisas respondidas sobre os atendimentos prestados.

Grau de Satisfação do Usuário

$$Grau\ de\ Satisfação\ do\ Usuário = \frac{Nº\ de\ Respostas\ Satisfatórias\ (ótimo\ e\ bom)}{Nº\ de\ Pesquisas\ respondidas\ \times\ Nº\ de\ Itens\ da\ Pesquisa} \times 100$$

O resultado será o percentual de usuários satisfeitos.

8.3.5. 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.

Funcionamento do Serviço e Dimensionamento de Pessoal

O Serviço de Nutrição e Dietética funcionará todos os dias da semana do horário de 6 da manhã às 23 horas.

O quadro de profissionais encontra-se no item 10.11.deste projeto.

Horário de Refeições

O horário proposto das refeições para os pacientes é o seguinte:

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

Estes horários podem ser alterados devido a dinâmica do hospital.

E o horário das refeições para os funcionários é o seguinte:

- Café da manhã – das 05h30min às 06h00min (funcionário noturno) e das 08h30min às 09h30min (funcionários diurnos)
- Almoço – das 11h00min às 13h30min
- Jantar: 22h00min às 00h00min (somente para funcionários do) noturno

Estes horários podem ser alterados devido a dinâmica do hospital.

Modelos de Formulários

Relação de Pacientes em Jejum

PRÓ Saúde

HOSPITAL

RELAÇÃO DE PACIENTES EM JEJUM

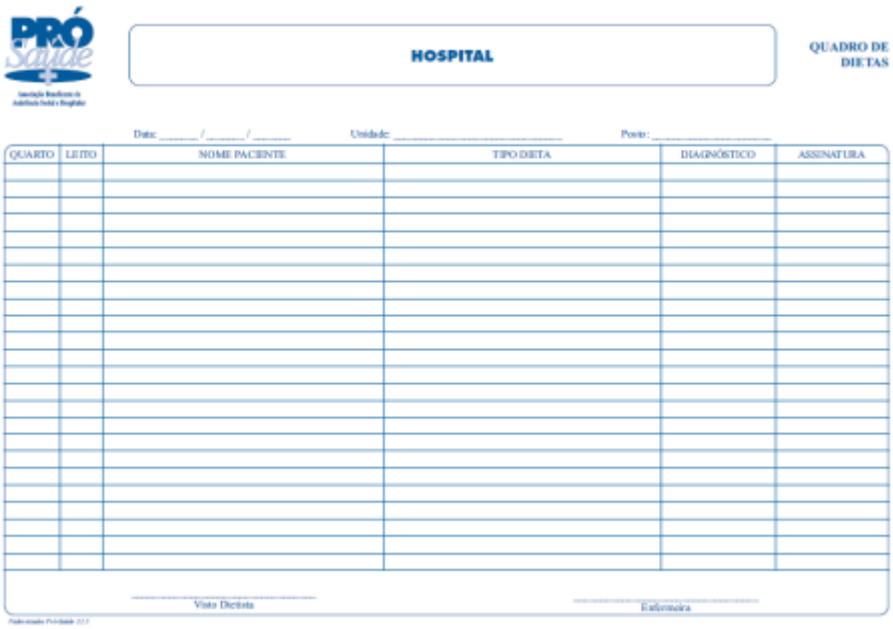
Ala: _____ Horário: _____ Data: ____/____/____

QUARTO	LEITO	NOME	LAB.	CIRURG.	EXAME	OUTROS

Obs.: Anexar as liberações dos jejuns à capeira do médico ou à nutricionista

Nome Legível

Quadro de Dietas


PRÓ Saúde

HOSPITAL

QUADRO DE DIETAS

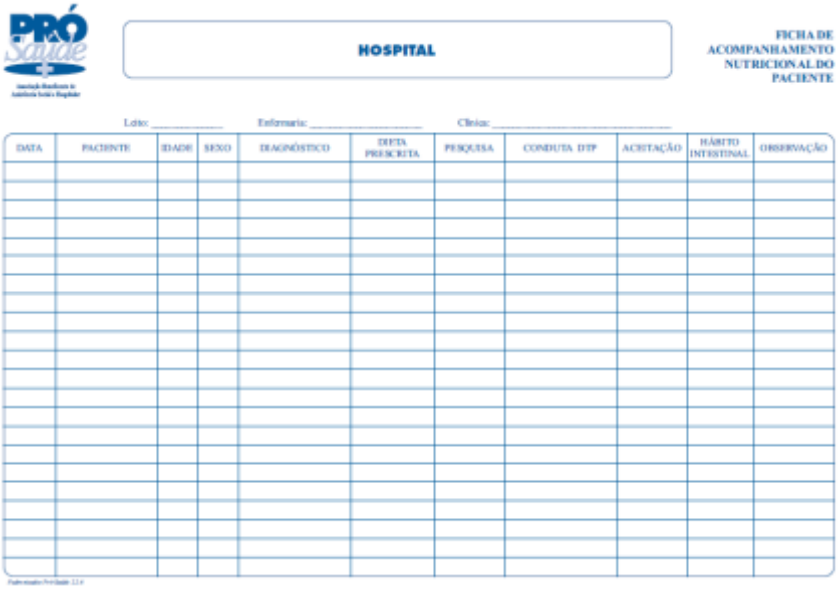
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Posto: _____

QUARTO	LEITO	NOME PACIENTE	TIPO DIETA	DIAGNÓSTICO	ASSINATURA

Visto Dietista

Enfermeira

Ficha de acompanhamento nutricional do paciente



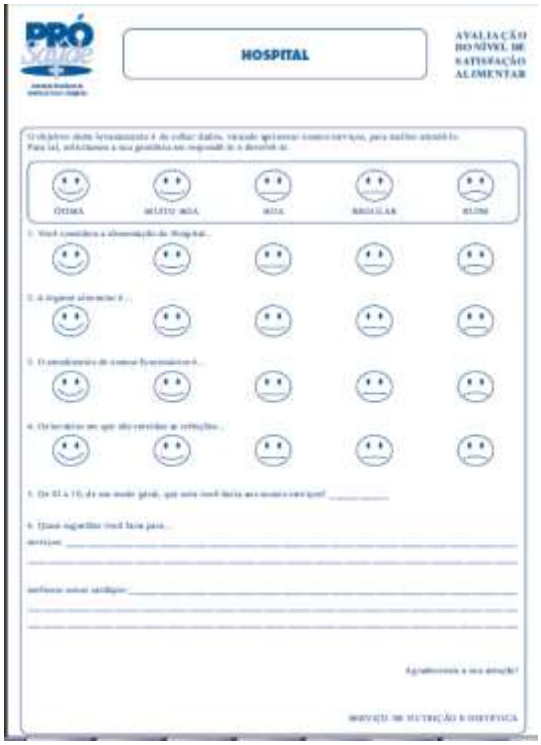
HOSPITAL

FICHA DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DO PACIENTE

Leito: _____ Enfermaria: _____ Clínica: _____

DATA	PACIENTE	IDADE	SEXO	DIAGNÓSTICO	DIETA PRESCRITA	PESQUISA	CONDUTA DTP	ACEITAÇÃO	HÁBITO INTESTINAL	OBSERVAÇÃO

Avaliação do nível de satisfação alimentar



HOSPITAL

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO ALIMENTAR

ÓTIMA | MUITO BOA | BOA | REGULAR | RUIM

O serviço será realizado fora do hospital, pois este não apresenta estrutura para esta finalidade.

8.3.6. IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO,

GESTÃO DE LEITOS

Para que esta regulação ocorra de forma satisfatória, este mecanismo deve ser fundamentado em sistema de planejamento, controle, avaliação e regulação integrados tanto entre os três níveis de governo quanto em cada um dos níveis. Somente esta integração pode garantir o direcionamento e condução do SUS, nos moldes definidos na Lei nº 8080/90, reforçada pela NOAS 01/02 e, mais atualmente, pela edição do Pacto de Gestão no Pacto pela Saúde 2006.

O escopo da regulação é entendido na NOAS 01/02 como a disponibilização de alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada.

A regulação sobre os serviços de saúde é realizada pelo responsável pela gestão desses serviços, reforçando o comando único.

A regulação pode ser realizada de duas formas, em nível municipal e regional

a) Regulação da atenção à saúde: tem por objetivo atuar sobre a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigindo-se mais a prestadores de saúde, públicos ou privados, compreendendo: contratação; regulação do acesso à assistência; avaliação da atenção à saúde; controle assistencial.

b) Regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial: conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a esses. Deve viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde de forma a adequar, à complexidade de seu problema, a assistência mais adequada ao caso. O processo regulatório abrange três aspectos: a regulação das referências intramunicipais, das referências intermunicipais e a regulação sobre os prestadores de serviços de saúde. Principais ações: regulação médica pré-hospitalar de urgência/emergência; controle dos leitos disponíveis e agenda de consultas especializadas e de exames complementares; padronização das solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas por meio de protocolos assistenciais; estabelecimento de referência entre unidades de saúde e atenção especializada; organização de fluxos de referência especializada intermunicipal; subsídio ao redimensionamento da oferta; implantação de complexos reguladores.

As centrais de regulação devem atuar de forma articulada, constituindo os complexos reguladores. Estes, devem ser implementados de acordo com os Planos

Diretores de Regionalização e os desenhos de rede, da atenção básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar, atenção às urgências e emergências e centrais de leitos. Podem ter abrangência municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional, devendo essa abrangência e respectiva gestão ser pactuada em processos democráticos e solidários entre as três esferas de gestão do SUS.

Para operacionalização das CR, poderão ser utilizados os instrumentos abaixo relacionados, dependendo de sua complexidade.

Protocolo técnico (clínico)

Instrumento normativo do processo de atenção à saúde que visa garantir a alocação dos recursos terapêuticos e propedêuticos mais adequados a cada situação clínica considerada e devem ser elaborados a partir da colaboração da comunidade acadêmica, do corpo técnico da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde, dos conselhos profissionais e outras fontes. Ex.: protocolo clínico para manejo e tratamento de diabetes e hipertensão arterial; protocolos clínicos para investigação de doenças.

- Protocolos operacionais

Visam orientar as referências a partir das quais os gestores farão as adequações às situações específicas, em termos de prioridades, recursos disponíveis, quadro epidemiológico, etc. Os protocolos deverão ser pactuados entre os gestores, formalizados e implementados nas unidades de saúde e nas comissões autorizadoras. Ex.: a sistematização dos mecanismos de referência e contra-referência da clientela; a utilização racional dos recursos de diagnose e terapia disponíveis.

- Comissões autorizadoras/médicos autorizadores

Organiza os processos autorizativos dos procedimentos especializados, de alta complexidade e de internações que exigem uma análise clínica mais detalhada, subsidiada, quando necessário, por protocolos clínicos definidos.

- Indicadores e parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade

Padrões e medidas norteadoras do planejamento, programação, controle, regulação e avaliação assistencial, adequados à realidade local e definidos pelo gestor com base em parâmetros nacionais, estaduais e municipais.

- Manuais dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA e SIH)
- Mecanismos de acompanhamento da PPI e da programação dos estabelecimentos
- Portarias técnicas
- Sistemas de Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS
- Instrumentos de avaliação da qualidade assistencial e da satisfação dos usuários

Assim, o processo regulatório depende da interação da SES e do gestor da unidade.

8.3.7. ACOLHIMENTO

O acolhimento é uma das referências ético-estético-político da PNH (BRASIL, 2009). Refere-se a um compromisso coletivo em cultivar os vínculos de maneira responsável, reconhecendo e incluindo diferenças, estimulando a co-produção de autonomia e a valorização da vida em todos os encontros produzidos nos serviços de saúde. É claro que acolher refere-se à maneira como recebemos as pessoas nos serviços e como incluímos suas demandas e necessidades. Mas antes e além disso, acolher diz respeito ao modo de relação, de produzir encontros. Implica não apenas em atitudes que se julgue "acolhedoras". Mas em uma atenção especial ao tempo oportuno dos encontros, aos ritmos e fluxos de afetos, às necessidades em jogo, ao contexto, às técnicas de conversa, aos modos de vida que se encontram e se confrontam. O hospital só pode ser inclusivo quando os encontros que se produzem entre os usuários e o hospital são, na sua maioria, inclusivos. Um estabelecimento só pode afirmar que produz saúde, quando é possível constatar que a maioria dos encontros que acontecem com seus usuários são produtores de saúde. Poderíamos pensar o acolhimento em termos de uma capacidade-acolhedora. O que é preciso ou pode ser feito para que um serviço de saúde aumente sua capacidade acolhedora?

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.

A recepção é o primeiro contato do cliente com o hospital. Com a finalidade de padronizar o atendimento e assim manter a qualidade do atendimento, segue os principais pontos a serem trabalhados neste setor:

1. **Vontade e disposição** para assessorar as pessoas.
2. **Ter seu trabalho como "um fim"** e não como um meio, para evitar ficar restrita a rotina doméstica. Nem encarar o emprego como um simples meio de ganhar algum dinheiro.
3. **Discrição**: suas atividades envolvem muitos aspectos confidenciais da empresa. Portanto seja discreta.
4. **Bom Senso:** em muitos momentos, você estará frente a situações que exigem muito. Bom Senso !!!
5. **Objetividade:** você existe para facilitar o "caminho" das pessoas envolvidas com a empresa e, para resolver problemas. Seja objetiva e muito prática.
6. **Criatividade**: cada jornada de trabalho exigirá de você várias soluções como: diversas desculpas, um novo método para o arquivo, um novo sistema para agenda, uma boa arrumação na sala de reuniões que possa comportar um número maior de pessoas que sua capacidade habitual, como conseguir, rapidamente, um cafezinho para um cliente importante, após a copa ter fechado
7. **Lealdade:** desde que você foi contratada pela empresa, seja leal a ela em tudo.
8. **Respeito**: lembre-se do velho ditado: Não faça aos outros o que não deseja que façam a você.
9. **Iniciativa**: crie e execute, tome iniciativas que facilitem a vida de todos.
10. **Dinamismo:** você aceitou o desafio de ser secretária, execute-o com alegria e disposição.
11. **Paciência:** ela será a sua maior aliada no seu dia a dia.

12. **Vontade de se relacionar**: você precisa se relacionar bem como todos, independentemente da posição hierárquica, cultural ou econômica da pessoa.

13. **Pontualidade / Assiduidade:** você deve planejar, organizar e controlar bem o tempo de sua área de atuação, sobre tudo o seu tempo; atrasos e faltas somente em casos de emergência.

14. **Boa Aparência:** você é a imagem da empresa, portanto sua aparência é fundamental.

15. **Cultura:** você deve dominar a sua empresa, conhecendo a fundo seus produtos e serviços, organogramas, nomes e cargos das pessoas. Atualizar permanentemente sua cultura é imprescindível.

POSTURA

A postura profissional mostra a qualidade do serviço que ele executa e a organização do serviço a qual ele está inserido. É de extrema importância para os clientes internos e externos, pois a postura impõe respeito, seriedade e comprometimento de todos com a instituição. Engloba a forma como nos comportamos dentro da empresa, no tratamento com os colegas, no atendimento aos clientes, a forma como nos vestimos, o penteado que usamos, a maquiagem, como nos sentamos, como assistimos a uma palestra ou treinamento, dentre muitos outros aspectos, abordaremos os seguintes:

HIGIENE E APRESENTAÇÃO PESSOAL

O grupo de pessoas que atuam dentro de uma instituição hospitalar, para poder desempenhar bem as atividades a ela inerente, deve manter cuidado higiênico com relação ao próprio corpo.

A apresentação pessoal é a sua imagem total. O importante da apresentação pessoal é a adequação ao trabalho. Portanto:

Os gestos, o olhar, o porte, o andar, a voz, a dicção, a cultura geral, o senso de organização e de higiene, bem como o otimismo e dinamismo são fatores de fundamental importância na formação da imagem de qualquer indivíduo.

A apresentação pessoal é sua imagem total. O importante da apresentação pessoal é a adequação ao trabalho; portanto, o vestuário, os acessórios e a maquiagem devem ser próprios para o exercício profissional. Além disso, a higiene corporal é fundamental para a boa apresentação.

A seguir, aponta-se regras básicas para o vestuário, acessórios e higiene que comporão a sua boa imagem.

- Usar o uniforme o mais limpo possível, lavando-os sempre;
- Usar sapatos fechados e limpos;
- Usar maquiagem em tons discretos;
- Não abuse dos acessórios (anéis, pulseiras, brincos colares etc.)
- Usar perfume cujo aroma seja mais discreto;
- As unhas devem estar sempre aparadas e limpas. Nada de unhas muito grandes e esmaltes vermelhos;
- Manter os cabelos presos (mulheres) e curtos (homens);
- Lavar as mãos, antes e após alimentar-se, ao término de cada atividade;
- Lavar as mãos antes e após ir ao banheiro;
- Usar o equipamento de proteção individual – EPI;
- Seguir orientações de precauções sempre que orientado.

RELACIONAMENTO

Além de executar bem as atividades técnicas, cada funcionário pode sempre dar algo mais no seu relacionamento com os clientes como, por exemplo, um sorriso sincero, um gesto cortês ou o interesse genuíno pelo problema do outro. É preciso querer ajudar e fazer mais que o mínimo, não despejando sua raiva, frustração e impaciência sobre o cliente; ele não tem culpa.

Se aprendermos a utilizar melhor não só a fala, mas as expressões faciais e corporais, os gestos, olhares, sorrisos e a maneira de ouvir, descobriremos que podemos nos comunicar bem melhor com as pessoas que nos cercam.

Para ter um bom relacionamento são necessárias algumas atitudes positivas, a saber:

GENTILEZA

Se você perceber que terá problemas com um cliente, tome a ofensiva mesmo antes que ele diga qualquer coisa.

Primeiro: sorria calorosamente ao cliente.

Segundo: tente imaginar o motivo pelo qual ele está bravo e desculpe com um comentário sincero e preocupado. Exemplo: "Desculpe-me por fazê-lo esperar."

Se tomarmos a ofensiva com gentileza, conseguiremos impedir que o cliente "estoure". Você pode "domá-lo" se conseguir prever sua reclamação e enfrentá-lo com a desculpa correta.

Ouça atentamente. Não mostre indiferença, ao contrário, acompanhe as críticas dos clientes com pequenos comentários: claro; compreendo; posso imaginar. Faça gestos positivos com a cabeça e ouça atentamente até que o cliente se acalme.

DESCULPAS

Se a culpa é sua e a reclamação do cliente realmente procede, assuma a culpa imediatamente e peça desculpas. Esta técnica realmente funciona. Não é fácil assumir a culpa, tanto quando somos realmente responsáveis pelo problema, quando o cliente pensa que somos. Porém, se aceitarmos a culpa, podemos fazer com que esta pessoa se acalme.

SEM DESAFIOS

Nunca desafie o cliente diretamente, mesmo que ele esteja errado. Não se exalte ao argumentar com ele. Ao contrário, concentre-se em colocar informações para resolver o problema.

Importante: não envolva seus sentimentos na questão. Não se deve reforçar as críticas dos clientes com outras críticas, nem culpar outros setores/departamentos ou pessoas pelo problema.

RELAÇÃO COM OS SUPERIORES

- Veja quem está hierarquicamente privilegiado em relação a você como alguém que pode orientá-lo e ajudá-lo a resolver os problemas;
- Trate todos com cordialidade;
- Cumprimente sempre as pessoas ao chegar a um setor;
- Bata na porta anunciando a sua entrada sempre que necessário;
- Manifeste-se nas reuniões expondo problemas que você detectou;

- Sempre que perceber uma falha no sistema, comunique a quem possa resolvê-lo e não a quem poderá gerar maiores problemas, pois, desta forma o problema será sanado;

RELAÇÃO COM CLIENTES/PACIENTES

- O colaborador deve estar comprometido com a instituição e conhecê-lo profundamente para que possa fornecer informações corretas aos clientes sempre que solicitado;
- Caso não tenha conhecimento do assunto questionado deverá acompanhar o cliente encaminhando-o a quem possa esclarecê-lo;
- Tratar todos com cordialidade, independentemente da situação socioeconômica, religião ou raça, usando tratamentos como: Pois não, Senhor(a); Com licença, senhor(a); Por gentileza, queira me acompanhar, senhor(a); obrigado(a) senhor(a); Me desculpe, senhor (a);
- Quando se deparar com uma situação difícil e que não tem como resolvê-la, como por exemplo um cliente irritado ou insatisfeito, peça para que ele o acompanhem e leve-o a quem possa resolver o problema, ou seja, ao coordenador da área que está sendo citada, e não o encontrando o encaminhe ao seu coordenador;
- Bater na porta antes de entrar no quarto ou enfermaria;
- Identifique-se para o paciente, dizendo seu nome, sua função e o procedimento a ser realizado. Chame o paciente sempre pelo nome;
- Evite que o paciente se irrite;
- Trate com respeito e atenção qualquer paciente, sem distinção;
- Procure sempre mostrar o valor de seu trabalho

RELAÇÃO COM OS COLEGAS

- Zele pela conservação e guarda dos equipamentos para que o colega ao assumir o plantão não se depare com situações constrangedoras;
- Deixe os utensílios em perfeitas condições de uso para o colega que está assumirão o plantão;

- Cumprimente os colegas assim que chegar ao trabalho;
- Oriente o colega, caso cometa falhas e necessite de correção imediata;
- Elogie o colega por um trabalho bem feito, independentemente da área de atuação;
- Colabore com os colegas na execução de uma tarefa sempre que solicitado;
- Dialogue com seu colega caso tenha dúvida na execução de uma tarefa;
- Seja educado (a) para que receba o mesmo tratamento;
- Fale com tom de voz baixa e pausadamente;
- Nunca abuse de excesso de curiosidade, franqueza, ou ainda, ser indiscreto.

HUMANIZAÇÃO

OS DEZ MANDAMENTOS DAS RELAÇÕES HUMANAS

FALE com as pessoas. Nada é tão agradável quanto uma palavra de saudação, particularmente nos dias de hoje que precisamos de "sorrisos amáveis".

SORRIA para as pessoas. Lembre-se de que acionamos 72 músculos para franzir a testa e somente 14 para sorrir.

CHAME as pessoas pelo nome. A música mais suave para muitos é ouvir o próprio nome.

SEJA amigo e prestativo.

SEJA cordial, fale e aja com toda a sinceridade: tudo que você fizer faça com prazer.

INTERESSE-SE sinceramente pelos outros.

SEJA generoso em elogiar e cauteloso em criticar. Os líderes sabem elogiar, encorajar, dar confiança e elevar os outros.

SAIBA considerar os sentimentos dos outros. Existem três lados numa controvérsia: o seu, o do outro e o lado de quem está certo.

PREOCUPE-SE com os outros. Três comportamentos de um líder: ouvir, aprender e saber elogiar.

PROCURE apresentar um excelente serviço. O que realmente vale em nossa vida é aquilo que fazemos para os outros.

COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA DO CHEFE

A família do chefe é para ele o que há de mais importante. Portanto dê-lhe atenção especial.

Com a esposa, mantenha-se educada, atenciosa e cordial. Porém não permita que esse relacionamento fique mais íntimo. O problema, se existirem, do chefe com a esposa, não dizem respeito a você em hipótese alguma. Como também se ele tiver casos extras conjugais; Você nunca viu, ouviu, ou percebeu alguma coisa; seja absolutamente impessoal. No aniversário da esposa, filhos, um telefonema breve, simpático é suficiente.

TELEFONIA

SUA VOZ

Não é necessário possuir a voz mais melodiosa do mundo, porém deve-se aprender a cultivar um tom de interesse pessoal que possa ser descrito como agradável, amistoso, jovial, interessante e pronto a ajudar. Uma voz sem esses predicados pode ser descrita como; impessoal, indiferente, impaciente e desatenta.

QUALIDADE DA VOZ

- Atenta: dá impressão que você está desperta, alerta e interessada na pessoa com quem você está falando;
- Viva: uma voz expressiva transmitirá sua personalidade através do telefone. De nada adianta você ser atrativa e sincera (nunca se saberá) se sua voz ao telefone é monótona e sem expressão;
- Natural: seja autentica. Procure usar um vocabulário correto e um tom de voz natural; agradável. Uma voz amistosa e agradável angaria amigos para você para sua empresa. Um tom de voz baixo e moderado se ouve melhor e agrada mais do que uma voz estridente;
- Clara: a vocalização clara e suave é uma necessidade. Um cliente poderá perde o interesse em fazer negócios com sua empresa se ele tiver que se esforçar par entender o que você diz.

ATITUDE AO TELEFONE

Uma das grandes vantagens do telefone é o tempo que ganhamos. Isto fica prejudicado se sua conversação não é sucinta e foge do assunto. Diga o que precisa dizer e só. Ao mesmo tempo, deve evitar ser rude ou deixar a impressão que está com pressa. É muito mais fácil e melhor falar devagar e com clareza ao telefone do que pessoalmente. Evite expressões vagas e vulgares como Ah! ...

Oi! Hum! ...

CORTESIA AO TELEFONE

Sempre deve haver oportunidade para ser cortês. A seguir, algumas regras que a ajudarão a desenvolver atitudes mais amáveis ao telefone.

1. Cumprimente amavelmente. Seja otimista e franca, perceberá que isto criará uma excelente impressão nos clientes de sua empresa.

2. Chame o cliente pelo nome. Não há música mais linda para uma pessoa quanto ser chamada pelo seu próprio nome.

3. Tente visualizar a pessoa. Fale à pessoa, não ao telefone.

4. Escute com atenção. Aquele que chama gostará de ser ouvido com atenção e cortesia. Assim como você se não comportaria de forma desatenta numa conversa pessoal, aplique a mesma regra quando conversar ao telefone.

5. Arranje tempo para prestar uma ajuda oportuna. É melhor gastar uns poucos minutos para satisfazer um cliente, do que perder meses para reconquistar sua boa vontade.

6. Peça desculpas pelos erros ou atrasos. Ainda que você não tenha culpa pelos erros cometidos em seu departamento, seja sempre gentil, desculpe-se com toda sinceridade.

7. Diga "obrigado "e "de nada". Já que a gentileza ao telefone é a maneira mais fácil de conquistar amigos para sua empresa. Estas frases de feito são os sorrisos telefônicos.

8. É de bom tom que a pessoa que faz a chamada desligue primeiro.

8.4. 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, médicina 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-economico ou uso micro-economico. Outra aplicação dos Sistemas de Informação em Saúde é interliga-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 subssequentes (internação, cirurgia, uti, exames, tratamentos, radiologias, fisioterapias, necropsias, etc.), ou informações estatísticas sobre grupos de pacientes num determinado momento, com uma patologia específica.

Para tal atividades serão utilizados terminais de computadores, com sistema de gestão hospitalar adequada a atividade desenvolvida.

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, Organização Social e também as necessidades da SES do estado (SIH e SIA). Estes softwares serão utilizados principalmente para a gestão de custos e indicadores de desempenho e qualidade. Caberá a OS providencirar acesso a internet de banda larga para suprir as necessidades das áreas bem como adquirir link de internet e, se necessário, computadores e impressoras, de acordo com a necessidade do sistema informatizado de gestão implantado

IX. ESTIMATIVA DE RECEITAS E CUSTOS OPERACIONAIS

A apresentação, das informações de receitas e custos estimados, está no anexo IV deste projeto.

X. MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS

ITEM ATIVIDADE :

10.1. IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

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

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

Área Interna:

- PACIENTE EXTERNO: São constituídos pelos fluxos dos pacientes que buscam o atendimento imediato (urgência e emergência), o atendimento ambulatorial, ou o apoio ao diagnóstico. A circulação destes pacientes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, deve ser restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas áreas de circulação reservadas aos funcionários e pacientes internados.
- PACIENTE INTERNO: São constituídos pelos fluxos de pacientes em regime de internação, dentro da própria unidade de internação, ou quando acompanhados por funcionários / acompanhantes, acessam as diferentes unidades funcionais para diagnóstico ou terapia.
- ACOMPANHANTES: São constituídos pelos fluxos de familiares dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência na unidade hospitalar, inclusive na fase de internação, quando se tratar de crianças e idosos. A circulação destes pela unidade deve ser restrita às áreas funcionais.
- VISITANTES: É constituído de indivíduos que demandam a unidade hospitalar para visitar os pacientes internados, ou em função de alguma atividade administrativa, tais como compras, serviços terceirizados, entre outros. O acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação

das áreas onde serão permitidos é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da unidade.

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

Áreas Restritas:

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

Áreas Externas:

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

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

10.1.2. FLUXOS PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E ADMINISTRATIVOS

Registro dos usuários:

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

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

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

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

O paciente sem identificação deverá ser cadastrado como " DESCONHECIDO" e o

caso deverá ser passado para o Serviço Social para que o mesmo busque a identificação do paciente. Assim que o Serviço Social conseguir a identificação do paciente, fazer as alterações no Cadastro.

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

1º passo: Abrir o módulo no sistema informatizado;

2º passo: Pesquisa se o paciente já deu entrada no hospital através do nome ou sobrenome;

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

4º passo: Preencher os campos obrigatórios;

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

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

7º passo: Imprimir a etiqueta do paciente.

Saídas de Documentos do SPP para outros setores.

1º passo: Abrir o módulo no sistema informatizado;

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

3º passo: digitar nome do solicitante

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

5º passo: imrpimir relatório.

Arquivo de Prontuários dos Pacientes

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

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

Só sairá prontuário do SPP, mediante solicitação escrita e previamente autorizada pela Direção Técnica, Administrativa ou Geral.

Normas para Arquivo de Documento de Usuários

Arquivo dos Prontuários:

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

Arquivo dos prontuários de óbitos:

- Verificar se existe prontuário arquivado em anos anteriores, se houver deve-se anexar ao prontuário de óbito;
- Separar os prontuários por ano e mês e classificá-los em ordem alfabética
- Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano;
- Quando o prontuário for grande usa-se mais de um envelope e posteriormente uma liga para mantê-los unidos;

- Utilizar uma caixa arquivo que poderá ser de polionda, pois assim o poder de proteção e a resistência a danos são maiores;
- A caixa de arquivo deverá ser identificada através de etiqueta numerada, contendo número de prontuário, nome dos pacientes, mês e ano;
- Na caixa arquivo poderão ser colocados até 10(dez) prontuários ou conforme couber.

Localizando os prontuários:

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

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

Arquivo de documentos administrativos

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

10.1.3. FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS

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.

O serviço de esterilização será terceirizado no hospital.

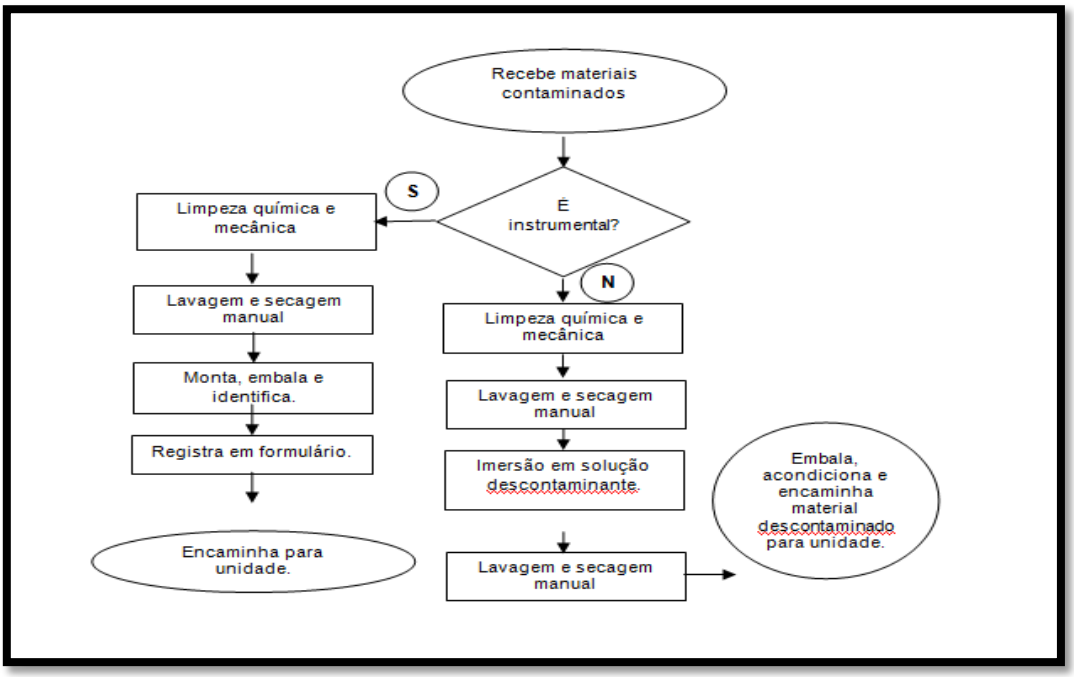
Finalidades

- 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.

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

Fluxo da CME:



O serviço será realizado fora do hospital, pois este não apresenta estrutura para esta finalidade.

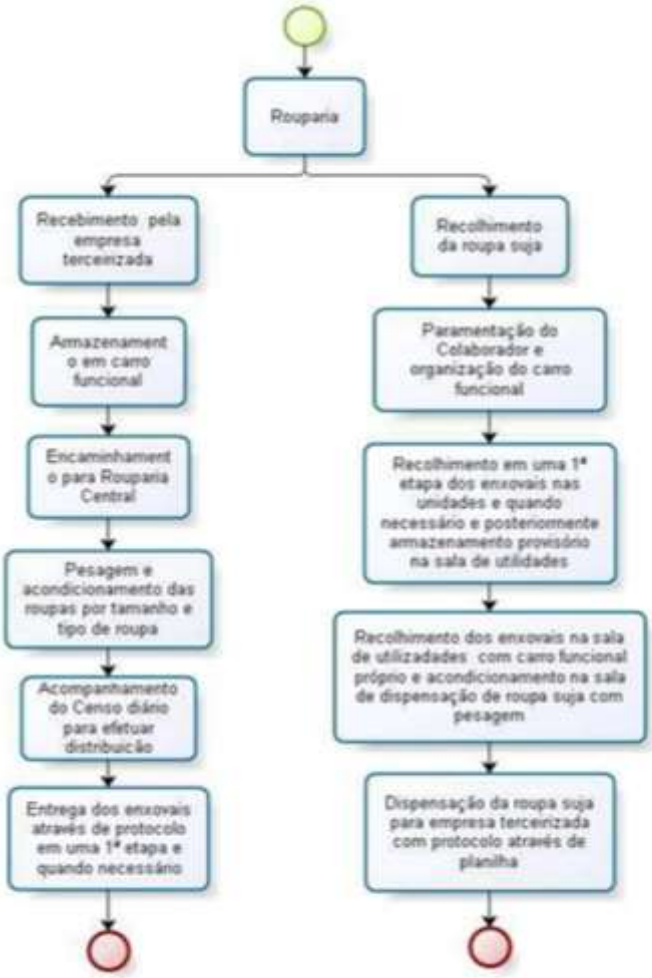
10.1.4. FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS

É considerado um setor de apoio, que exerce uma atividade especializada, devendo garantir o atendimento a demanda e a continuidade da assistência. O serviço de lavanderia será terceirizado no hospital.

Finalidade:

- Recolher toda a roupa usada no Hospital;
- Pesar, separar, processar, distribuir e controlar toda a roupa do Hospital;
- Utilizar técnicas e produtos adequados;
- Zelar para que a roupa processada não se transforme em veículo de disseminação de contaminação;
- Distribuir a roupa de acordo com a necessidade de cada unidade e nos horários previamente estabelecidos;
- Realizar inventário semestralmente e introduzir dispositivos que permitam o melhor controle possível da roupa;
- Manter o local em perfeita ordem e fazer com que os colaboradores utilizem os meios de proteção da roupa;
- Manter quadro com todas as cópias das chaves do Hospital;
- Fazer manutenção preventiva de instalações e equipamentos;
- Levantar mensalmente estatística discriminada do movimento;
- Elaborar e colocar em prática o Regimento e Manual de Organização específico do Serviço.

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



O serviço será realizado fora do hospital, pois este não apresenta estrutura para esta finalidade.

10.1.5. FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE

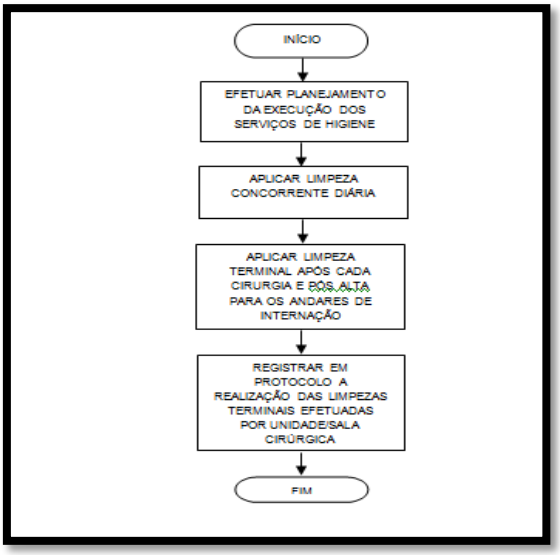
São considerados resíduos hospitalares os resíduos resultantes de atividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos .

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

Finalidades:

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

Fluxo:



O serviço será realizado fora do hospital, pois este não apresenta estrutura para esta finalidade.

10.2. IMPLANTAÇÃO DE GESTÃO

10.2.1. IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

A. CADASTRAMENTO DE FORNECEDORES

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

- ✓ Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) – obrigatório;
- ✓ Inscrição Estadual;
- ✓ Contrato social com as alterações ou Estatuto (se houver);
- ✓ Alvará de funcionamento – obrigatória;
- ✓ Licença Sanitária emitida pela Vigilância Sanitária (renovação anual) – obrigatória;
- ✓ Licença de Funcionamento emitida pela Polícia Federal (renovação anual) – obrigatória.

B. FORNECEDORES DE MEDICAMENTOS, INSUMOS FARMACÊUTICOS E CORRELATOS

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

- ✓ Cópia autenticada do registro da empresa no Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União – obrigatória para fabricante;
- ✓ Certificado de Responsabilidade Técnica do responsável técnico da empresa emitido pelo Conselho Regional de Classe – obrigatório para fabricante;
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Fabricação por Área de Produção e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – obrigatório para fabricante;

✓ Certificado de Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – desejável para fabricante;

✓ Cópia autenticada da autorização especial para comercialização de medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS – obrigatória para fabricante e distribuidor.

C. FORNECEDORES DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES

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

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

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

3. Disposições Gerais

Todos os documentos deverão ser encaminhados via correio, e-mail ou entregues diretamente ao Setor de Compras, atualizados e dentro do prazo de validade, juntamente com a Ficha de Cadastro que deve ser solicitada junto ao setor de compras.

Tal procedimento visa qualificar os fornecedores com relacionamento comercial direto com Hospital, isto é, para aqueles que não possuem cadastro homologado na Central de Compras Pró-Saúde. Os demais deverão se cadastrar na Central de Compras, cujo regulamento está disponível no site da Pró-Saúde pelo endereço eletrônico www.prosaude.org.br.

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

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

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

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

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

D. HOMOLOGAÇÃO DO FORNECEDOR E/OU PRESTADOR DE SERVIÇO

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

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

Para ser considerado homologado o fornecedor deverá:

✓ Estar com toda documentação completa e atualizada, de acordo com o objeto a ser fornecido;

✓ Receber parecer favorável junto a visita técnica (aplicável conforme o caso). Para as visitas técnicas será gerado um relatório em formulário especifico, chamado Relatório de Visita Técnica onde será formalizado o parecer e assinado pelos responsáveis na execução da atividade, sendo que tal documento será arquivado na pasta do fornecedor.

✓ No caso de prestadores de serviço (que atuam dentro do HOSPITAL. ou em unidades externas), estes deverão atingir o mínimo de 70% de conformidade, na auditoria realizada com base no RAG (Requisitos de Apoio a Gestão) da Pró-Saúde. Tal roteiro será disponibilizado ao prestador no momento da auditoria.

✓ Os fornecedores não aprovados poderão passar por um novo processo de qualificação, desde que demonstrem as alterações e correções necessárias nos documentos não aceitos na avaliação anterior.

E. CUMPRIMENTO DAS NORMAS E PORTARIAS DA ANVISA

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

1. RECEBIMENTO DE MERCADORIA

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

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

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

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

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

2. ARMAZENAMENTO DE PRODUTOS NAS FARMÁCIAS

Produtos que não necessitam de armazenamento especial:

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

Multidoses:

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

Medicamentos termolábeis:

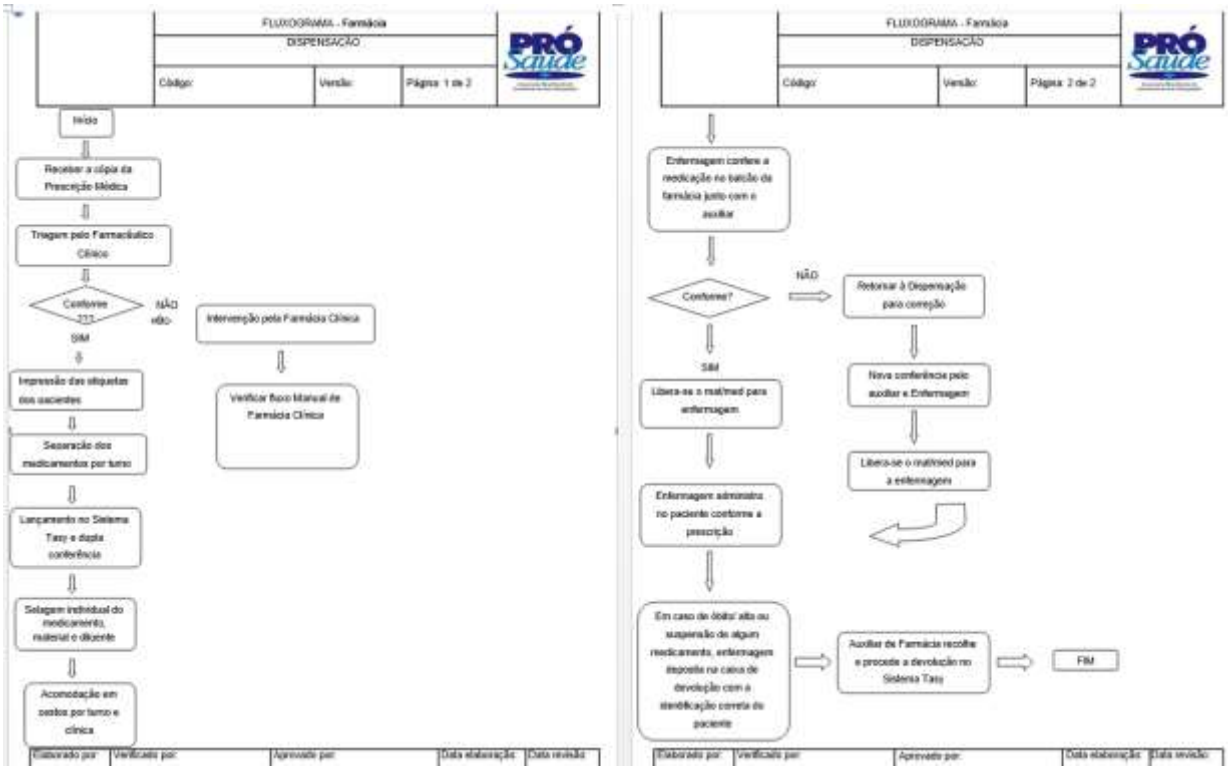
- Verificar os itens a serem repostos;
- Etiquetar medicamentos com etiqueta padronizada azul de MED. GELADEIRA;
- Colocar na prateleira central da geladeira de armazenamento exclusivo de medicamentos;
- Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
- Disponibilizar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

Medicamentos sujeitos a controles especiais (Portaria 344/98):

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

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

Fluxo:



10.2.2. PROPOSTA DE REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO

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 adeque ao perfil da empresa, serão realizadas de forma abrangente e corporativa, com a implementação da "Função de Gestão de Recursos Humanos".

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 coparticipação 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 nexo com a atividade profissional. As ações que visam a proteção da saúde e a integridade físico-emocional dos colaboradores deverão ter o seu cumprimento determinado 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 atenderam 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 legitimo 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 do 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.

REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL:

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.

Em caso de falta, o colaborador que se comprometeu a fazer o plantão do colega será responsabilizado e sofrerá o desconto em seu salário.

Modelo de Escala:

10.2.3. PROPOSTA PARA 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 n° 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". È 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

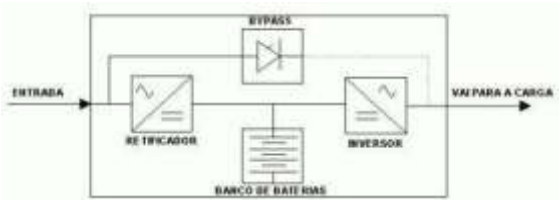
O sistema elétrico é o sistema mais empregado e também o mais exigido das instalações hospitalares. Porque dele transcorrem todos os procedimentos nas áreas críticas tais como, de emergência, cirurgia, nas atividades meio e nos serviços de apoio.

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 da 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 x 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, 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, 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 n°50, "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 à 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 Solucionadas internamente x 100 / No. De Solicitações de Serviços recebidos	Eficiência
Tempo Médio de Indisponibilidade dos Equipamentos Críticos	Σ tempos entre parada e retorno dos equipamentos à atividade / Nº de equipamentos consertados	Eficácia
% de Cumprimento do Cronograma de Manutenções Preventivas	Nº de serviços de manutenção preventiva/calibração realizados X 100 / Nº de serviços de manutenção preventiva programados	Eficácia
% de Cumprimento do Cronograma de Manutenções Preventivas	Nº de serviços de manutenção preventiva/calibração realizados X 100 / Nº calibrações programadas	Eficácia
Custo Médio de Reparo de Equipamentos	Σ gastos com manutenção de equipamentos / Nº de equipamentos consertados	Eficiência
Custo Médio de Reparos com estrutura*	Σ gastos com manutenção de estrutura / Nº de reparos/manutenções realizadas	Eficiência

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

10.2.4. PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL

INTRODUÇÃO

Este Manual define e caracteriza o sistema de gestão aplicado no "Hospital XXX", com o propósito de organizar os recursos necessários à prestação de serviços qualificados que atendam aos requisitos dos clientes, bem como aos requisitos legais e regulamentares aplicáveis.

O conteúdo deste Manual é de responsabilidade da Diretoria Geral do Hospital; a natureza da revisão deve ser indicada no controle de revisões, última página deste Manual.

O Manual foi estruturado em itens direcionadores: Apresentação; Organização; Qualidade integrada à gestão hospitalar; Responsabilidade da direção; e, Controle de revisões.

APRESENTAÇÃO

Do Hospital

(Breve relato da origem do hospital)

O Hospital XXX foi construído no ano de XXX, por iniciativa de XXX, com recursos de XXX. Conta com XXX m2 de área construída e uma área total de XXX m2.

A área de atuação do Hospital é XXX; o perfil de atendimento é predominantemente XXX; a clientela é formada por pacientes do Sistema Único de Saúde e dos convênios XXX.

Este Hospital é um patrimônio público e encontra-se sob gestão de uma OSS – Organização Social de Saúde denominada Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, regularmente contratada para esta finalidade.

A Identidade do Hospital, que compõem a parte filosófica da instituição, constituída pelo:

Negócio: XXXX

Missão: XXXX

Visão: XXXX

Princípios institucionais/organizacionais: XXXX

Do Contrato de Gestão

O contrato de gestão Nº XXX datado de XXX, seus anexos técnicos e aditivos são instrumentos que outorgam à Pró-Saúde poder de gestão do Hospital e estabelecem todas as condições operacionais acerca da produção de serviços e custeio da atividade.

Da Pró-Saúde

Entidade civil, de direito privado, sem fins lucrativos, filantrópica, com sede e foro jurídico na cidade de São Paulo, Capital. A Pró-saúde tem duração por tempo indeterminado, com as seguintes finalidades:

a) Prestar e promover assistência à educação, à saúde e a serviços médico-hospitalares a quantos procurarem seus serviços, sem distinção de nacionalidade, raça, credo religioso, opinião política ou qualquer outra condição, tanto em regime de internação, quanto ambulatorial;
b) Prestar assistência social, por meio de asilos, creches e outras atividades que ajudem a comunidade a se realizar;
c) Desenvolver, direta ou indiretamente, a pesquisa, tanto pura quanto aplicada, sobretudo em seus estabelecimentos, para favorecer o aperfeiçoamento das atividades da saúde, inclusive promovendo ou participando de campanhas específicas para assuntos de seu interesse e da coletividade a que atende;
d) Levar a efeito atividades de saúde comunitária, com vistas à prevenção da doença, orientação sanitária e imunização.

A identidade da Pró-Saúde é expressa através de:

MISSÃO

Promover soluções na área de saúde, orientando-se pelas necessidades dos clientes.

VISÃO

Uma entidade reconhecida nacionalmente pela qualidade na implementação de soluções para as instituições e profissionais da saúde.

VALORES

Profissionalismo

Competência técnica e responsabilidade profissional para atingir os objetivos definidos.

Qualidade

Criação e aperfeiçoamento de produtos/ serviços e satisfação dos clientes internos e externos.

Responsabilidade Social

Valorização do ser humano e do meio ambiente em todas as atividades e decisões.

Ética

Transparência e respeito em todas as relações e sigilo profissional.

ORGANIZAÇÃO

O Hospital está organizado em unidades administrativas, técnicas e assistenciais que se inter-relacionam, compondo a estrutura organizacional. O organograma é o documento que demonstra e formaliza essa estrutura, bem como a relação hierárquica de subordinação existente entre as diversas unidades. Cabe ao Diretor de Operações e Diretor Geral do Hospital sua aprovação.

Instruções para elaboração do Organograma:

a) As comissões não precisam constar todas em ícones separados, aquelas ligadas à Diretoria Geral podem estar apresentadas em um único item denominado "Comissões" e no rodapé do documento citar na legenda todas as comissões que estão inseridas neste item;
b) A identificação deverá ocorrer por setores/unidades. Não cite cargos no organograma;
c) Serviços terceirizados deverão ser indicados em tens tracejados e ligados à Diretoria a qual estão associados;
d) Funções de Staff, que respondem a um superior e não têm autoridade total sobre os níveis abaixo, são colocados em níveis intermediários e ligados a linha principal do superior correspondente;
e) Siglas no organograma devem ser evitadas;
f) As linhas de comunicação e hierarquia devem aparecer na legenda em acordo com o tipo utilizado;
g) As instruções constantes deste item devem ser retiradas do Manual de Gestão após sua elaboração.

O Organograma apresenta-se em linhas de comando, a saber:

DIRETORIA PRÓ-SAÚDE SEDE

O Hospital, enquanto organização é uma Dependência (filial) da Pró-Saúde, com sede em São Paulo, Capital. Neste sentido seu Diretor Geral e demais diretores de área são designados pela Pró-Saúde Sede.

Diretoria Geral do Hospital

É a autoridade funcional do Hospital, responsável pelo cumprimento das obrigações e metas previamente definidos em contrato, bem como pela implantação das diretrizes e políticas de gestão do hospital. Compete à Diretoria Geral cumprir e fazer cumprir este Manual.

Diretorias das Áreas

É o órgão executor das políticas, diretrizes, objetivos e metas emanadas da alta direção, a serem implementados nas unidades sob comando direto, bem como representar os interesses e necessidades destas unidades no contexto do Hospital. Compete cumprir e fazer cumprir este manual e representar a Diretoria Geral quando necessário.

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

O núcleo deverá traduzir o modelo de gestão da Pró-Saúde atuando em consonância com as disciplinas que o compõe: gestão estratégica, gestão de processos, segurança assistencial, auditorias e certificações e serviço de atendimento ao cliente. O objetivo final é assegurar a qualidade e a segurança ao paciente/usuário que recebe prestação dos serviços no Hospital.

COMISSÕES HOSPITALARES

A Diretoria do Hospital irá organizar e manter em funcionamento todas as Comissões legalmente exigidas pelos Órgãos Públicos fiscalizadores da atividade hospitalar, bem como poderá criar outras para melhorar o desempenho institucional.

Comissões Obrigatórias

- **COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA**

Lei 3.268/57 de 30/09/1957 (DOU 04/10/1957). Resol. CFM 1215/85. É o órgão supervisor da ética profissional na instituição, representando os Conselhos Regional e Federal de Medicina. Estes Conselhos têm por atribuição julgar e disciplinar a classe médica nos aspectos referentes ao exercício profissional e ético da Medicina. Esta Comissão deverá ser presidida pelo Diretor Técnico do Hospital e será composta pelos membros do Corpo Clínico do mesmo.

As competências estarão definidas na Ata de Abertura/Regimento da Comissão.

- **COMISSÃO DE CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)**

A Comissão de Controle da Infecção Hospitalar é o órgão de assessoria à Direção Geral e de execução das ações de controle de infecção hospitalar – Resolução Nº 2616/1998 e de assessoramento dos serviços médicos e hospitalares. As competências estarão definidas na Ata de Abertura/Regimento da Comissão; Composta pelos profissionais do Hospital que têm maior afinidade com a

problemática, devendo participar necessariamente a coordenação dos serviços de apoio, enfermagem, farmácia, laboratório e médico infectologista responsável pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

- **COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)**

Esta Comissão é regida pela Lei nº 6.514 de 22/12/77 e regulamentada pela NR-5 do Ministério do Trabalho, constituindo um órgão de assessoria e atuação, composta por cinquenta por cento de seus membros indicados pela Diretoria e cinquenta por cento de seus membros eleitos pelos colaboradores do Hospital.

Esta comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

- **COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS**

Resolução 1638 de 10/07/2002. Esta Comissão deve ser designada pelo Diretor Geral do Hospital, sendo membros dessa comissão representante indicado pelo Diretor Técnico, Diretor Clínico, Diretor de Enfermagem, Psicólogo, Assistente Social, Faturamento, bem como outros profissionais que se fizerem necessários. Está comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

- **COMISSÃO DE ÓBITOS**

(Legislação estadual) Esta Comissão deve ser designada pelo Diretor Geral do Hospital e devem ser considerados membros dessa comissão representante indicado pelo Diretor Técnico, Diretor Clínico, Diretor de Enfermagem, Médico patologista, bem como, outros profissionais que ser fizerem necessários. Está comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

- **COMISSÃO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

Ministério da Saúde (Portaria 337, 14/04/99). Esta Comissão deve ser designada pela Diretoria Clínica do Hospital e devem ser considerados membros dessa comissão representantes indicados pelo Diretor Técnico, Diretor de Apoio, Diretor de Enfermagem, Diretor Administrativo, Representante SCIH, NEP, bem como, outros profissionais que se fizerem necessários. Está comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

- **COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM**

Resolução COFEN 172/94. Esta Comissão deve ser designada pela Diretoria de Enfermagem e devem ser considerados membros desta, profissionais indicados pela mesma, os quais deverão ter entre outras atribuições, a colaboração com os CORENs regionais no combate ao exercício ilegal da profissão. Está comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

Comissões Recomendadas

(conforme requisitos contratuais, perfil assistencial e necessidades de cada hospital).

a) Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos;
b) Comissão de Gerenciamento de Resíduos Serviços de Saúde;
c) Comissão do Plano de Contingência Institucional;
d) Comissão de Hemoderivados;
e) Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes;
f) Comissão de Curativos;
g) Comissão de Farmacovigilância e Tecnovigilância;
h) Comissão de Humanização.

- **EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP**

O NEP deve interagir com todas as unidades do Hospital, visando implementação de práticas de educação permanente do profissional em seu local de trabalho.

- **COMUNICAÇÃO**

Compete fortalecer a comunicação e a imagem do Hospital junto à comunidade em geral, às instituições de classe, aos clientes internos e externos.

- **RECRUTAMENTO E SELEÇÃO**

Prover profissionais qualificados para suprir, em tempo, as vagas de trabalho abertas pelo hospital. Avaliar perfil e emitir laudo dos candidatos.

- **ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL**

Responsável pela admissão, compensação e desligamento de pessoal, ou seja, todo processo de acompanhamento da relação contratual do colaborador com o hospital. Representar o hospital junto aos órgãos oficiais (DRT, Sindicato, Justiça do Trabalho, etc).

- **SEGURANÇA E MEDICINA DE TRABALHO (SESMT)**

Deve promover o mais alto grau de bem-estar físico, mental e social aos trabalhadores, prevenir os desvios de saúde e proteger os trabalhadores dos riscos resultantes dos agentes agressores no ambiente de trabalho.

- **FINANCEIRO**

Responsável pela administração de recursos financeiros, planejando e executando as políticas que vão assegurar fluxo adequado de pagamento a fornecedores e prestadores de serviço, maximizando as receitas disponíveis.

- **FATURAMENTO**

Responsável pelo processamento, cobrança e recebimento das contas hospitalares dos pacientes, internos e externos, do sistema único de saúde, particulares e diversos convênios contratados pelo hospital.

- **CONTABILIDADE**

Responsável por registrar e monitorar toda ação econômica que resulte em compromisso financeiro perante terceiros seja para pagamento ou recebimento de recursos, subsidiando os gestores com informações pertinentes.

- **CUSTOS**

Responsável por gerar informações sobre a utilização de recursos e contribuição de resultado gerado em cada serviço do hospital, precificação, apuração e análise de desempenho de serviços existentes e novos projetos.

- **PATRIMÔNIO**

Responsável por catalogar e controlar todos os bens patrimoniais. Proceder a controles de inclusão, transferência e baixa dos bens próprios e de terceiros sob guarda.

- **TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO**

Prover sistema de informações adequado e seguro necessário aos serviços prestados pelo hospital. Responsável pela assistência técnica de software e hardware, atualização de sistemas operacionais, procedimentos de segurança e preservação de informações e avaliação de novas tecnologias.

- **HOTELARIA**

Responsável pelo gerenciamento da interface dos serviços de apoio com o objetivo de garantir qualidade do atendimento ao cliente através dos meios de hospedagem oferecidos.

- **NUTRIÇÃO E DIETÉTICA**

Prover alimentação adequada aos usuários do hospital. Realiza a produção e a distribuição de todos os alimentos, avalia, acompanha e orienta nutricionalmente os pacientes internados nas diversas clínicas e terapia intensiva, bem como fornece alimentação aos profissionais e acompanhantes.

- **PROCESSAMENTO DE ROUPAS**

Prover roupa necessária aos serviços prestados pelo hospital. Realiza a coleta, transporte e separação de roupa suja, bem como o processamento de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição.

- **SEGURANÇA**

Manter a ordem e zela pelos bens patrimoniais da instituição. Responsável por controlar acessos e fluxos (pessoas e bens) do hospital.

- **HIGIENE E LIMPEZA**

Prover ambiente limpo e seguro necessário aos serviços prestados pelo hospital. Planeja e executa todas as atividades relacionadas à preservação, limpeza, desinfecção, tratamento e manutenção de piso, parede e mobiliário, faz coleta de resíduos.

- **COMPRAS**

Prover o abastecimento de insumos adequados e seguros necessários aos serviços prestados pelo hospital. Responsável por assegurar a melhor relação preço e qualidade pertinentes ao orçamento do hospital.

- **ALMOXARIFADO**

Responsável pelo recebimento, guarda, controle e distribuição dos insumos necessários ao funcionamento do hospital observando condições técnicas e de segurança pertinentes.

- **FARMÁCIA**

Prover medicamentos adequados e seguros necessários aos serviços prestados pelo hospital. Responsável por programar, receber, estocar, preparar, controlar e distribuir medicamentos e correlatos e manipular fórmulas magistrais.

- **INFRAESTRUTURA**

Prover instalações adequadas e seguras necessárias aos serviços prestados pelo hospital. Adequação e manutenção de ambientes hospitalares em conformidade com os requisitos da RDC50. Conservação, recuperação e vistoria (laudo técnico) dos equipamentos, sistemas ou instalações do hospital, com a finalidade de garantir sua completa operacionalidade.

- **ENGENHARIA CLÍNICA**

Assegurar que todos os equipamentos de suporte à vida estejam em pleno funcionamento e acompanhar toda questão preventiva e corretiva dos mesmos. Manter controle dos laudos técnicos de funcionamento, localização e calibração.

- **ATENDIMENTO - RECEPÇÕES**

Executar o atendimento a pacientes, acompanhantes e demais pessoas que buscarem contato com o hospital. Responsável por processar os registros e encaminhamentos adequados e seguros de todos os atendimentos.

- **INTERNAÇÃO**

Receber pacientes e prover informações as pessoas que buscarem contato com o hospital. Responsável por executar a internação e o encaminhamento adequado e seguro dos pacientes e realizar gerenciamento de leitos.

- **TELEFONIA**

Responsável pela comunicação via telefone e sistema de som, visando informar, realizar e direcionar ligações, localizar pessoas, fazer anúncios, entre outros.

- **SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO – SAU**

Atuar como canal de comunicação entre cliente com o hospital. Receber e dar o encaminhamento adequado e seguro a toda manifestação registrada ou verbal que seja feita envolvendo o hospital, seus serviços e profissionais. Responsável por pesquisar e medir o grau de satisfação dos clientes e prover informações as Diretorias e demais lideranças do Hospital.

- **SERVIÇO SOCIAL**

Prestar assistência social aos pacientes e profissionais do hospital, em uma abordagem educativa, respeitando os princípios éticos e técnicos da profissão como premissa do serviço.

- **ARQUIVO E ESTATÍSTICA**

Zelar pela preservação do prontuário e qualidade dos registros. Assegurar o fluxo e guarda do prontuário do paciente, conforme legislações e normas estabelecidas, bem como compilação de dados estatísticos.

- **DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO (SADT)**

Constituído pelas áreas que realizam exames e tratamentos, têm como atribuição o auxílio no diagnóstico precoce e tratamento das principais patologias, contando com a utilização de tecnologia adequada e técnicas preconizadas pelos manuais de boas práticas e protocolos assistenciais.

- **DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E TRAÇADOS:**

Composto por Radiologia, Ultrassonografia, Tomografia, Endoscopia, Colonoscopia, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, e outros que por ventura venham ser implantados.

- **LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

Serviço destinado a analise laboratorial dos componentes do organismo, por meio de exames de sangue, urina, etc.

- **LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA**

Esta unidade destina-se a realizar exames citológicos e estudos macro ou microscópios de peças anatômicas retiradas cirurgicamente de doentes para fins de diagnósticos

- **FISIOTERAPIA**

Reabilitação ou readaptação dos processos sensoriais e da função respiratória e motora. Utiliza métodos de inibição dos padrões, tônus e movimentos patológicos; facilitação dos normais e aprendizagem destes, gerando a função.

- **FONOAUDIOLOGIA**

Unidade destinada a reabilitação ou readaptação das funções motoras orais que envolvem a respiração, alimentação (sucção, mastigação, deglutição), integração e harmonização da fala.

- **PSICOLOGIA**

Prestar atendimento psicológico aos pacientes internados e seus familiares utilizando psicoterapia breve e focal bem como contribuir para a melhoria do nível de saúde mental, aderência ao tratamento e reabilitação sócio-psicológica.

- **AGÊNCIA TRANSFUSIONAL**

Unidade física com ambientes destinados a armazenar, realizar testes de compatibilidade e distribuir hemocomponentes para aplicação.

- **UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA**

Unidade destinada ao atendimento de paciente portador de patologia clínica, crônica ou não. São recebidos nesta unidade, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.

- **UNIDADE DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA**

Unidade destinada ao atendimento de paciente portador de tratamento cirúrgico, compatível com o perfil do hospital. São recebidos nesta unidade, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.

- **MATERNIDADE**

Unidade destinada ao atendimento de paciente no puerpério. São recebidos nesta unidade, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.

- **MEDICINA INTENSIVA**

Unidade especializada e diferenciada, destinada ao atendimento de paciente que necessita de cuidados intensivos e contínuos de equipe multidisciplinar especializada e capacitada. São recebidos nessas unidades, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.

- **CENTRO CIRÚRGICO**

Destinado à realização de cirurgias, sejam elas programadas ou de caráter de urgência. São recebidos nesta unidade, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.

- **CENTRO OBSTÉTRICO**

Prover atendimento a parturiente eletiva ou de urgência. Constitui o conjunto de elementos destinados ao pré-parto, parto e primeiros cuidados com o recém-nascido.

- **CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (CME)**

Responsável por prover o hospital com material estéril adequado e seguro necessário ao serviço prestado pelo hospital. Executar o controle, processamento e distribuição de artigos a serem utilizados em todas as unidades hospitalares que requeiram limpeza, esterilização e armazenagem.

- **AMBULATÓRIO**

Destinado ao atendimento de consultas de especialidades médicas diversas, conforme perfil do hospital. São recebidos nesta unidade, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.

- **PRONTO SOCORRO**

Destinado ao atendimento de urgência/emergência, conforme perfil do hospital. São recebidos nesta unidade pacientes em estado grave, mal súbito e risco de vida, devendo ser prontamente atendidos.

- **BERÇÁRIO**

Prover atendimento ao recém-nascido, como parte integrante do serviço de obstetrícia do hospital.

- **DIRETORIA TÉCNICA**

É o órgão executor das políticas, diretrizes, objetivos e metas emanadas da alta direção, a serem implementadas junto ao Corpo Clínico com o objetivo de programar o modelo assistencial através de práticas de qualidade e segurança, bem como representar organizar e supervisionar as atividades médicas, responsabilizando-se pelas atividades técnicas do serviço médico do hospital, assegurando o exercício correto da Medicina, conforme as normas vigentes.

- **CORPO CLÍNICO**

O Corpo Clínico do Hospital é constituído por médicos credenciados a desenvolverem atividades profissionais no âmbito do Hospital:

I. Os membros do Corpo Clínico por possuírem autonomia profissional são responsáveis pela assistência médica aos que procuram o Hospital e responde civil, penal e eticamente por seus atos;

II. Aos membros do Corpo Clínico do Hospital, será franqueada a utilização da infraestrutura, instrumentais cirúrgicos e equipamentos do Hospital, para atendimento dos clientes/pacientes e cuidados oferecidos pelo Hospital, na forma deste Manual de Gestão, observada a habilitação de cada um, sem ônus para os mesmos, ressalvados os contratos em geral;

III. O credenciamento de médicos ao Corpo Clínico do Hospital se fará conforme prescreve o presente Manual de Gestão.

O Corpo Clínico, órgão de caráter administrativo e sem personalidade jurídica, é constituído de Direção Clínica, Comissão de Ética Médica e Setores Médicos necessários e possíveis para o atendimento da demanda de clientes do Hospital, obedecidas às determinações do presente Manual de Gestão:

I. O Corpo Clínico do Hospital possuirá Regimento elaborado pela Direção Clínica, seguindo o RI SEDE.DM.001 ou RI.SEDE.DM.002 – Regimento do Corpo Clínico (1 – Baixa Complexidade, 2 – Média e Alta Complexidade) disciplinando assuntos técnicos e éticos;

II. O regimento do Corpo Clínico, para ter vigência plena, não poderá contrariar o disposto neste Manual de Gestão.

A Diretoria do Hospital, em acordo com o Diretor Clínico e o Diretor Técnico, poderá eventualmente, autorizar médicos não pertencentes ao Corpo Clínico a atenderem clientes no Hospital.

A existência de Corpo Clínico, constituído regularmente, não impede que a Diretoria convenie com pessoas jurídicas prestadoras de serviços e que seus profissionais médicos, atendam, no Hospital, os clientes a elas vinculados.

A terceirização dos Serviços Médicos poderá ser realizada por meio da celebração de contrato entre pessoas jurídicas, registrado em cartório, ficando garantido ao Hospital o direito de fiscalização do serviço, a realização do faturamento, sua participação e a aplicação das normas deste Manual de Gestão.

Nota: Em observância ao organograma, anexar outras áreas existentes e excluir aquelas que não fazem parte do escopo.

SERVIÇOS DA PRÓ-SAÚDE SEDE

Sede/Diretoria Executiva

Compete nomear diretores, acompanhar e orientar todo o processo de gestão, nos assuntos administrativos de complexidade e relevância. Controlar e assegurar o bom desempenho do Hospital.

Sede/Apoio Técnico

Profissionais especialistas das áreas médica, de enfermagem, contabilidade, finanças, administração geral, administração de pessoal, gestão da qualidade, abastecimento, gestão de suprimentos e outros, compõem a equipe de Apoio Técnico. Através de visitas periódicas, esses profissionais orientam e participam do processo de gestão do Hospital.

Sede/Departamento Jurídico

Advogados da Sede orientam todas as demandas jurídicas. O Hospital poderá contar com apoio de advogados locais, porém, sob supervisão do Jurídico da Sede, ao qual compete:

a) avaliar todos os contratos de prestação de serviços que o Hospital mantém com terceiros;

b) defender os interesses do Hospital, judicial e extrajudicialmente;

c) atuar em todas as ações em que o Hospital for sujeito ativo ou passivo;

d) orientar o Hospital sobre a conduta a ser adotada, objetivando eliminar ou diminuir os riscos trabalhistas, civis e penais, para não acumular obrigações futuras;

e) emitir pareceres sobre questões inerentes ao Hospital, na aplicação dos diversos dispositivos legais que forem aprovados;

f) acompanhar e orientar o Hospital junto ao sindicato patronal nas negociações referentes às Convenções Coletivas de Trabalho.

Nota: Outros serviços poderão ser processados diretamente pela Sede, conforme a característica do Hospital. Neste caso serão descritos neste

item.

QUALIDADE INTEGRADA À GESTÃO HOSPITALAR

A gestão hospitalar está alinhada as ações de identificação e implementação de melhorias da qualidade nos processos operacionais e boas práticas aplicadas aos serviços hospitalares, bem como às diretrizes corporativas estabelecidas pela Sede da Pró-Saúde.

Requisitos Gerais

O Hospital identifica a totalidade de seus processos de trabalho por meio do mapeamento setorial e das possíveis interações administrativas ou técnicas (fornecedores e clientes), objetivando com isto o estabelecimento de controles e critérios padronizados para desempenho da assistência como um todo. A busca pelo alcance das metas estabelecidas é a evidência do comprometimento do hospital com a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Objetivos da Qualidade Integrada à Gestão Hospitalar

Os objetivos da qualidade foram estabelecidos com base no planejamento estratégico do hospital, desdobrados em metas, indicadores e ações as quais deverão ser observadas e cumpridas integralmente, conforme requisitos contratuais acordados com as partes interessadas.

Cumprimento integral das obrigações contratuais

Para prover serviços de qualidade na assistência por meio de sua infra-estrutura, profissionais capacitados, recursos tecnológicos, sustentabilidade e atendimento às legislações da saúde, a gestão deve assegurar o cumprimento integral das obrigações contratuais, garantindo assim, o pleno atendimento das necessidades e expectativas de seus clientes e partes interessadas. Dentre as obrigações contratuais podem ou devem ainda constar, as seguintes premissas:

Viabilidade Econômica

Com o intuito de propiciar uma estrutura hospitalar sólida e perene, é fundamental que haja por parte da gestão uma preocupação em assegurar o equilíbrio econômico-financeiro da instituição, por meio das devidas alocações específicas de recursos que garantam o atendimento aos requisitos da qualidade do Hospital.

Auditorias (internas e externas) e certificações

O Hospital mede seu grau de aderência a padrões de qualidade por meio de avaliação e aplicação dos requisitos em seus processos/atividades de atendimento ao paciente/cliente, objetivando a excelência dos serviços prestados, contando sempre que possível, com sua adesão a programas de qualidade objetivando a melhoria contínua.

Treinamento e Desenvolvimento

A qualidade dos serviços oferecidos pelo hospital somente será alcançada caso haja o desenvolvimento e aprimoramento de seu capital intelectual. Promovendo treinamento o hospital visa a disseminação do conhecimento por meio de cursos de capacitação, aperfeiçoamento técnico e reciclagem de conceitos junto a seus profissionais.

Satisfação do paciente/cliente

Colocamos as expectativas dos nossos clientes externos e internos no ponto central da nossa atuação. O nosso sucesso é medido através da satisfação dos clientes com os nossos serviços, e da sua fidelidade em relação à instituição.

Responsabilidade Socioambiental

Buscamos conquistar a confiabilidade junto à comunidade por meio do nosso compromisso na gestão das questões ambientais e sociais. A utilização responsável dos recursos durante todo o ciclo de vida dos nossos serviços aumenta a nossa credibilidade e sustentabilidade perante a sociedade e meio ambiente.

Humanização

Uma das premissas mais importantes para o Hospital é a Humanização, conceito que busca acolher e envolver os pacientes/clientes de forma que sua estadia e recuperação ocorram dentro de um ambiente de respeito e sensibilidade.

Estrutura do NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

A qualidade em um conceito maior foi traduzida no modelo de gestão da Pró-Saúde no conjunto de várias ações que somadas originaram o NQSP, que tem em sua base as políticas de segurança do paciente instruídas pelo Ministério da Saúde. Tem em sua constituição, no mínimo, médico, enfermeiro, diretor geral e especialista em qualidade. O objetivo final é assegurar a qualidade e a segurança ao paciente/cliente que recebe prestação dos serviços no hospital.

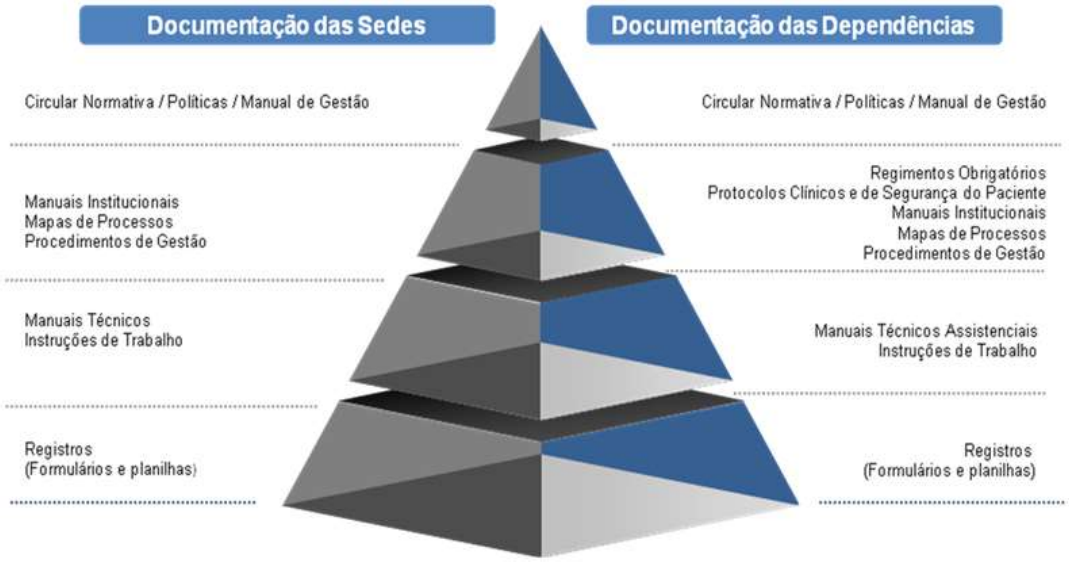
Responsabilidade e Autoridade

A responsabilidade e autoridade do pessoal que administra, desempenha e verifica atividades que influenciam os resultados de processos e desempenho no tocante à qualidade dos serviços prestados, sejam eles relativos à assistência, apoio e/ ou às rotinas administrativas, estão definidas nas descrições de cargo e representada no organograma.

Membros individuais da organização podem assumir mais de uma responsabilidade. Na ausência de qualquer titular de uma atividade específica, esta estará automaticamente delegada ao seu superior imediato ou pessoa designada.

Estrutura da Documentação

É a intenção deste Manual de Gestão, normatizar a hierarquia de documentos existente nos hospitais, conforme representado na figura seguinte:



- **CIRCULAR NORMATIVA**

Documento que declara as deliberações estratégicas da Diretoria do Hospital referente à assuntos de interesse comum a toda a Instituição.

- **POLÍTICAS**

Documento que declara e institui as intenções, diretrizes, regras, normas e responsabilidades da Diretoria do Hospital, em relação às suas estratégias e objetivos, bem como, determina a estrutura e recursos para sua implementação.

- **MANUAL DE GESTÃO**

Documento que descreve o sistema de gestão de uma organização de acordo com os padrões e normas de referência.

- **REGIMENTOS OBRIGATÓRIOS**

São os regimentos exigidos por força da lei, normalmente relativos ás comissões obrigatórias e integram a ata de abertura das mesmas.

- **PROTOCOLOS CLÍNICOS**

Recomendações desenvolvidas sistematicamente, para auxiliar no manejo de um problema de saúde, dentro de uma circunstância clínica específica, preferencialmente baseada na melhor informação científica (embasados em evidência).

- **PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Definição de conduta objetiva atribuída aos profissionais no âmbito da atenção à saúde. Representa o resultado de consenso técnico-científico formulado dentro de parâmetros de qualidade, precisão de identificação e metodologia.

- **MANUAIS INSTITUCIONAIS**

Documento que descreve de modo amplo orientações de todas as etapas de um processo sistêmico (abrangência institucional) que compõem o Sistema de Gestão.

- **MAPA DE PROCESSOS**

Documento que descreve o conjunto de atividades inter-relacionadas, em sua sequencia lógica, que transformam as entradas (fornecedores e insumos) em saídas (produtos e clientes) que deve agregar valor na percepção dos clientes, mencionando seus indicadores de desempenho para proporcionar sua gestão.

- **PROCEDIMENTOS DE GESTÃO**

Documento que descreve orientações sobre uma ou mais etapas de um processo sistêmico (abrangência institucional) que compõem o Sistema de Gestão.

- **MANUAIS TÉCNICOS**

Documento que descreve de modo amplo todas as etapas de um processo de abrangência setorial, ou seja, documentos com aplicação específica.

- **INSTRUÇÕES DE TRABALHO**

Documentos que descrevem com adequado grau de detalhamento a forma específica de executar uma atividade de um processo, setor ou área especificamente.

- **REGISTROS**

É um tipo de documento que apresenta os resultados obtidos ou fornece evidências de atividades realizadas, que pode ser escrito ou automatizado sendo: notas, relatórios, lista de presença, pedido de compras, guias, formulários preenchidos e outros.

- **FORMA DE APRESENTAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS E REGISTROS**

Os documentos são elaborados, aprovados e controlados conforme **PG.SEDE.GI.001 - Controle de Documentos e Registros**, e suas atualizações. O procedimento adotado também contempla a clara identificação das alterações, garantindo a todos os envolvidos a disponibilização da última revisão nos locais de trabalho, onde são necessários para orientar o desenvolvimento das atividades e que os considerados obsoletos sejam prontamente retirados do uso.

Os registros são estabelecidos e mantidos quanto à sua Identificação, Armazenamento, Proteção, Recuperação, Tempo de Retenção e Disposição dos registros e documentos internos e externos utilizados pelos diversos processos identificados, também descritos no supracitado procedimento de gestão.

RESPONSABILIDADE DA DIREÇÃO

- **COMPROMETIMENTO DA ALTA DIREÇÃO**

As Diretorias estão comprometidas com o desenvolvimento, a implementação e a melhoria contínua dos processos, sendo demonstrado por meio do cumprimento dos objetivos que sustentam a identidade estratégica/organizacional do Hospital e que dizem respeito ao atendimento aos requisitos e cláusulas contratuais de gestão, e a garantia da qualidade na prestação de serviços médico-hospitalares.

- **METAS DA ALTA DIREÇÃO**

A Diretoria do hospital definiu entradas para o monitoramento de metas que serão abordadas nas reuniões de análise crítica, com o intuito de verificar:

a) Metas contratuais e orçamentárias;
b) Resultado da assistência prestada aos pacientes e pesquisa de satisfação;
c) Indicadores operacionais, indicadores estratégicos e indicadores corporativos da Pró-Saúde.

- **METAS DOS GESTORES DE PROCESSOS**

Há reuniões de nível gerencial, que são consideradas análises críticas de processos, com periodicidade pré-definida, visando adequação e eficácia dos processos. São considerados dados de entradas a serem analisados:

a) Resultados relacionados a pacientes;
b) Situações de Ações Corretivas e Preventivas e mitigação de riscos;
c) Desempenho dos processos (através dos resultados dos indicadores setoriais);
d) Acompanhamento do cumprimento de Planos de Ação

- **COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO**

O processo de comunicação tem como objetivo a disseminação dos objetivos do Hospital e as ações voltadas para a qualidade dos serviços prestados, visando manter informados e conscientizados os colaboradores, fornecedores e pacientes.

- **MEIOS PARA COMUNICAÇÃO/DIVULGAÇÃO**

A tabela abaixo demonstra a aplicabilidade:

Conteúdo para Comunicação	Público Alvo	Responsabilidade	Periodicidade	Forma de Comunicação
Missão, Visão e Valores	Colaboradores e pacientes	Direção Geral	Contínua	Informativos, quadros nas áreas, Intranet, papel de parede dos computadores, banners, folders, eventos relacionados.
Objetivos, Metas e Projetos	Colaboradores	Gestores dos Processos, Direção e NQSP.	Acompanhamentos mensais e/ou conforme definido em ata de reunião e ou quando necessário	Mural das áreas, Ata de Reunião de Análise Crítica e/ou Reunião com colaboradores e intranet
Resultados de Auditorias Internas e Externas, Plano de Ação e Melhorias	Colaboradores dos setores envolvidos	Gestores dos Processos, Direção e NQSP.	Reuniões para apresentação dos resultados e Reunião de Análise Crítica	Ata de Reunião de Análise Crítica e/ou Reunião com colaboradores e intranet
Dados de Produção e Produtividade	Setorial	Responsável pela atividade ou processo	Mensal e com validade determinada.	Indicadores setoriais
	Geral	Responsável pela atividade ou processo	Mensal e com validade determinada.	Indicadores Gerais

10.2.5. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

A seguir apresentamos um modelo de Manual de Gestão do Serviço de Enfermagem que poderá ser adaptado para uso no hospital.

CAPÍTULO I

DA APRESENTAÇÃO

Art. 1º

O Serviço de Enfermagem é formado por profissionais devidamente habilitados; configurado pela habilidade do plano das relações de trabalho com a instituição. Destina-se a atender as necessidades humanas básicas do cliente, buscando reverter estados de desequilíbrio em equilíbrio, respeitando os preceitos éticos e legais. Abrange as seguintes Unidades e Serviços: Unidades de Internação, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Emergência, Centro Cirúrgico, Central de Material,

Centro Obstétrico e Ambulatório, obedecendo sempre ao preconizado pelo instrumento máximo desta instituição, o Regulamento do Hospital.

CAPÍTULO II

DA IMPORTÂNCIA

Art. 2º

A importância do Serviço de Enfermagem se caracteriza pela coordenação dos recursos materiais e humanos e pelas atividades inerentes a esta coordenação.

CAPÍTULO III

DAS FINALIDADES

Art. 3º

O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

I. Prover recursos que possibilitem uma assistência integral aos pacientes, nas diversas fases do tratamento;

II. Programar e coordenar a alocação e treinamento de recursos humanos para a assistência ao paciente;

III. Estimular e promover trabalho em equipe, promovendo ambiente harmônico;

IV. Difundir entre o pessoal de Enfermagem as diretrizes do Hospital, firmando critérios de trabalhos norteados pelos princípios humanísticos inseridos no código de ética;

V. Colaborar com a equipe de saúde, a fim de melhorar e aperfeiçoar o desenvolvimento da assistência ao paciente;

VI. Colaborar com as instituições educacionais da saúde;

VII. Manter um elevado padrão de atendimento em todos os níveis de assistência;

VIII. Estabelecer técnicas e definir métodos de trabalho;

IX. Programar as necessidades de pessoal dentro dos padrões de qualidade e quantidade exigidos pelas unidades para assistência nas 24 horas;

X. Promover condições para o desenvolvimento e atualização técnico-científica do pessoal de Enfermagem;

XI. Planejar, organizar, coordenar a assistência prestada aos pacientes, de acordo com a metodologia de enfermagem;

XII. Criar condições e incentivar o relacionamento interdepartamental, com a comunidade e com os colegas de trabalho;

XIII. Elaborar e Implantar a sistematização da assistência de enfermagem e, avaliar os resultados;

XIV. Prestar assistência preventiva e curativa ao paciente cuidando para a sua pronta recuperação o mais rápido possível;

XV. Elaborar com a Diretoria Administrativa, Corpo Clínico e demais setores do Hospital, no sentido do melhoramento e aperfeiçoamento dos trabalhos técnicos e administrativos;

XVI. Colaborar para que os índices de infecção sejam levantados da forma mais ampla e correta possível;

XVII. Preencher todas as formalidades necessárias, tanto no prontuário dos pacientes, quanto as demais solicitadas pela administração;

XVIII. Orientar os clientes quanto ao horário de visita dos pacientes a fim de facultar a boa recuperação dos mesmos.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 4º

O Serviço de Enfermagem faz parte dos serviços de atendimento direto ao paciente e subordinado diretamente ao Diretor Administrativo do Hospital, chefiado por uma Gerente de Enfermagem com administração própria e autonomia profissional.

CAPÍTULO V

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 5º

O Serviço de Enfermagem é constituído dos seguintes setores:

I. Unidades de Internação;

II. Unidades de Terapia Intensiva;

III. Ambulatório;

IV. Emergência;

V. Centro Cirúrgico;

VI. Centro Obstétrico;

VII. Central de Material Esterilizado;

VIII. Outros (especificar).

Art. 6º

A área de Administrativa dos setores é composta por:

I. Chefia;

II. Educação em Serviço;

III. Enfermeira CCIH;

IV. Escriturário.

Art. 7º

A Unidade de Internação é composta por:

I. Unidade de Clínica Médica;

II. Unidade de Clínica Cirúrgica;

III. Unidade de Pediatria;

IV. Unidade de Ginecologia e Obstetrícia;

V. Unidade de Ortopedia;

VI. Unidade de Berçário;

VII. Outros (especificar).

Art. 8º

A área de Cuidados Intensivo/Especiais é composta por:

I. Unidade de Terapia Intensiva Adulto;

II. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;

III. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;

IV. Unidade de Terapia Cardiológica/Coronariana;

V. Unidade de Recuperação Anestésica;

VI. Unidade de Pronto-Socorro/Pronto Atendimento;

VII. Outros (especificar).

Art. 9º

O Bloco Operatório é composto por:

I. Centro Cirúrgico;

a) Cirurgia Geral;

b) Cirurgia Especializada *(caso haja);*

c) Sala de Recuperação Pós-Parto;

d) Sala de Pré-Anestésico.

II. Centro Obstétrico.

a) Sala de Pré-parto;

b) Sala de Parto;

c) Sala de Pós-anestésico.

Art. 10

A Central de Material Esterilizado é composta por:

I. Lavagem e Desinfecção;

II. Preparo;

III. Esterilização;

IV. Armazenagem;

V. Distribuição.

CAPÍTULO VI

DOS RECURSOS HUMANOS E SEUS REQUISITOS

Art. 11

Os requisitos básicos para o cargo de Gerência dos Serviços de Enfermagem são:

I. Possuir diploma do curso superior de Enfermagem e registro no COREN;

II. Prática no exercício da profissão de, no mínimo, três anos;

III. Ter conhecimento da legislação e jurisprudência dos procedimentos, métodos e técnicas que regem o serviço;

IV. Habilidades gerenciais para planejar, organizar e integrar atividades em nível complexo;

V. Título técnico do COREN município.

Art. 12

Os requisitos básicos para o cargo de Chefia do Setor são:

I. Possuir diploma do curso superior de Enfermagem e registro no COREN;

II. Prática do exercício da profissão por um prazo mínimo de dois anos;

III. Conhecimento das técnicas e métodos científicos.

IV. Possuir habilidades gerenciais e liderança aplicados à sua área de atuação;

V. Possuir conhecimento técnico sobre o manejo de aparelhos, equipamentos e instrumentais utilizados em execução dos trabalhos;

VI. Possuir curso de ATLS (Suporte Avançado de Vida no Trauma para Médicos e Enfermeiros) e ACLS (Suporte Avançado de Vida na Cardiologia para Médicos e Enfermeiros).

Art. 13

Os requisitos básicos para o cargo de Enfermeiro são:

I. Possuir diploma do curso superior de Enfermagem e registro no COREN;

II. Conhecimentos técnicos e científicos adequados à capacidade de tomar decisões imediatas;

III. Conhecimentos e habilidades gerenciais e de liderança necessárias para organizar e integrar as atividades na sua área de atuação;

IV. Possuir conhecimento técnico sobre o manejo de aparelhos, equipamentos e instrumentos utilizados em execução dos trabalhos.

Art. 14

Os requisitos necessários para função de Técnico em Enfermagem são:

I. Possuir o certificado do curso de Técnico em Enfermagem e registro no COREN;

II. Conhecimentos técnicos para prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;

III. Habilidade no manejo de aparelhos, equipamentos e instrumentais utilizados em execução dos trabalhos;

IV. Capacidade para acompanhar o Enfermeiro no planejamento, programação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem.

Art. 15

Os requisitos necessários para a função de Auxiliar de Enfermagem são:

I. Possuir o certificado do curso de Auxiliar de Enfermagem e registro no COREN;

II. Possuir conhecimentos técnicos para executar tratamentos especificamente prescritos, a de rotina, além de outras atividades de enfermagem;

III. Habilidade no manejo de aparelhos, equipamentos e instrumentais utilizados na execução dos trabalhos.

Art. 16

Os requisitos básicos para a função de Escriturário, função está subordinada ao Serviço de Prontuário do Paciente e com orientação do Serviço de Enfermagem, são:

I. Possuir o certificado de conclusão do 2º grau, em instituição reconhecida pelo MEC;

II. Conhecimentos básicos de organização, manutenção de arquivos e fichários;

III. Conhecimentos elementares de materiais, equipamentos e medicamentos hospitalares;

IV. Desenvoltura para entendimento de textos;

V. Instrução e domínio de informática.

CAPÍTULO VII

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 17

Ao Gerente dos Serviços de Enfermagem compete:

I. Dirigir, planejar, coordenar, implantar e avaliar a execução dos procedimentos de enfermagem visando promover, preservar, recuperar e reabilitar a saúde individual ou coletiva, nas diversas unidades, assegurando uma assistência de Enfermagem humanizada e de qualidade;

II. Convocar e presidir reuniões com a equipe de Enfermagem (Chefes e demais profissionais da área);

III. Apresentar à Administração relatórios mensais das atividades realizadas;

IV. Manter atualizados os dados informativos a respeito dos Serviços de Enfermagem, utilizando para que os instrumentos administrativos;

V. Promover, orientar, supervisionar e incentivar atividades de ensino e pesquisa;

VI. Estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos;

VII. Planejar as atividades de Enfermagem, visando proporcionar a satisfação das necessidades básicas dos pacientes, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-as pelos elementos da equipe e pelos turnos;

VIII. Definir e prover recursos humanos necessários ao atendimento de Enfermagem nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando ao cuidado integral ao paciente;

IX. Elaborar projeto visando definir a política de pessoal da Enfermagem, de acordo com a filosofia da Instituição;

X. Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as múltiplas e diversas atividades de Enfermagem;

XI. Participar da política de padronização de medicamentos, materiais e equipamentos, permanentes e de consumo, incentivando e orientando as emissões de laudos técnicos;

XII. Manter, mediante instrumentos próprios, sistemas de avaliação contínua, visando medir o desempenho da equipe de Enfermagem e a qualidade da assistência prestada aos pacientes;

XIII. Integrar e participar de comissões que venham a ser criadas, sempre que os assuntos sejam pertinentes à Enfermagem ou a ela relacionados;

XIV. Incentivar e colaborar com programas que visem à prevenção de doenças;

XV. Elaborar instrumentos visando ao auto avaliação funcional contínua;

XVI. Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética e Deontologia de Enfermagem, assim como o Regulamento e Normas da Pró-Saúde;

XVII. Estabelecer sistemas de supervisão de enfermagem, associando-os aos processos de controle e educação;

XVIII. Estabelecer sistemas de ensino e de reciclagem, desenvolvendo programas de treinamento contínuo do pessoal em serviço e informação aos pacientes e seus familiares;

XIX. Manter bom relacionamento com os demais serviços hospitalares;

XX. Planejar e orientar o uso adequado das áreas físicas, ligadas à Enfermagem, opinando sobre modificações necessárias;

XXI. Promover, incentivar e facilitar a participação da equipe em eventos científicos que contribuem para seu crescimento e desenvolvimento profissional;

XXII. Promover e sugerir medidas que visem assegurar a harmonia e equilíbrio da equipe de Enfermagem;

XXIII. Participar, quando convocado, de reuniões com a administração;

XXIV. Dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à Enfermagem;

XXV. Orientar o Setor de Recursos Humanos e participar com ele, na seleção de candidatos para a equipe de Enfermagem;

XXVI. Avaliar o desempenho das Chefias sob sua coordenação;

XXVII. Participar da elaboração de projetos de pesquisas concernentes à Enfermagem e incentivar a participação da equipe;

XXVIII. Elaborar métodos de pesquisa que visem medir a satisfação dos pacientes, no que se refere à assistência de Enfermagem nas unidades abertas;

XXIX. Criar e incentivar a Comissão de Ética de Enfermagem e Comissão Científica;

XXX. Cumprir e fazer cumprir as Normas estabelecidas pela CCIH;

XXXI. Cumprir e fazer cumprir as Normas estabelecidas no Padrão Hospitalar da Pró-Saúde;

XXXII. Manter o Regimento da Divisão de Enfermagem atualizado;

XXXIII. Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento;

XXXIV. Desempenhar tarefas afins;

XXXV. Manter rigoroso comportamento ético-profissional.

Art. 18

Aos Chefes de Setores compete:

I. Organizar, coordenar, supervisionar e orientar todas as seções sob sua responsabilidade, visando unificar e sistematizar a assistência de Enfermagem, afim de assegurar assistência adequada aos pacientes;

II. Participar da elaboração de programas que visem ao aperfeiçoamento das atividades desenvolvidas nas unidades abertas, elaborar e desenvolver normas para sua execução;

III. Convocar e presidir reuniões periódicas com o pessoal de Enfermagem;

IV. Desenvolver programas com as unidades afins, visando esclarecer a coordenação dos trabalhos permaneça numa mesma filosofia e metodologia;

V. Dar pareceres e informações em processos e outros expedientes relacionados com as unidades, encaminhando-os à Chefia do Serviço;

VI. Executar e incentivar pesquisas científicas em assuntos de Enfermagem de sua área de competência, e colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área de saúde, após aprovação da Chefia do Serviço;

VII. Representar o Serviço de Enfermagem em grupos de trabalhos externos, por delegação do serviço;

VIII. Apresentar relatórios mensais das atividades realizadas e do movimento estatístico das unidades de sua área de competência, para à Chefia de Enfermagem;

IX. Participar, junto ao Setor de Recursos Humanos, de treinamentos sistematizados, bem como do desenvolvimento de programas de educação para saúde;

X. Manter intercâmbio com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, objetivando o controle de infecção, dentro dos parâmetros preconizados;

XI. Manter intercâmbio de comunicação na área hospitalar, ambulatorial, urgência e demais unidades, visando promover a harmonia no Serviço de Enfermagem;

XII. Colaborar com a chefia para esclarecer e fazer cumprir o Regimento do Serviço de Enfermagem e Regulamento do Hospital;

XIII. Colaborar com órgãos técnicos e executivos da instituição, propondo medidas que visem à perfeita inter-relação entre os serviços;

XIV. Desenvolver o Manual de Rotinas e Normas Técnicas de Enfermagem, referente às unidades e participar na implantação, juntamente com a chefia do serviço;

XV. Informar e interpretar as normas hospitalares elaboradas pela chefia;

XVI. Zelar pelo cumprimento do Código de Ética e Deontologia de Enfermagem;

XVII. Participar de reuniões, quando convocado;

XVIII. Responder pela qualidade dos trabalhos executados nas unidades, cujo desempenho repercuta ou não em outras áreas;

XIX. Elaborar Regimento interno do serviço, mantendo-o atualizado;

XX. Elaborar e desenvolver metodologia visando minimizar custos, mediante controles efetivos de pessoal, materiais, equipamentos, medicamentos e outros;

XXI. Participar das atividades de pesquisa de Enfermagem;

XXII. Desempenhar tarefas afins;

XXIII. Manter rigoroso comportamento ético-profissional;

XXIV. Controlar o material e equipamento em uso, verificando o seu emprego adequado e solicitar reposição quando necessário;

XXV. Elaborar escala de serviço mensalmente, sob orientação e avaliação do Departamento de Enfermagem;

XXVI. Controlar assiduidade, pontualidade e disciplina dos seus colaboradores;

XXVII. Verificar o uso e estado de conservação de aparelhos e equipamentos, solicitando consertos e reposição;

XXVIII. Solicitar sempre que necessário a presença de um assistente social e/ou espiritual.

Art. 19

Ao Enfermeiro da Unidade compete:

I. Receber e passar plantão junto à equipe de Enfermagem;

II. Admitir e orientar os pacientes na unidade;

III. Diagnosticar as necessidades de Enfermagem e elaborar um Plano de Assistência a ser prestada pela equipe de Enfermagem na unidade;

IV. Auxiliar o médico nos cuidados ao paciente;

V. Prestar assistência de Enfermagem a pacientes graves e pós-operatório;

VI. Participar das atividades de pesquisa de Enfermagem;

VII. Participar do programa de educação em serviço;

VIII. Participar do programa de educação e orientação ao paciente, familiares e visitas;

IX. Atender e encaminhar os familiares do paciente;

X. Saber trabalhar em equipe, aceitar a autoridade e supervisão;

XI. Apresentar à sua Chefia imediata relatórios mensais das atividades realizadas no setor;

XII. Desempenhar tarefas afins;

XIII. Manter rigoroso comportamento ético-profissional.

Art. 20

Ao Técnico ou Auxiliar de Enfermagem compete:

I. Tomar conhecimento de evolução do serviço e do estado dos pacientes através de passagem de plantão;

II. Receber pacientes admitidos na unidade e orientá-los quanto às Normas do Hospital;

III. Executar os cuidados de Enfermagem a ele delegados;

IV. Anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados, medicação, tratamentos aplicados, sinais e sintomas, de maneira clara e objetiva, logo após a sua execução;

V. Auxiliar os demais membros da equipe da unidade sempre que solicitado;

VI. Comunicar ao enfermeiro as alterações observadas no estado geral dos pacientes;

VII. Acompanhar os familiares no horário da visita;

VIII. Comunicar ao chefe do turno quando precisar se ausentar;

IX. Colaborar na manutenção da ordem e limpeza do setor;

X. Preparar materiais, utensílios, roupas e outros quando necessário;

XI. Atender às solicitações do paciente;

XII. Desempenhar tarefas afins;

XIII. Manter rigoroso comportamento ético-profissional;

XIV. Prestar assistência de Enfermagem a pacientes em estado grave sob a supervisão do enfermeiro;

XV. Ajudar a manter a ordem, disciplina e limpeza da Unidade;

XVI. Cumprir a sistematização da assistência em Enfermagem, Regimento e Regulamento do Hospital.

Art. 21

Ao Escriturário compete:

I. Executar os trabalhos burocráticos do setor sob orientação da enfermeira;

II. Preparar os pedidos de farmácia e almoxarifado conforme rotina da unidade e Normas estabelecidas pela administração;

III. Receber, conferir e guardar medicamentos e materiais requisitados da farmácia e do almoxarifado;

IV. Enviar materiais ao laboratório, juntamente com as requisições;

V. Atender a telefonemas e transmitir recados;

VI. Solicitar os serviços de diagnósticos auxiliares, quando solicitado;

VII. Providenciar avisos de alta, óbitos, transferências e outros que forem solicitados;

VIII. Manter os prontuários atualizados e em ordem;

IX. Atender às visitas e familiares;

X. Colaborar com a equipe da unidade;

XI. Zelar pela ordem do ambiente e do serviço em geral;

XII. Desempenhar tarefas afins;

XIII. Manter rigoroso comportamento ético-profissional.

CAPÍTULO VIII

DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 22

Este capítulo deverá ser adaptado para cada Hospital, considerando os itens do dissídio.

I. Os colaboradores trabalharão de acordo com a escala elaborada mensalmente;

II. Todo colaborador deverá prorrogar o seu plantão em caso de emergência se for determinado pela Chefia de Enfermagem.

CAPÍTULO IX

DAS NORMAS

Art. 23

São Normas do Pessoal:

I. Prestar obediência aos seus superiores, cumprindo ordens e instruções;

II. Apresentar-se ao serviço em perfeitas condições de asseio e quando obrigado ao uso do uniforme, trazê-lo perfeitamente limpo;

III. Submeter-se a exames periódicos de saúde, de acordo com o estabelecido pela administração;

IV. Dedicar assistência direta e indireta ao paciente, executando com presteza, zelo e atenção os trabalhos que lhe forem confiados;

V. Tratar com a máxima humanidade todas as pessoas que mantiverem contato com o Hospital, sem preferências individuais, esforçando-se para atendê-las prontamente;

VI. Cooperar com a administração e os colegas, para que se atinjam satisfatoriamente os objetivos estabelecidos;

VII. Sugerir aos seus superiores, obedecendo à hierarquia, quaisquer medidas que possam concorrer para maior eficiência dos serviços;

VIII. Zelar pela economia do material do Hospital e pela conservação do que for confiado à sua guarda e utilização, comunicando aos chefes qualquer quebra, perda ou extravio;

IX. Observar sempre a máxima ordem e disciplina, tanto no seu local de trabalho como quando de passagem por outras dependências do Hospital, inclusive na ocasião de entrada e saída para início e fim de trabalho, evitando provocar ruídos e aglomeração nas portarias, escadas e corredores;

X. Zelar pela ordem e asseio do local de trabalho, jogando os papéis e outros materiais inúteis nos recipientes destinados a este fim;

XI. Comunicar ao Serviço de Enfermagem, sem perda de tempo, as variações de residência, estado civil e número de pessoas dependentes, para que possa ser encaminhado ao serviço de pessoal;

XII. Conservar em absoluto sigilo os assuntos do Hospital em que tomar parte ou dos quais tiver conhecimento;

XIII. Comunicar todo acidente de trabalho, imediatamente após sua ocorrência, não excedendo 24 horas de prazo a sua comunicação;

XIV. Utilizar como vestiário do hospital somente os locais determinados pela administração;

XV. Empregar todo cuidado no exercício de seu trabalho, utilizando aparelhos e equipamentos de proteção, a fim de prevenir acidentes a si e a terceiros;

XVI. Fazer uso somente de instrumental e materiais aprovados e registrados, sendo responsável pelo seu emprego apropriado e conservação.

Art. 24

É proibido ao pessoal:

I. Fazer quaisquer comentários sobre operações ou casos clínicos, como também revelar segredos e assuntos pertinentes ao Hospital, e, mais particularmente, sobre os que estejam ligados às suas funções, independente do cargo ou função que exerça;

II. Fumar, quando de passagem por outras dependências, fora do seu posto de trabalho, como também neste;

III. Manter-se dentro das dependências do Hospital executando outra ocupação estranha ao serviço, bem como permanecer nelas fora do seu horário de serviço;

IV. Organizar, dentro das dependências do Hospital, rifas, subscrições, vendas e compras ou outras iniciativas não autorizadas pela administração, bem como tomar parte nelas;

V. Receber pessoas estranhas no recinto de trabalho, salvo ordem superior;

VI. Usar mensageiros ou outros colaboradores do Hospital para recados ou trabalhos pessoais;

VII. Servir-se de uso de telefones ou impressos do Hospital, para assuntos estranhos ao serviço;

VIII. Permanecer em palestra nas enfermarias, quartos e apartamentos com os doentes, salvo quando necessário, ou atrasar-se em dar cumprimento às suas obrigações;

IX. Recusar-se a assistir qualquer doente, ou a atender ordem superior do plantão, chefes e, na sua ausência, dos seus substitutos, que respondem pela disciplina, ordem e presteza na execução dos trabalhos;

X. Manter consigo alcoólicas ou drogas entorpecentes, em quaisquer dependências do Hospital, ou trazê-las para essas mesmas dependências;

XI. Participar de jogos de diversões como baralho, dados ou qualquer outra modalidade que envolvam dinheiro ou não, dentro das dependências do Hospital;

XII. Sair das dependências do Hospital durante o período de trabalho, sem para tanto estar autorizado pela Administração;

XIII. Usar termos ou atitudes indecorosas ou desrespeitosas, trocar insultos, mesmo a título de brincadeira, alterações com terceiros ou companheiros de trabalho, ainda que por razões de serviço, devendo qualquer questão ser discutida com os respectivos chefes;

XIV. Exercer comércio ou fazer empréstimo entre companheiros de trabalho, paciente ou qualquer pessoa que tenha contato com o Hospital;

XV. Prestar serviços de qualquer espécie a outra empresa, na dependência do Hospital;

XVI. Trabalhar para terceiros com instrumental, maquinaria, roupas ou qualquer utensílio pertencente ao Hospital;

XVII. Receber, sob qualquer forma ou pretexto, dádivas e gorjetas de outras pessoas que estejam em relação de negócio com o Hospital;

XVIII. Agir, por qualquer modo, contra os interesses do Hospital;

XIX. Levar para fora das dependências do Hospital documento e objetos pertencentes a ele, ainda que por motivos de serviço, sem autorização prévia da Administração;

XX. Apresentar-se no local de trabalho munido de armas explosivas de qualquer espécie;

XXI. Atender a paciente em locais não estabelecidos pela Administração.

Art. 25

Durante o período de trabalho, os colaboradores deverão estar uniformizados e devidamente identificados.

Art. 26

O trato entre superiores e subordinados deve ter sempre cunho de cordialidade e de respeito mútuo. Essa atitude deverá ser mantida mesmo quando um superior tenha que reprimir atos de indisciplina; deverá fazê-lo com energia, porém serenamente.

Art. 27

A divisão de Enfermagem espera que todos os colaboradores cooperem com seus superiores, expondo-lhes suas ideias e seus pontos de vista, sempre visando melhorar o trabalho que lhes cumpre executar. É dever do dirigente, chefes e coordenadores acatar e ouvir, sempre com atenção e cortesia, seus subordinados e outros que deles se aproximem, com o propósito de lhes dizer ou propor matérias sobre o serviço ou outro ponto qualquer, que venha a propiciar melhorias na assistência ao paciente, ou no próprio Serviço de Enfermagem, desde que seja obedecida a hierarquia.

CAPÍTULO X

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 28

O Regimento serve como Instrumento de definição de atividades e instalação de autoridade, devendo ser aplicado a todos os colaboradores do serviço de Enfermagem.

Art. 29

O Regimento deverá ser observado integralmente por todos os colaboradores do setor.

Art. 30

É função da Enfermeira Chefe manter este Regimento devidamente atualizado.

CAPÍTULO XI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 31

O Chefe do Serviço de Enfermagem poderá tomar atitude e resolver situações não previstas no presente Regimento sempre que concorra para melhor desenvolvimento do serviço.

Art. 32

O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e será assinado pelo Diretor Administrativo e Gerente dos Serviços de Enfermagem, obedecendo integralmente ao que reza o Regulamento da Pró-Saúde.

Art. 33

Os casos omissos neste Regimento serão discutidos e resolvidos pela Diretoria Administrativa do Hospital.

10.2.6. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

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-á uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente.

a) A Comissão de Ética Médica poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros;

b) As deliberações da Comissão de Ética Médica serão tomadas por maioria simples de votos;

Capítulo III

Das Atribuições da Comissão de Ética Médica.

Artigo 5º -

a) Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;

b) Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;

c) Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Medicina, as eventuais más condições de trabalho na instituição;

d) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;

e) Assessorar a diretoria clínica, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência;

f) Proceder Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do Conselho Regional de Medicina e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

Capítulo IV

Do Processo de Sindicância.

Artigo 6º -

As Sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética Médica obedecerão aos seguintes preceitos contidos neste regimento:

a) Reclamação por escrito e devidamente identificada;

b) Comunicação escrita do Diretor Clínico;

c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;

d) Solicitação da Delegacia Regional do Conselho Regional de Medicina;

e) Solicitação do Conselho Regional de Medicina do Estado.

Parágrafo 1º - As peças deverão ser capeadas e organizadas em ordem cronológica.

Parágrafo 2º - Se houver alguma denúncia envolvendo um Membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá se afastar exclusivamente da Sindicância.

Artigo 7º -

Aberta a Sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos concedendo-lhes um prazo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento do aviso, para apresentação de relatório escrito acerca da questão, oportunidade em que será facultado a exibição do rol de testemunhas, garantindo-se a produção de todas as provas.

Parágrafo único: As Sindicâncias deverão ser concluídas no prazo máximo de 60 dias, prorrogáveis por igual período a critério do Presidente, mediante solicitação justificada por escrito ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 8º -

Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: prontuários, fichas clínicas, ordens de serviços e outros, que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser complicados à Sindicância.

a) Os acessos 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 podará 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) Os integrantes eleitos desta Comissão de Ética Médica desempenharão funções em caráter honorífico e prestarão serviços de grande relevância ao Conselho Regional de Medicina do Estado;

b) A Comissão de Ética Médica manterá sob caráter confidencial as informações recebidas;

c) O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão de Ética Médica, através da maioria absoluta de seus membros;

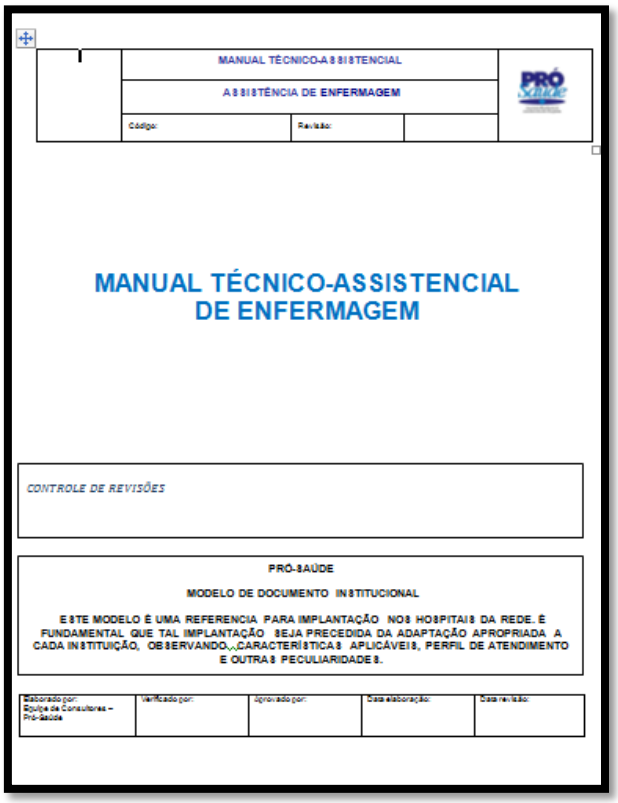
d) O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de aprovação pela Sessão Plenária da Comissão de Ética Médica.

e) Aprovada a Resolução nº 1.657/02 do Conselho Federal de Medicina, que altera alguns artigos da Resolução nº 83/98 do Conselho Regional de Medicina, que foi utilizada na redação deste presente Regimento.

10.3. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

10.3.1. MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

A seguir apresentamos o modelo de Manual Técnico Assistencial utilizado pela Pró-Saúde nos hospitais por ela administrados.



MANUAL TÉCNICO-ASSISTENCIAL

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Código: Revisão:

MANUAL TÉCNICO-ASSISTENCIAL
DE ENFERMAGEM

CONTROLE DE REVISÕES

PRÓ-SAÚDE

MODELO DE DOCUMENTO INSTITUCIONAL

ESTE MODELO É UMA REFERENCIA PARA IMPLANTAÇÃO NOS HOSPITAIS DA REDE. É FUNDAMENTAL QUE TAL IMPLANTAÇÃO SEJA PRECEDIDA DA ADAPTAÇÃO APROPRIADA A CADA INSTITUIÇÃO, OBSERVANDO,,CARACTERÍSTICAS APLICÁVEIS, PERFIL DE ATENDIMENTO E OUTRAS PECULIARIDADES.

Elaborado por: Equipe de Consultores – Pró-Saúde	Verificado por:	Aprovado por:	Data elaboração:	Data revisão:

Todas as ações possuem:

- **Recursos Necessários**: neste item é listado todo o material necessário para a execução do procedimento.

- Condições necessárias: situação existente que justifica a ação

- Cuidados especiais: itens de verificação necessários para o início do procedimento.

- Executor: profissional responsável pela ação.

- Ações: descrição da ação propriamente dita com as observações que se façam necessária.

- **Resultados Esperados**: listagem dos resultados esperados.

- Ações corretivas: ações que poderão ser aplicadas em caso de intercorrência.

- Riscos/ Tomada de decisão: listagem de riscos inerentes ao procedimento com definição de ações corretivas

- Anexos: material auxiliar para o procedimento.

Este Manual abrange todas as atividades inerentes ao serviço de enfermagem para todas as áreas/setores do hospital. O Manual completo se encontra no Anexo I deste projeto.

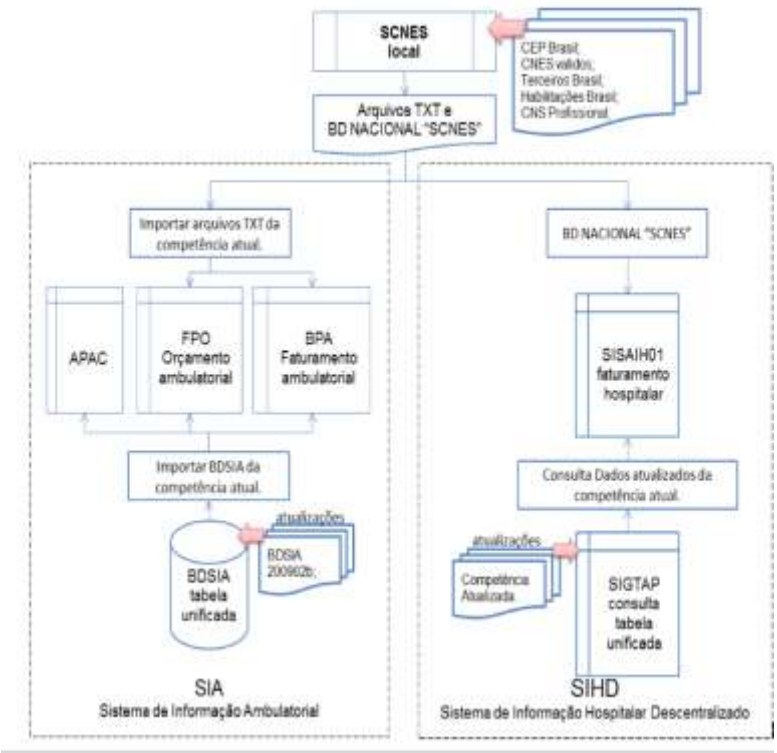
10.3.2. MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS

A seguir reproduzimos o Manual utilizado nas instituições por nós administrados. O mesmo poderá ser adaptado às necessidades do Hospital.

LOGOTIPO				PRÓ Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
	MANUAL DO FATURAMENTO			
	Código:	Versão:	Página:	

<u>LÓGICA DO FATURAMENTO</u>

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:\Datasus\BPA ou na pasta de atualizações, execute-o após o termino, clicando na opção browser, selecione o caminho C:\Datasus\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.datasus.gov.br/siasih/siasih.php, opção FPO MAGNÉTICO, clique no link referente ao arquivo de atualização.

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

SISSA: baixe atualização no site http://autorizador.datasus.gov.br, opção downloads, usuário: SUPER, senha: SUPER.

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

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

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

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

Salvar o arquivo na pasta C:\Datasus\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.datasus.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 termino 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 termino renomeie o arquivo para TerceirosBrasil.zip, onde XX – número de sua região.

Salvar os arquivos na pasta C:\Datasus\CNES ou na pasta de atualizações e importe cada um 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 está 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 e-mail 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 termino selecione os arquivos gerados e grave os no CD e envie por e-mail, para seus respectivos responsáveis.

EX: exp_CNES2PAXXXXXXDDMMAAAAHHMMZZYYYYVVVV.qrp, onde exp. – nomenclatura utilizada para informa arquivo exportado, CNES2PA – informa que é para o ESTADO, XXXXXX – número do estabelecimento, DDMMAAAA – dia/mês/ano da exportação, HHMM – hora minuto da exportação, ZZYYYY – mês\ano da competência, VVVV – versão da competência.

CNES2PAXXXXXXDDMMAAAAHHMMZZYYYYVVVV.bck, onde CNES2PA – informa que é para o ESTADO, XXXXXX – número 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 e-mail 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 termino selecione os arquivos gerados e grave os no CD e envie por e-mail, para seus respectivos responsáveis.

EX: exp_CNES1PAXXXXXXDDMMAAAAHHMMZZYYYYVVVV.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.

CNES1PAXXXXXXDDMMAAAAHHMMZZYYYYVVVV.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, ZZYYYY – mês\ano da competência, VVVV – versão da competência.

3. EXPORTANDO AUTORIZAÇÕES (SISSA)

Entre no menu Operacional/Exportações, ou clique no botão EXPORTAÇÂO, 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 reexportar uma solicitação entre no menu Movimento/Hospitalar ou Ambulatorial pesquise as solicitações que deseja reexportar, 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 corrigi-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: AAAAMMAIHNNNNNN_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 SESPA.

Gravação do CD: Gravar no CD que será enviado a SESPA, 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, mm – 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, mm – 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 irá gerar um arquivo contendo os dados da exportação.

EX: PAXXX.MMM, onde – PA – nomenclatura do sistema, xxx – nome da instituição, mm – 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.**

10.3.3. MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

O Manual de Rotinas para a Administração Financeira tem o objetivo de mostrar seus principais processos, atividades e tarefas de forma clara e objetiva. Apresentamos a seguir um modelo de Manual que poderá ser adaptado e utilizado no hospital.

OGOTIPO				PRÓ Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
	MANUAL ADMINISTRATIVO FINANCEIRO			
	Código:	Versão:	Página:	

APROVADORES DO MANUAL

DIRETOR DE OPERAÇÕES: xxxxx

DIRETOR GERAL: XXXXXXXX
ELABORADORES DO MANUAL

DIRETOR GERAL: XXXXXXXXXX

IDENTIDADE ESTRATÉGICA

Missão

Prestar assistência hospitalar qualificada e humanizada, em média e alta complexidade, ao usuário referenciado pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Visão

Ser a instituição de saúde de referência na região pela excelência dos serviços prestados.

Valores

Humanização: Respeito às diferenças e singularidades das pessoas.

Qualidade: Compromisso com a busca da excelência e a melhoria contínua.

Responsabilidade Social: Valorização e respeito ao ser humano e ao meio ambiente.

Diretoria Administrativa Financeira

Cumprir e executar todas as determinações do Manual de Gestão, substituir o Diretor Geral em seus impedimentos, dentro dos limites de delegação fixados. Preparar o expediente, as informações diárias e mensais e compilar os dados de que o Diretor Geral necessite para a tomada de decisões.

Setor de Recrutamento e Seleção

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Sua participação e a aplicação está diretamente ligada ao recrutamento e seleção de pessoas, considerando sempre as necessidades organizacionais para captação de profissionais com competências mais adequadas ao exercício de determinada função no Hospital.

Setor de Departamento de Pessoal

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Cuida exclusivamente das admissões, do pagamento e das demissões da mão de obra do Hospital, de acordo com a legislação trabalhista vigente.

Setor Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina de Trabalho (SESMT)

Este setor tem a finalidade de promover saúde e segurança ao colaborador no local de trabalho, realizando um monitoramento contínuo sobre as condições e de como são desenvolvidas as atividades, podendo assim aplicar medidas de proteção aos

Colaboradores. Terá como responsáveis profissionais devidamente qualificados, subordinados diretamente a Gestão de Pessoas, seguindo Normativas Regulamentadoras pertinentes ao setor.

Setor Financeiro

Este serviço terá como responsável profissional qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. É responsável pela

administração de recursos financeiros que tem por objetivo maximizar o valor da instituição e contribuir para a sua continuidade.

Setor Contabilidade e Custos

Este setor terá como responsável profissional contabilista qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Responsável por todas as movimentações possíveis de mensuração monetária e por todos os coeficientes de rateio dos serviços, setores e produtos comuns a todo Hospital, que registrados contabilmente, em seguida, em forma de relatórios (demonstrações financeiras), demonstrarão o resultado econômico decorrente da gestão da riqueza patrimonial, subsidiando os gestores com informações úteis.

Serviço de Coordenação de Logística

Este serviço terá como responsável profissional qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Coordenará todos os materiais que são entendidos como o conjunto de recursos não-humanos e não-financeiros, que engloba, portanto, materiais de consumo, matérias-primas, medicamentos, gêneros alimentícios, oxigênio, materiais importados, produtos em trânsitos, produtos em processos, produtos acabados, materiais auxiliares, consignações e até ativos fixos, envolvendo assim todos os recursos patrimoniais conforme processo monitorado pela Central de Suprimentos.

Setor de Compras

Este setor terá como responsável profissional qualificado, diretamente subordinado a Coordenação de Logística, estruturado em quantas unidades forem necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Este setor é responsável por todas as compras realizadas pela instituição, trabalhando parceria com a Central de Compras da Pró-Saúde A.B.A.S.H. O setor de Compras deve desenvolver suas atividades acompanhando instruções de trabalho e a lista de padronização elaborada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, adotando a metodologia da curva ABC, além de aplicar critérios de qualificação dos fornecedores, visando sempre à aquisição do produto mais adequado, com o menor preço.

Setor de Almoxarifado

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Coordenação de Logística, estruturado em quantas unidades forem

necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. O Almoxarifado tem a função de conferir a coerência e integridade de todos os suprimentos adquiridos pelo Hospital, assim como exercer o correto armazenamento, conforme legislações pertinentes, e dispensar os mesmos de forma eficaz. O Almoxarifado deve manter um contado direto com o setor de compras para a contínua troca de informações, visando garantir o correto abastecimento do Hospital, assim como avaliar o desempenho dos fornecedores.

Setor de Farmácia

Este setor terá como responsável profissional farmacêutico qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado em quantas unidades forem necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Atuará como um importante centro de distribuição e controle de medicações, bem como a prevenção e acompanhamentos de reações adversas com interação expressa com o corpo clínico do Hospital e SCIH/CCIH, adotando mecanismos que garantam a rastreabilidade e integridade dos mesmos, além de atender a demanda dos serviços assistenciais em tempo hábil.

Setor de Documentações, Contratos e Comissões

O setor de documentações é subordinado à diretoria Administrativa Financeira, devendo auxiliar a diretoria em seus propósitos conforme solicitações, bem como gerenciar documentações legais e contratos da Instituição.

Setor do Faturamento

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado para a plena consecução dos objetivos do Hospital, sua participação e a aplicação dos objetivos e metas a serem alcançadas é de extrema relevância no dia a dia do Hospital. O Faturamento é responsável pelo processamento das faturas do hospital, tendo a finalidade de realizar o mapeamento e a consolidação das planilhas de produção para convertê-las em receitas, sob os valores da Tabela Unificada SUS.

POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

O processo de gestão de pessoas é necessário para garantir a qualificação e as competências adequadas aos colaboradores que desenvolvem atividades que afetem a qualidade e a segurança dos serviços. Os subitens abaixo estão detalhadamente descritos em Instruções de Trabalho específicas do Departamento de Recursos Humanos.

O ser humano é o maior valor que o Hospital possui. A política de gestão de pessoas praticada pela instituição é pautada nos valores organizacionais e desenvolvida através de uma série de ações específicas.

As ações de treinamento e desenvolvimento buscam atender às necessidades de capacitação e de desenvolvimento profissional das pessoas. As melhorias de desempenho são os indicadores dos resultados da política de treinamento.

O acompanhamento do desempenho humano, monitora os resultados obtidos em relação às metas pactuadas, constituindo uma estratégia voltada para o crescimento profissional dos integrantes do Hospital.

Contratação e Transferências

Nas contratações ou transferências internas de profissionais, são sempre prospectados profissionais que melhor atendam à qualificação e a competência requerida para o cargo.

Dentro deste processo, o hospital atenderá a lei 8.213/91(PNE) com a contratação de portadores de necessidades especiais, propiciando oportunidades de qualificação e espaço junto às exigências do mercado de trabalho.

Treinamento, Competência, Qualificação e Conscientização

As necessidades de treinamento, competência e qualificação de todos os colaboradores do Hospital, que executam atividades que influenciam a qualidade e a segurança do serviço, são identificadas para cada área e função onde estes estão alocados através das descrições de cargos.

A identificação destas necessidades é realizada através do Levantamento de Necessidade de Treinamento, realizada anualmente e são considerados os treinamentos obrigatórios para que os colaboradores possam desenvolver as suas atividades adequadamente, às necessidades do cargo e perfil do colaborador.

Ambiente de Trabalho

O ambiente de trabalho dos setores é monitorado periodicamente através do PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais e PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, de responsabilidade do setor de Segurança do Trabalho e Medicina Ocupacional, respectivamente.

Também como decorrência do PPRA, estudos dos riscos operacionais definem-se os Equipamentos de Proteção Individua/ Equipamentos de Proteção Coletiva

adequados para a segurança do Hospital. Na definição das restrições, cuidados operacionais e manipulações do SESMT avalia a necessidade, testa e implanta tais equipamentos de proteção, conforme descrito na Instrução de Trabalho do Departamento SESMT.

Nos setores onde existam fatores restritivos, como por exemplo: setor de radiologia, tais locais mantém todos os monitoramentos legais e adequados para garantir a efetiva operação, sem causar quaisquer danos aos colaboradores, usuários, clientes, comunidade em geral e ao meio ambiente.

Também são vitais para o ambiente de trabalho as condições de higiene, limpeza e assepsia dos locais, equipamentos e instrumentos. Os detalhes estão descritos nos Procedimentos específicos dos setores com validação da CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, quando necessário.

Adiantamento de salário

O Hospital instituiu como política de adiantamentos aos colaboradores para os casos de doenças, viagens emergenciais e situações judiciais. Outras situações poderão ser consideradas, mediante avaliação das diretorias Geral e Administrativa Financeira.

A solicitação de adiantamento de salário deverá ser formalizada pelo colaborador junto à Diretoria de Área e/ ou ao setor de Recursos Humanos. Em seguida, a mesma deverá ser encaminha para a Diretoria Administrativa Financeira e Diretoria Geral para validação, devendo respeitar as seguintes regras:

Valor de adiantamento: Até 70% do salário base;

Parcelamento: Limite de três parcelas:

Desconto: Desconto máximo de 30% do salário base (mensal).

Todo fluxo de adiantamento deverá ser formalizado, contendo assinatura e carimbo dos aprovadores, bem como assegurar o gerenciamento dos pagamentos pelo setor financeiro.

Em casos de desligamento, o valor total do empréstimo faltante deverá ser descontado na rescisão.

Plano de Contingência

O Hospital tem o compromisso de cumprir a sua missão, elaborando seu plano de contingência setorial visando garantir o atendimento aos usuários com maior segurança no caso de aparecimento de alguma falha em seus processos vitais.

Este documento tem o objetivo de descrever o conjunto de ações orientadas para planejar, organizar e melhorar a capacidade de resposta frente aos prováveis efeitos dos eventos adversos ao funcionamento das instalações e serviços da instituição.

Paralisações

Havendo ocorrências de paralisações aos serviços que onere direta/ indiretamente a assistência ao usuário, frente qualquer tipo de manifestação sindical/greve, causas externas, ligadas diretamente ao colaborador, serão tratadas, de imediato, tendo os seguintes passos:

- Avaliação da necessidade mínima de colaboradores para o funcionamento da unidade;
- Verificação de remanejamento interno das equipes;
- Convocação de colaboradores em folga/ outro plantão/ turno;
- Planejamento e acompanhamento diário dos impactos e necessidades para continuidade dos cuidados assistenciais;
- Comunicação e apoio às unidades de saúde de sua abrangência de referência;
- Comunicação o contratante;
- Comunicação aos órgãos públicos relacionados;
- Convocação de colaboradores de outras unidades de assistência à saúde.

Controle e Manutenção de Patrimônios

Patrimônio é definido como um conjunto de bens pertencente a uma pessoa física, a um conjunto de pessoas, como ocorre nas sociedades informais ou a uma sociedade ou instituição de qualquer natureza, independentemente da sua finalidade que pode ou não incluir o lucro. O essencial é que o patrimônio disponha de autonomia em relação aos demais patrimônios existentes, o que significa que a Entidade dele pode dispor livremente, claro que nos limites estabelecidos pela ordem jurídica e, sob certo aspecto da racionalidade econômica e administrativa.

Devem ser mantidos em bom estado, classificados em local adequado, conferidos por meio de inventário, identificando os bens ociosos, obsoletos ou inservíveis para fins de alienação e/ou doação dos bens deste hospital.

Gestão de Compras

Para os produtos e serviços adquiridos que estão ligados direta e indiretamente nos resultados dos serviços prestados, onde existe sistemática de Seleção e Homologação de Fornecedores definida pela Central de Compras (Sede).

Sistemática de Aquisição

Para esses produtos e serviços a aquisição somente pode ser realizada após a seleção dos fornecedores de acordo com critérios previamente estabelecidos pelo Escritório da Sede Administrativa. A performance e/ou desempenho dos mesmos é monitorada periodicamente onde são tomadas às ações quando evidenciado o não atendimento aos requisitos.

O detalhamento destas atividades está descrito no "Manual de Relacionamento com Fornecedores – Seleção e Homologação de Prestador de Serviços".

Quando identificada à necessidade de aquisição de material hospitalar e medicamentos padronizados a área emite solicitação com a definição clara do produto a ser adquirido pela Central de Compras, o qual entra em contato com o solicitante em caso de dúvidas. Quando identificada a necessidade de aquisição de material hospitalar e medicamentos não padronizados, o solicitante emite solicitação de padronização com justificativa, encaminha para análise das Diretorias específicas e após aprovação envia para a Central de Compras. O detalhamento do processo de aquisição está na Instrução de Trabalho da Central de Compras.

Sistemática de Recebimento, Armazenamento e Distribuição

Para os materiais adquiridos é feita uma verificação no ato do recebimento, quanto às condições gerais da documentação, avaliação das embalagens, apresentação, quantidades, documentação exigida, etc., visando garantir que os itens recebidos sejam equivalentes aos itens comprados.

O detalhe desta atividade de verificação denominado Recebimento está descrita em Instrução de Trabalho específica dos Setores de Almoxarifado, Farmácia e Nutrição e Dietética.

Preservação de Produtos

Durante o armazenamento de materiais, além do manuseio, são utilizados acessórios adequados que são identificados desde a sua origem até o seu destino.

Este sistema proporciona a proteção contra eventuais danos ou intercorrências resultantes do armazenamento ou manuseio inadequado, preservando assim a sua qualidade.

Os materiais utilizados durante as atividades técnicas da terapêutica são dispostos em locais apropriados, próximos aos postos de trabalho com o objetivo de minimizar o manuseio e a movimentação. O sistema de armazenamento, especificamente aplicado ao setor de estoque está detalhado na Instrução de Trabalho da Farmácia e Almoxarifado e SND, obedecendo ao sistema "FEFO – Firth-Expire, First-Out ou seja, Primeiro que Vence, Primeiro que Sai". As demais áreas determinadas para estocagem também são devidamente protegidas e organizadas, garantindo assim a qualidade do material e sua utilização dentro do prazo de validade, conforme Instrução de Trabalho do setor de Farmácia.

POLÍTICA DE GESTÃO DE CONTRATADOS

Esta política tem como objetivo orientar, controlar e promover a gestão em relação aos contratos a serem firmado pelo Hospital Regional Público da Transamazônica e definir as responsabilidades dos profissionais envolvidos. Documento Código: XXXX.

GESTÃO DA INFRAESTRUTURA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Os processos desenhados no Mapa de Processo fazem uso dos recursos básicos abaixo:

Finanças (Recursos Financeiros): São definidos e gerenciados conjuntamente pela Diretoria Geral e Diretoria Administrativa/Financeira em conformidade com o Contrato de Gestão, nas fases de planejamento de investimentos, análise crítica e no estabelecimento das metas de controle.

Qualquer necessidade além das referenciadas acima é comunicada a Diretoria de Operações para análise e provisão.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Aqui seguem considerações que a Diretoria de Operações e Geral do Hospital primam para que todos os colaboradores, independente de cargo ou função, cumpram em suas prestações de serviços e produtos gerados dentro desta Instituição:

Casos omissos ou duvidosos serão resolvidos pela Diretoria Geral e/ou Diretoria de Operações.

				PRÓ Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
	MANUAL DO ALMOXARIFADO			
	Código:	Versão:	Página:	

O presente Manual de Gestão revoga os anteriores e demais disposições contrárias ao mesmo e entrará em vigor na data da sua aprovação pela Diretoria de Operações e Geral do Hospital.

10.3.4. MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA A GERÊNCIA DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

A Pró-Saúde possui manuais distintos para as duas áreas, que serão apresentados a seguir e poderão servir de modelo para o hospital.

CONCEITO DA ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS

A Administração de Materiais é a técnica da utilização de princípios e meios, através dos quais, fazemos render em plenitude, os equipamentos, as matérias primas, as ferramentas e os materiais, conseguindo sua devida conservação e controle.

A Administração de Materiais é um ramo da Administração que trata especificamente dos materiais do Hospital, para a produção de bens e serviços.

FINALIDADE

A Administração de Materiais no Hospital tem por finalidade assegurar o contínuo abastecimento dos materiais necessários e capazes de atender à demanda do mesmo, bem como, cuidar de todos os problemas relacionados à Materiais, fiscalizando, zelando e controlando, no sentido de garantir quantidade e qualidade no abastecimento e padrão no atendimento.

OBJETIVOS

- Reduzir os custos na aquisição;
- Racionalizar as técnicas de estocagem para reduzir o custo de manutenção;
- Reduzir os custos de reposição estabelecendo lotes de compras;

- Manter rotatividade dos estoques segundo o consumo médio mensal e capacidade para armazenamento;
- Reduzir os custos com a mão de obra, procurando a informatização dos dados
- Treinar, aperfeiçoar e qualificar o pessoal;
- Garantir o fornecimento contínuo dos materiais;
- Exigir a qualidade dos materiais a serem adquiridos;
- Cultivar boas relações com os fornecedores;
- Manter atualizado o cadastro de fornecedores por produtos e por fornecedores;
- Padronizar os materiais e medicamentos a serem utilizados;
- Prever o abastecimento periódico, de forma, a otimizar o atendimento aos setores/serviços;
- Maximizar o retorno, ou seja, proporcionar um retorno rápido e crescente de todo investimento feito em estoque;
- Centralizar as atividades de Materiais, possibilitando maior controle e eficiência, mais responsabilidade e harmonia, evitando duplicação de esforços e desperdícios de tempo.
- Definir claramente a responsabilidade de cada setor, de modo a disseminar a harmonia e a integração entre todos, evitando conflitos;
- Manipular fórmulas magistrais e soluções, dentro das possibilidades do Hospital;
- Implantar uma política de compras equilibrada, possibilitando maior reciprocidade entre Hospital/ Fornecedor e Fornecedor/Hospital;
- Planejar a aquisição de novos equipamentos e materiais, modernizando os serviços;
- Fazer previsão orçamentária, evitando assim o desequilíbrio das finanças do Hospital.

COMPETÊNCIA

Compete ao Serviço de Materiais:

- **Compras** - a competência do setor de compras refere-se à aquisição dos materiais necessários à operação do sistema produtivo do Hospital. Sua finalidade básica é manter fontes de suprimentos.
- **Recebimento e Conferência** - é uma operação que processa por ocasião do ato da entrega do material comprado, na qual são verificadas as indicações contidas nas notas fiscais (endereço/marca), em confrontação com o pedido de compras.
- **Armazenagem** - visa a utilização de técnicas de estocagem para salvaguardar os materiais de perigos de queda, deterioração, perda e outros. Assim, o armazenamento deve ser feito de conformidade com o tipo de material e com o tipo de recipiente adequado.
- **Controle** - a Administração de Materiais deve ser capaz de controlar os diversos tipos de materiais que devem realmente ser mantidos em estoque, o tempo em que deve ser reposto os estoques e a quantidade que devem ser adquiridos a fim de que não haja problemas de faltas ou excessos.
- **Distribuição -** a Administração de Materiais está ligada à entrega de mercadorias requisitadas pelos setores/serviços.

Almoxarifado

É o local destinado à recepção, guarda, controle e distribuição ordenada dos materiais de consumo necessários ao funcionamento do Hospital.

a) Funções

- Recebimento dos materiais;
- Guarda ou estocagem;
- Controle;
- Distribuição aos setores/serviços requisitantes;
- Planejamento de quando e quanto comprar;
- Levantamento periódico dos estoques;
- Estabelecimento da quantidade máxima, mínima e do ponto de pedido.

b) Localização

O Almoxarifado hospitalar deverá estar localizado no pavimento térreo e o mais próximo possível da entrada destinada ao abastecimento do hospital em local arejado e dotado de claridade natural, com área livre de escadaria e de fácil acesso à entrada de mercadorias.

c) Área Física: A área destinada ao almoxarifado deverá ser prevista em, no mínimo, 0,80 a 1,20m2 por leito e deve abranger:

- Local de recebimento e conferência dos materiais;
- Local de estocagem dotado de estrado, estantes simples e duplas;
- Local de distribuição dos materiais requisitados;
- Acesso externo coberto com marquise de proteção contra sol e chuva;
- Corredores internos com largura mínima de 0,80 cm e externos com largura mínima de 2,00m;
- Plataforma para descarga;
- Paredes de cor clara;
- Pisos e rampas com revestimento antiderrapante.

NORMAS ADMINISTRATIVAS DO SERVIÇO DE MATERIAIS

SÃO NORMAS COMUNS AO SERVIÇO DE MATERIAIS

- O horário de trabalho estabelecido, deverá ser cumprido;
- Os funcionários trabalharão devidamente uniformizados;
- As permissões de saída (para locais externos) deverão ser autorizadas por escrito pelo encarregado do serviço;
- As saídas internas, a serviço ou não, deverão ser sempre comunicadas ao encarregado ou colega de trabalho, nunca deixando o setor sozinho;
- A entrada de pessoas estranhas ao serviço, deverá ser autorizada pelo encarregado;
- As horas extras, se necessárias, deverão ser autorizadas previamente, por escrito, pelo Diretor Administrativo;

- Os documentos inerentes ao Serviço de Materiais, tais como: pastas, livros etc., só poderão ser retirados do setor com autorização da Direção.

SÃO NORMAS DO SETOR DE ALMOXARIFADO

- Nenhum material poderá ser retirado do Almoxarifado sem correspondente requisição;
- A quantidade de material entregue ao requisitante não poderá ser maior que a estabelecida na requisição;
- Não deverão ser atendidas as requisições emitidas pelos setores fora dos dias pré-estabelecido para cada setor ou que não traga a assinatura do responsável;
- Os funcionários do Almoxarifado atenderão ordinariamente apenas as requisições dos serviços requisitantes, observando o calendário estipulado.

NORMAS TÉCNICAS DO SERVIÇO DE MATERIAIS

NORMAS TÉCNICAS PARA ESTOCAGEM DE GÊNEROS

- Estocar os gêneros alimentícios em local próprio com boa ventilação natural, cruzada;
- A Despensa deverá ser equipada com estrados de madeira para a estocagem das sacarias;
- Os estrados deverão distar 0,40cm do piso, sendo os pés revestidos com folhas de flandres, para evitar o acesso de roedores aos alimentos.
- Os cereais em grãos e as leguminosas deverão ficar sobre os estrados de madeiras, acondicionados em sacos de aniagem ou algodão;
- As prateleiras poderão ser de fórmica, madeira vernizada, azulejadas ou de aço inoxidável;
- As prateleiras deverão distar 10cm das paredes, para evitar que a umidade atinja os alimentos;
- Os gêneros acondicionados em pacotes, latas ou caixas, deverão ser arrumados ou empilhados nas prateleiras, afastados da parede;
- Ao armazenar macarrão, biscoito, não colocar outros gêneros sobre eles, para evitar que se triturem;

- Os gêneros mais velhos deverão ser colocados em cima ou à frente dos mais novos, para serem consumidos em primeiro lugar (rotatividade);
- Os gêneros (caixas, sacos, pacotes, latas, vidros, litros, etc.) deverão ser acondicionados (arrumados nas prateleiras), de forma que o rótulo fique visível e nunca com a boca para baixo, demonstrando organização e facilitando a localização do produto;
- Não misturar alimentos com material de limpeza, sendo que estes poderão ser guardados na própria Despensa, mas em lugar visivelmente separado;
- Usar utensílios seco e limpo, para retirar os gêneros das sacarias;
- Providenciar periodicamente dedetização e desratização, tomando precauções para que os gêneros não sejam atingidos pelo produto do processo;
- As janelas deverão ser teladas (tela de nylon fina).

ALMOXARIFADO

Normas Técnicas para Estocagem de Filmes e Papéis Fotográficos:

- A área de estocagem destes materiais deverá ser protegida de umidade, calor e vapor;
- Deverão ser evitados locais próximos a caldeiras, condicionadores de ar, respiradores, estufas e coberturas não isoladas;
- A estocagem destes materiais deverá ser processada em agrupamentos distintos de acordo com a data de validade estabelecida pelo fabricante;
- Serão estocados em prateleiras, de preferência nas embalagens originais, com espaços livres entre os volumes, para facilitar a circulação do ar.

Normas Técnica para Estocagem de Tintas, Esmaltes e Vernizes:

- A área destinada a estes materiais deverá ser limpa bem ventilada e não sujeita a calor excessivo, centelhas ou ação direta dos raios solares;
- Deverão ser mantidos em suas embalagens originais até sua utilização;
- Deverão ser estocados em estantes ou estrados localizados no piso inferior das instalações do Almoxarifado e possivelmente isolados de outros materiais.

Normas Técnicas para Guarda de Inflamáveis:

- A área destinada a estocagem de inflamáveis, quando situada ao ar livre, deverá ser perfeitamente delimitada e isolada;
- Quando situada em edificação, deverá, ser bem arejada, ter piso, paredes e teto de material não combustível e com taxas de resistência a fogo não inferior a 2 horas;
- Os líquidos inflamáveis deverão ser embalados em tambores ou outros recipientes portáteis fechados, cuja capacidade não exceda a 226 litros;
- Os recipientes de líquidos dos inflamáveis deverão ser estocados sobre estrados ou armação especial, obedecendo o disposto na NB - 98 da ABNT.

Normas Técnicas para Estocagem de Tambores e Barris:

- Os tambores devem ser guardados de forma deitada e presos com calços de madeira na camada de baixo;
- Quando os tambores estiverem vazios e a quantidade for elevada a pilha terá de preferência formato de uma pirâmide;
- Os barris podem também ser empilhados de pé em camadas desencontradas, como tábua ou prancha entre uma camada e outra.

Normas Técnicas para estocagem de materiais Retangulares:

- Todos os volumes devem ter tamanhos uniformes;
- As caixas de papelão não devem ser depositadas em local úmido;
- Convém deixar metade da largura de cada caixa ou material retangular para fora em toda a sua volta, de cada cinco corridas de altura.

Normas Técnicas para Guarda de Sacarias:

- Sacarias em geral (arroz, feijão, açúcar, trigo, etc.)
- Sua guarda será feita em estrados de material em pilhas "armadas";
- Pilha deverá ficar no mínimo 0,50 cm da parede, as bocas dos sacos deverão ficar voltadas para dentro da pilha.

ROTEIRO PARA O SERVIÇO DE MATERIAIS

Horário	Atividade	Observação
07:00	Pega o plantão	
07:15	Faz bandeja, o PS e devoluções.	
07:30	Devoluções de todos os setores.	
07:40	Reposições da noite, Berçário, pré parto.	
08:30	Faço os pedidos de medicamentos.	
11:45	Almoço.	
12:00	Edifico.	
13:00	Faz pedido de alimentos e impressos.	
14:00	Pedidos do centro Cirúrgico.	
15:00	Edifico.	
16:00	Faz novamente os pedidos do PS, pré parto e berçário.	
17:00	Arruma os remédios.	
18:00	Fraciona os medicamentos.	

Roteiro: Movimentação Diária

Setor: Materiais.

Horário	Atividade	Observação
07:00	Cadastro de produtos novos.	
07:30	Entradas do dia	
08:00	Devoluções do dia.	
08:30	Lança as saídas.	
11:30	Arruma os produtos em seus lugares.	
12:00	Auxilia na Farmácia.	
15:30	Passa as notas fiscais para as planilhas.	
17:00	Encerra o expediente.	Obs.: Recebimento e conferência de mercadoria (07h às 17h)

Roteiro: Coordenação de Materiais.

Setor: Materiais.

Horário	Atividade	Observação
07:00	Verifica o estoque.	
08:00	Carimba as Notas fiscais e lança no mapa de compras.	
08:30	Recebe cotações e verifica os melhores preços, e efetua compras.	
	Atende representantes.	Durante todo horário.
	Resolve problemas dos demais setores.	Durante todo horário.
13:00	Confere caixas de urgência.	Uma vez por semana.
15:00	Compras de urgência.	Qualquer horário.
	Verificação de estoques para compra.	

16:30	Envia fax para cotação.	

LOGOTIPO				
	MANUAL DO PATRIMÔNIO			
	Código:	Versão:	Página:	

ANÁLISE SINTÉTICA DAS ROTINAS DO SETOR DE PATRIMÔNIO

- Realizar ao menos duas vezes ao ano a conferência do ativo fixo imobilizado locado na instituição, emitindo-se e encadernando-os para apresentação à diretoria;

- Solicitar a cada responsável pelo controle de patrimônio das dependências a realização da verificação do ativo fixo locado, para elaboração e emissão dos relatórios pertinentes e envio à sede administrativa para as devidas providências;

- Coordenar na sede administrativa toda e qualquer entrada, transferência e descarte de qualquer bem imobilizado;

- Conferência, controle e manutenção dos dados registrados no sistema controle de patrimônio enviado pelas dependências;

- Receber, verificar e encadernar os relatórios recebidos das dependências para apresentação a diretoria de administração, ao contador geral e a auditoria externa;

- Na abertura de uma nova dependência, levantar todo o imobilizado, elaborar os relatórios, escritos e fotográficos em 3 (três) vias e protocolar junto ao órgão competente;

- Manter contato com os responsáveis pelo setor de patrimônio nas dependências, a fim de dar suporte em casos necessários, sendo que, em alguns casos manter visitas técnicas periódicas.

APROVAÇÃO DO MANUAL

Cada rotina descrita a seguir pressupõe uma série de atividades, e em alguns casos o envolvimento de outras áreas, por isso, para a validação e devida implantação deste manual é necessário que algumas diretrizes aqui estabelecidas sejam avaliadas e aprovadas**.**

DA APRESENTAÇÃO

O setor de patrimônio da sede administrativa São Paulo, bem como, em cada dependência Pró-Saúde, tem por finalidade o controle de entradas, saídas, transferências e descartes de todo ativo fixo imobilizado.

DA IMPORTÂNCIA

Dentre as importantes finalidades do controle de patrimônio da entidade, e conforme preceitua a "Circular Normativa de número 7" (Anexo I), os relatórios são destinados a apresentação à diretoria de administração bem como ao contador geral em âmbito interno e a auditoria externa anualmente.

Os relatórios de controle de patrimônio no tocante a cada dependência possuem, além das apresentações acima, a necessidade de apresentação aos seus respectivos proprietários (Governo de Estado, Prefeitura e ou Empresas Privadas) também conforme indicado em cada contrato firmado**.**

RESPONSABILIDADES E NORMAS DO SETOR DE PATRIMÔNIO

1-Diretrizes

O Responsável pelo Setor de Patrimônio - Sede Administrativa bem como o administrador de cada dependência deverão tomar conhecimento do controle de Patrimônio da seguinte forma:

- Identificar e manter com rigoroso controle, a relação de patrimônio, observando sempre os critérios de enquadramento do bem;

- Manter o controle e registros no Sistema Pátrio sempre atualizado;

- Os bens de terceiros a serem descartados deverão ser listados, baixados do sistema e devolvidos a quem de direito, mediante emissão de ofício devidamente protocolado, ou em âmbito interno sob utilização o formulário próprio de transferência.

2. Responsabilidades

- Manter controlado todo o ativo fixo imobilizado da Entidade.

3. Normas

- Para a efetivação de qualquer registro no sistema de "**entrada**" de imobilizado novo, deve-se estar em poder de uma das vias da nota fiscal de compra do mesmo, sendo a partir de então, separada a placa de ativo fixo e realizado o cadastramento em sistema utilizando a maior quantidade de dados possíveis, constantes na nota fiscal.

- Para a efetivação de qualquer registro de "**transferência**" de imobilizado, deve-se atentar-se da existência do formulário pertinente e devidamente assinado por seus respectivos responsáveis.

- Para efetivação de qualquer registro no sistema de "**descarte**" de imobilizado, deve-se verificar se existe o formulário ou ofício pertinente com devida assinatura do diretor da área responsável.

-Tratando-se de dependência, toda e qualquer "**transferência** e/ou **devolução**" de patrimônio de terceiros (bem público), a tramitação deve ser realizada através de ofício a quem de direito, mediante protocolo.

- Tratando-se de dependência, todo "**descarte**" de imobilizado, deve ser solicitado por ofício a quem de direito, solicitando caso necessário sua retirada, mediante protocolo.

VII – ATRIBUIÇÕES

1. Atribuições do Encarregado de Patrimônio

- Manter atualizado o controle de ativo fixo imobilizado da entidade, ou seja, todas as dependências, levando-se em consideração os tipos de patrimônio existentes (Próprio, Terceiros e Gestão), sendo:

- Na abertura de uma nova dependência, levantar todo o imobilizado, elaborar relatório completo, escrito e fotográfico e protocolar junto ao órgão competente;

- Emitir relatório referente às condições do imobilizado, bem como suas considerações (seguido da listagem do imobilizado);

- Elaborar o relatório fotográfico, ratificando as considerações feitas no relatório escrito;

- O relatório completo (Relatório escrito e fotográfico) emitido quando do levantamento do imobilizado em uma nova dependência, deve ser emitido em 03 (três) vias devidamente numeradas, sendo que a via original dever ser anexada ao

contrato junto a secretaria administrativa da sede, a segunda via encaminhada ao proprietário do imobilizado (Governo do Estado, Prefeitura e/ou Empresa Privada)

- Auxiliar a dependência na aquisição, implantação e utilização do sistema padrão para controle de patrimônio;

- Elaborar e apresentar junto aos responsáveis do setor de patrimônio os formulários a serem utilizados (Transferência, Descarte e Termo de responsabilidade);

- Informar anualmente a todas as dependências (por circular e e-mail) calendário para envio dos relatórios pertinentes;

- Conferir e encadernar anualmente os relatórios de controle de imobilizado por dependência, para apresentação a diretoria de administração, contabilidade e auditoria externa;

- Conferir e emitir semestralmente, relatório de controle de patrimônio da sede administrativa;

- Elaborar, conferir e emitir relatório estatístico (Gráficos e listagem mensal) de investimentos em imobilizados realizados na sede administrativa;

- Acompanhar toda e qualquer transferência de imobilizado realizada na sede administrativa;

- Efetivar toda e qualquer transferência e/ou descarte de imobilizado no sistema somente se seguir as rotinas estabelecidas (formulário próprio devidamente assinado por seus responsáveis);

- Manter em arquivo individualizado (por exercício contábil e mês) uma via e/ou cópia da nota fiscal de aquisição de todo e qualquer imobilizado adquirido na sede administrativa, com todas as informações possíveis;

DO HORÁRIO DE TRABALHO

O setor de Patrimônio funcionará das 08h00 às 18h00 de segunda à sexta-feira.

ROTINAS

ROTINA: Patrimônio

Antes de qualquer registro, deve-se atentar-se para o tipo de patrimônio que vamos trabalhar, para tanto, a apresentação e registro de Imobilizado seguirá seguinte critério de enquadramento.

1- PATRIMÔNIO PRÓ SAÚDE

São bens adquiridos pela Pró Saúde e/ou transferidos de qualquer outra dependência Pró Saúde, adquiridos pelo CNPJ da sede administrativa.

2- PATRIMÔNIO GESTÃO PRÓ SAÚDE

São os bens adquiridos pela Pró Saúde durante gestão contratual, ou seja, todos os bens que foram adquiridos com a utilização do CNPJ da dependência, em nome do hospital e da Pró-Saúde,

3- PATRIMÔNIO CEDIDO (TERCEIROS)

São os bens que a Pró Saúde recebeu no início da gestão do contrato na nova dependência, podendo ser bens particulares (Empresas) ou mesmo bem público (Governo de Estado, Prefeituras).

Conforme determinado pela Diretoria de Administração da Entidade, ficou definido como sistema padrão a ser utilizado, o **"Sistema Pátrio"** de controle de patrimônio, do fornecedor XXXX. As dependências que por qualquer motivo tenham dificuldades em operar o sistema, poderão recorrer ao Setor de Patrimônio na Sede Administrativa, onde toda assistência será destinada.

ROTINA: Do controle de patrimônio – Sede Administrativa

Ano de 2003, a Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, através de sua diretoria de administração acrescentou em seu organograma o setor de patrimônio.

Desde então, foi contratado um profissional que deveria controlar todo o imobilizado da entidade, ou seja, desde a sede administrativa, as suas creches, projetos sociais e suas dependências hospitalares.

Iniciamos os trabalhos de levantamento do imobilizado locado na sede administrativa e já no final do primeiro semestre do mesmo ano, já possuíamos o

primeiro relatório de levantamento geral de imobilizado atualizado. Para tanto, em poder das listagens dos bens e dos diversos setores da sede, atualizamos o sistema de controle de patrimônio.

Comunicamos, implementamos e cobramos dos colaboradores, que a partir daquele momento havia a necessidade de se utilizar os formulários já existentes de transferência e/ou descarte de imobilizado, pois os setores estavam com relação ao seu mobiliário, totalmente registrados e sob as respectivas responsabilidades de suas chefias e coordenadorias.

Hoje na sede administrativa, realizamos duas conferências ao ano de patrimônio, isto para solidificar e garantir todas as informações constantes em nossos relatórios.

O setor conta hoje com informações seguras e rápidas, trazendo por consequência muita credibilidade aos que necessitam da utilização das informações disponibilizadas.

ROTINA: Do início de Gestão em Hospitais

1. Levantamento Físico do Patrimônio

Após assinatura do contrato, a Diretoria de Operações solicita que o departamento de Patrimônio da Sede Administrativa efetue o levantamento do imobilizado locado na nova dependência. Comunicada, a Diretoria de Administração agenda e informa as datas para realização deste. Para tanto, o setor de patrimônio prepara o material necessário para realização do levantamento (Listagem e formulários a serem utilizados pela dependência).

Na nova dependência apresentam-se o setor, instruções e rotinas, estipuladas pelo setor de Patrimônio da Sede Administrativa, ao administrador local e/ou responsável pela área.

Verifica-se a existência ou não de listagem atualizada do controle de patrimônio, caso não, efetuar levantamento utilizando-se formulário próprio e padrão da Pró-Saúde (Anexo II) para listagem dos bens por setor, estado do bem e data; Concomitante ao preenchimento da listagem e/ou conferência, fotografar os imobilizados para montagem do relatório fotográfico.

Em caso de localização de imobilizado sem patrimônio, este deve ser listado de forma detalhada, citando como referência sua descrição ou mesmo localização.

2. Relatórios

Levantados os dados, elabora-se o relatório. Este em sua inicial deve conter dados do contrato assinado pelas partes (número, data, qual secretaria ou órgão, quem assinou, cláusula contratual que se refere a controle de patrimônio) e seus respectivos representantes que levantaram o imobilizado, bem como quem os indicou, data de início e término do levantamento.

É descrito parecer referente às condições do imobilizado, bem como toda e qualquer ocorrência de relevância, seguido de relatório fotográfico, ratificando todas as considerações do relatório escrito;

Este relatório leva em anexo a listagem do levantamento devidamente assinado por seus participantes e separado por setor e data;

O relatório completo (escrito e fotográfico) deve ser emitido em 03 (três) vias devidamente numeradas sendo que, a via original deverá permanecer anexada ao contrato, junto a secretaria da Sede Administrativa, a segunda será remetida a quem de direito, proprietário do imobilizado (Governo do Estado, Prefeitura e/ou Empresa Privada) através de ofício devidamente protocolado pelo departamento competente, e o terceiro mantido em arquivo próprio do Setor de Patrimônio da Sede Administrativa, ou mesmo em caso de solicitação, este pode ser entregue ao Administrador da dependência.

Lembramos que o relatório é ao seu encerramento, disponibilizado eletronicamente a dependência.

Finalizados, os relatórios são apresentados a Diretoria de Administração e Diretoria de Operações para considerações e assinatura.

Tal levantamento também será realizado semestralmente ou anualmente de acordo com as necessidades contratuais, locais e a obrigatoriedade do envio do mesmo ao final do ano para as devidas providências no setor de patrimônio da sede administrativa (consolidação/auditoria).

3. Termo de Responsabilidade

Existem dois formulários direcionados a responsabilidade setorial nas dependências:

- Após o levantamento geral do imobilizado locado na dependência, ao término de cada exercício contábil, para envio a Sede Administrativa para fins de consolidação (Anexo III - Termo de Responsabilidade anual).

- Quando da entrada de um imobilizado novo em qualquer setor durante o exercício contábil, ou seja, em qualquer mês, consequentemente sendo transferida neste momento a responsabilidade do mesmo (Anexo IV).

ROTINA: Sistema Pátrio

1. Aquisição, Instalação, Suporte e Cadastro no Sistema Pátrio

Definida a estrutura do setor de patrimônio da dependência, o responsável solicita orçamento junto ao fornecedor para aquisição do programa de controle de ativo fixo imobilizado, no caso, Sistema Pátrio.

Este informa ao administrador as condições para aquisição obtendo assim sua aprovação. A instalação do sistema é de responsabilidade do próprio fornecedor.

Após confirmação da aquisição do sistema e instalação do programa, o responsável designado na dependência deve alimentar o sistema de acordo com os grupos de imobilizados e setores, inserindo assim todos os dados obtidos durante o levantamento físico do patrimônio. A sede administrativa neste caso, coloca-se a disposição para apresentar ao usuário local relação de dados necessários para o início do cadastramento dos itens listados no levantamento, mantendo assistência total e auxílio ao seu usuário local.

2. Utilização do Sistema e demais Atribuições

2.1. Acesso ao Sistema

O acesso ao sistema é restrito ao profissional responsável pelo setor de patrimônio da dependência e seu respectivo diretor, através de cadastramento de senha de acesso. Este profissional deve estar atento e manter rigoroso controle em relação aos registros efetuados, que devem estar sempre atualizados.

O sistema deve ser alimentado com os dados iniciais levantados (Relatório de levantamento físico) e constantemente pelas entradas, saídas, transferências e/ou descartes realizados.

2.2. O campo observações

Deve ser utilizado para relatar dados constantes na nota fiscal de compra de imobilizado como, fornecedor, número da nota fiscal, data de emissão e especificações constantes na descrição do bem adquirido (de forma clara e objetiva).

2.3. Relatórios disponíveis

Deve-se manter sempre atualizado os lançamentos no sistema, pois propiciará a possibilidade da emissão de relatórios por setor, por grupo e mesmo por período contábil. A manutenção do sistema sempre atualizado vai gerar ao setor rapidez na emissão de relatórios e informações referentes a qualquer bem locado na dependência, consequentemente o setor obterá credibilidade em suas atividades e informações.

ROTINA: Placas de Ativo Fixo

Fica a critério do setor de patrimônio, com o crivo do administrador de cada dependência, a aquisição de placas de ativo fixo imobilizado, isto para garantir o rápido tombamento dos imobilizados adquiridos no período da gestão Pró Saúde, gerando a possibilidade de rápidos relatórios e acima de tudo atualizados para apresentação a quem de direito.

1. Aquisição

Para aquisição das placas, inicialmente, o responsável local deverá verificar qual a quantidade necessária de placas de ativo fixo por um período, e realizar cotações. Sugere-se que sejam levantados no mínimo 03 (três) empresas fabricantes.

Na aquisição deve atentar-se para o tipo de material a ser utilizado na confecção das placas, o responsável deverá solicitar ao fornecedor amostras do material a ser utilizado.

2. Desenvolvimento

Existe um padrão já definido, utilizado e sugerido pelo setor de Patrimônio da Sede Administrativa (Modelo anexo V). Este deve segue as seguintes diretrizes:

Cor: Fundo cinza escrito em preto (números e logotipos)

Tamanho: 02 cm x 05 cm

Logotipo / Logomarca: Á critério de cada administrador, consultando o setor de comunicação, que possui todas as especificações necessárias para informar a empresa fabricante.

3. Aplicação

Quando do recebimento destas, iniciar o cadastramento e fixar as placas nos devidos bens atentando-se para os registros efetuados no sistema.

À utilização destas placas estão condicionadas ao período de gestão Pró Saúde, e não ao imobilizado já existente, pois o mesmo deverá ser cadastrado no sistema com distinção de empresas, ou seja, um relatório (empresa) com a identificação do CNPJ do proprietário do imobilizado transferido e o outro com o nome Pró Saúde (gestão) devidamente cadastrado com seu CNPJ.

ROTINA : Entrada de bem novo por nota fiscal

Quando da entrada de todo e qualquer bem imobilizado, deve-se atentar primeiramente, possuir uma das vias da nota fiscal de compra.

Em poder da nota fiscal, é necessário verificar se todos os dados estão corretos (fornecedor, data de emissão, valor unitário, descrição do bem).

Dá-se início ao cadastramento do bem, lembrando que o passo inicial é ter o número da placa de ativo fixo a ser utilizado, e seguir descrevendo o bem conforme o sistema vai solicitando, sempre em conformidade com a nota fiscal.

Concomitante a inserção dos dados em sistema, deve-se fixar a placa de ativo no imobilizado adquirido, esta deverá ser fixada de forma a facilitar a visualização do mesmo em momentos em que os levantamentos físicos foram efetuados, seguidos estes passos o bem estará devidamente cadastrado.

ROTINA: Transferência de bem

Para transferir qualquer bem dentro da Sede Administrativa, o setor solicitante deverá utilizar o formulário específico para comunicação de transferência ou descarte de imobilizado (Anexo VI), disponível na intranet a todos os colaboradores, preenchendo todos os dados solicitados e destacando a área "**transferência**".

Este deve ser devidamente assinado pelos setores de origem e destino e posteriormente enviado ao setor de Patrimônio para execução da transferência.

Sugere-se que o mesmo procedimento adotado na Sede para controle de transferências seja adotado em cada dependência (formulário modelo para utilização nas dependências Anexo VII), ficando, porém a critério do administrador e responsável pela área de patrimônio a adoção desses procedimentos.

ROTINA: Descarte e/ou devolução de qualquer bem

Para os casos de descarte e/ou devolução de qualquer bem, existem dois tipos de procedimentos:

1. Descartes efetuados na Sede Administrativa:

Para esse procedimento o setor onde o bem a ser descartado está locado deverá utilizar o formulário específico para comunicação de transferência ou descarte de imobilizado (Anexo VI), disponível na intranet a todos os colaboradores, assinalando a área "**descarte**" e constando as devidas assinaturas do responsável pelo setor e diretor da área.

2. Descartes efetuados nas Dependências (Bens de Terceiros)

Todo e qualquer descarte para ser realizado, somente se concretizará mediante emissão de ofício a quem de direito (proprietário do imóvel), devendo este ser devidamente protocolado pelo setor competente, observando e especificando os motivos de descarte e solicitando sua retirada.

Salvo que cada órgão utiliza um padrão específico na qual o ofício deverá ser enquadrado.

Mediante ofício devidamente protocolado registrar no sistema as referidas baixas identificando os dados constantes no ofício em maior quantidade possível.

ROTINA: Consolidação de Relatórios ao Final de cada Exercício

O setor de Patrimônio da Sede Administrativa em São Paulo, ao final de cada exercício contábil, e ao receber os relatórios das dependências (de acordo com cronograma pré estabelecido pela Diretoria de Administração e em conformidade com a Circular Normativa nº 7º), tem a incumbência de verificar os dados, conferir se os mesmos estão devidamente assinados por seus responsáveis (setor de

Patrimônio da dependência ou responsável e o diretor da área) e proceder a consolidação destes, separado por setor, bem como por dependência e encadernar em livro único a ser encaminhado para a ciência e aprovação da Diretoria de Administração, Contador geral e Auditoria externa.

Posterior a isso o documento é enviado para arquivo.

Além dos relatórios finais, também é de responsabilidade do setor de Patrimônio conferir e emitir semestralmente relatório de controle de patrimônio da sede administrativa e, ao final do exercício, o setor elabora, confere e emite relatório estatístico, contendo gráficos e listagem mensal por setor, de investimentos em imobilizados realizados na Sede Administrativa em reais e unitário.

(Anexo VIII – Modelo dos principais relatórios estatístico emitidos pelo Setor de Patrimônio desde sua implantação).

ROTINA: Conferência

Quando do encerramento do exercício, o setor de Patrimônio realiza conferência e listagem do ativo fixo locado em toda Sede Administrativa, classificado por setor /área. Para formalização deste é realizada a coleta da assinatura dos respectivos gerentes, coordenadores, encarregados ou responsáveis por cada área em termo de Responsabilidade específico (Anexo IX).

ANEXOS

ANEXO I

São Paulo, 20 de abril de 1999.

Aos Diretores Administrativos de
todos os Departamentos mantidos
pela Pró-Saúde.

Circular Normativa n.º 07.

Patrimônio

1. Todos os bens móveis e equipamentos de propriedade da Pró-Saúde devem ser objeto de chapeamento de patrimônio, bem como deve ser mantida relação sempre atualizada dos mesmos.
2. Solicitamos que todos os departamento enviem à sede administrativa (em São Paulo) relação dos bens atualmente existentes no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data acima.
3. Os departamentos deverão encaminhar nova relação de alteração patrimonial (inclusão/exclusão) a cada 3 (três) meses.

Modelo de relatório

1. Foi desenvolvido relatório de prestação de contas pelo departamento Hospital Saúde Paineiras que deverá ser imediatamente adotado e efetivamente utilizado por todos os departamentos da entidade.
2. Cópia em disquete do relatório estará sendo enviado o quanto antes via correio.
3. O departamento que não recebê-lo deverá entrar em contato com a sede administrativa (em São Paulo) para ter acesso ao mesmo.

Cordialmente,

Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Paulo Roberto Segatelli Câmara
Superintendente

1

R. Padre Chico, 85 - 1º andar - São Paulo/SP - CEP 05008-010 - PABX/Fax: (011) 3675-2950
Certificado de Utilidade Pública Federal nº 71.038/72 - E-mail: prossp@zaz.com.br

ANEXO II

PRÓ-SAÚDE ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

2008 **HOSPITAL .....**

LEVANTAMENTO DE IMOBILIZADO

Setor:- _____

			Estado do Bem			
N°	**N° Patr.**	**Descrição do Bem**	**Bom**	**Reg.**	**Ruim**	**Observação**
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

Obs:

ANEXO III

Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
HOSPITAL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Setor de Patrimônio

Logo do Hospital

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE BENS

SETOR:- _____

N.º	DESCRIÇÃO	MODELO	MARCA	Nº PATR.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Conferência realizada em:- _____/_____/_____
Os bens acima ou em lista anexa (devidamente rubricadas), são de responsabilidade do(a):-
Nome/Função:-_____
Responsável pelo setor/departamento:-_____
Observações:-_____
_____

Assinatura Responsável Setor	Assinatura Setor de Patrimônio
_____	_____
ASS. E CARIMBO	ASS. E CARIMBO
Data: _____/_____/_____.	Data: _____/_____/_____.

Este formulário dever ser utilizado sempre que ocorrer levantamento semestral ou anual para fins de emissão de relatório a ser enviado à sede adminsitrativa - SP e controle local.

ANEXO IV

Setor de Patrimônio
Estou adquirindo o equipamento acima citado e me responsabilizo pela sua inteira conservação/preservação. Data: _____/_____/_____ **Assinatura:**_____ **Carimbo:**

Este formulário deve ser utilizado quando da entrada de um bem novo para transferência de responsabilidade.

ANEXO V

ANEXO VI

PRÓ-SAÚDE Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar

Setor de Patrimônio

Transferência ou Descarte de Imobilizado

Transferência de Bem ☐ Descarte ☐

Setor de Origem:-(_____) Setor de Destino:-(_____)

N° do Patrimônio de Origem:-(_____) Nº do Patrimônio de Destino:-(_____)

Descrição do Bem:-(_____)

Motivo da Tranferência e/ou Descarte:-(_____
_____)

Data e Nome do Responsável pelo setor de Origem

Data:-_____/_____/_____
Nome:- _____

Data e Nome do Responsável pelo setor de Destino

Data:-_____/_____/_____
Nome:- _____

Este formulário deve ser utilizado quando de qualquer transferência e/ou descarte de imobilizado

ANEXO VII

PRÓ-SAÚDE Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
HOSPITAL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Logo do Hospital

Setor de Patrimônio

Transferência de Imobilizado

Transferência de Bem ☐ Descarte ☐

Setor de Origem:-(_____) Setor de Destino:-(_____)

N° do Patrimônio de Origem:-(_____) Nº do Patrimônio de Destino:-(_____)

Descrição do Bem:- (_____)

Motivo da Tranferência e/ou Descarte:-(_____)

_____)

Data e Nome do Responsável pelo setor de Origem

Data:-_____/_____/_____
Nome:- _____

Data e Nome do Responsável pelo setor de Destino

Data:-_____/_____/_____
Nome:- _____

Este formulário deve ser utilizado quando de transferência e/ou descarte de imobilizado.

ANEXO VIII - MODELO

PRÓ-SAÚDE ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

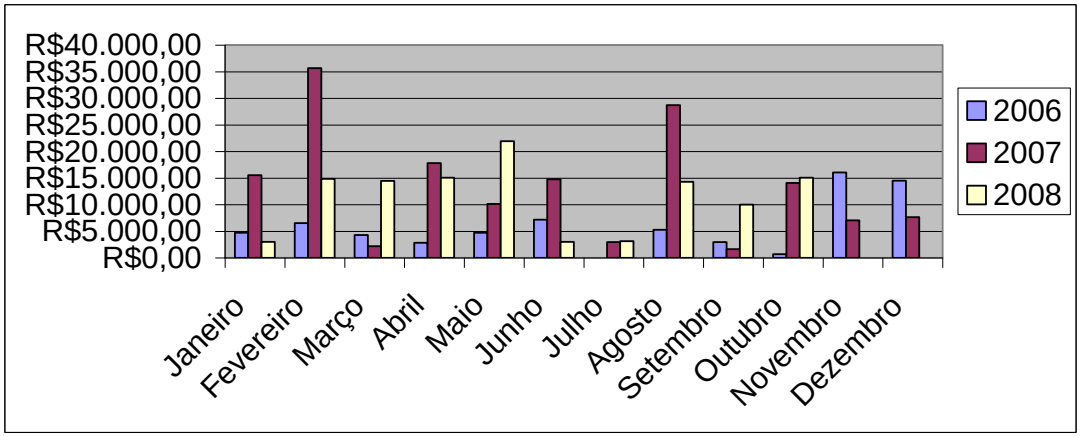
DADOS MONETÁRIOS			
Investimentos em ativos fixos dos últimos 03 anos:-			
Meses	**2006**	**2007**	**2008**
Janeiro	R$4.712,00	R$15.525,92	R$ 2.997,04
Fevereiro	R$6.519,00	R$35.675,99	R$ 14.846,50
Março	R$4.272,26	R$2.185,00	R$ 14.457,26
Abril	R$2.848,00	R$17.831,79	R$ 15.050,30
Maio	R$4.713,00	R$10.138,00	R$ 21.920,00
Junho	R$7.149,00	R$14.772,00	R$ 2.995,80
Julho	R$0,00	R$2.973,88	R$ 3.144,86
Agosto	R$5.278,00	R$28.705,55	R$ 14.307,60
Setembro	R$2.940,74	R$1.624,00	R$ 10.015,80
Outubro	R$675,00	R$14.065,00	R$ 15.056,22
Novembro	R$16.061,68	R$7.053,60	R$ 0,00
Dezembro	R$14.495,31	R$7.659,05	R$ 0,00
Totais:-	**R$69.663,99**	**R$158.209,78**	**R$ 114.791,38**
Total dos últimos 03 anos:-			**R$ 342.665,15**

DADOS PERCENTUAIS			
Investimentos em ativos fixos dos últimos 03 anos:-			
Meses	**2006**	**2007**	**2008**
Janeiro	1,38%	4,53%	0,87%
Fevereiro	1,90%	10,41%	4,33%
Março	1,25%	0,64%	4,22%
Abril	0,83%	5,20%	4,39%
Maio	1,38%	2,96%	6,40%
Junho	2,09%	4,31%	0,87%
Julho	0,00%	0,87%	0,92%
Agosto	1,54%	8,38%	4,18%
Setembro	0,86%	0,47%	2,92%
Outubro	0,20%	4,10%	4,39%
Novembro	4,69%	2,06%	0,00%
Dezembro	4,23%	2,24%	0,00%
Totais:-	**20,33%**	**46,17%**	**33,50%**
Total dos últimos 03 anos:-			**100,00%**

Setor de Patrimônio
Diretoria de Administração

PRÓ-SAÚDE ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

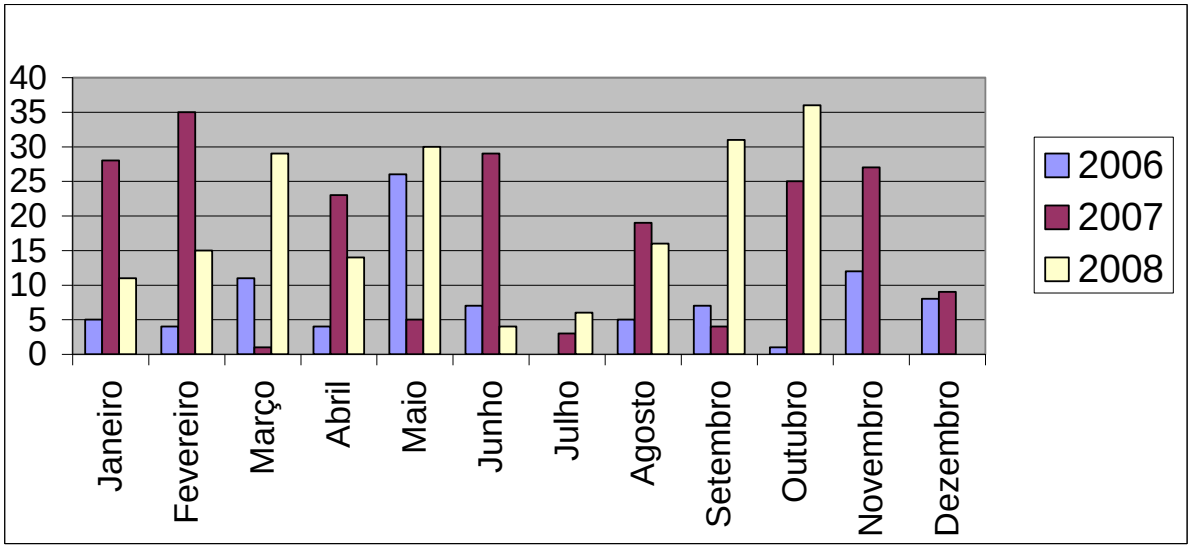
REFERÊNCIA:- **POR VALORES - R$**



Setor de Patrimônio
Diretoria de Administração

PRÓ-SAÚDE ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

REFERÊNCIA:- **POR ITENS - PATRIMÔNIADOS**



Setor de Patrimônio
Diretoria de Administração

PRÓ-SAÚDE ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

REFERÊNCIA:- **Investimentos em imobilizado - Exercício XXXXX**

Meses	R$	%
Janeiro	R$ 2.997,04	2,61%
Fevereiro	R$ 14.846,50	12,93%
Março	R$ 14.457,26	12,59%
Abril	R$ 15.050,30	13,11%
Maio	R$ 21.920,00	19,10%
Junho	R$ 2.995,80	2,61%
Julho	R$ 3.144,86	2,74%
Agosto	R$ 14.307,60	12,46%
Setembro	R$ 10.015,80	8,73%
Outubro	R$ 15.056,22	13,12%
Novembro	R$ 0,00	0,00%
Dezembro	R$ 0,00	0,00%
Totais:-	**R$ 114.791,38**	**100,00%**

Setor de Patrimônio
Diretoria de Administração

ANEXO IX

Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE BENS

Setor de Patrimônio

Setor/Departamento:-_____

N.º	DESCRIÇÃO	MODELO	MARCA	Nº PATR.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Conferência realizada em:- -_____/_____/_____
Os bens acima ou em lista anexa (devidamente rubricadas), são de responsabilidade do(a):-
Nome/Função:-_____
Responsável pelo setor/departamento:-_____
Observações:-_____
_____

Responsável Setor	Responsável Setor-Patrimônio
_____	_____
Ass. / Carimbo	Ass. / Carimbo
Data: _____/_____/_____.	Data: _____/_____/_____.

Este formulário deve ser utilizado quando das conferências anuais da Sede Administrativa

10.3.5. MANUAL DE ROTINAS PARA CONSERVAÇÃO E MANUTENÇÃO DOS BENS PATRIMONIAIS.

O item conservação e manutenção dos bens materiais faz parte do "Manual do Patrimônio".

Optamos por separar este item dos demais já apresentados para uma melhor apreciação da Comissão Julgadora.

CONTROLE FÍSICO

É o conjunto de procedimentos, adotados pela Coordenação de Patrimônio, voltado à verificação da localização e do estado de conservação dos bens patrimoniais.

O controle físico tem caráter permanente, em decorrência da própria necessidade de acompanhamento da posição físico-financeira do ativo imobilizado.

O controle físico envolve as seguintes modalidades:

1. CONTROLE DE LOCALIZAÇÃO

Consiste na verificação sistemática do local onde está situado o bem, com vista à determinação fidedigna das informações existentes no cadastro sobre essa localização.

A divergência constatada entre a localização real dos bens e a que constar no relatório de cadastro, deve ser imediatamente corrigida pela Coordenação de Patrimônio.

2. CONTROLE DO ESTADO DE CONSERVAÇÃO

Consiste no acompanhamento sistemático do estado de conservação dos bens patrimoniais, objetivando manter sua integridade física, observando-se a proteção do bem contra agentes da natureza, mediante a tomada de medidas para evitar a corrosão, oxidação, deterioração e outros agentes que possam reduzir a sua vida útil.

A verificação do estado físico dos bens será realizada mediante inventários locais periódicos, realizados por iniciativa da Coordenação de Patrimônio, ou no decorrer do inventário anual, podendo ser identificadas as seguintes condições de conservações:

a) novo: Refere-se ao bem comprado e que se encontra com menos de um ano de uso;

b) bom, quando estiver em perfeitas condições e em uso normal;

c) ocioso - quando, embora em perfeitas condições de uso, não estiver sendo aproveitado;

d) recuperável - quando sua recuperação for possível e orçar, no âmbito, a cinquenta por cento de seu valor de mercado;

e) antieconômico - quando sua manutenção for onerosa, ou seu rendimento precário, em virtude de uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoletismo;

f) irrecuperável - quando não mais puder ser utilizado para o fim a que se destina devido a perda de suas características ou em razão da inviabilidade econômica de sua recuperação.

Nos casos em que a vistoria constatar qualquer mudança na situação atual do bem, em relação a que está registrada, a Coordenação de Patrimônio pode alterar a informação contida no mesmo, informando a nova situação do estado de conservação.

CONTROLE DE UTILIZAÇÃO

Consiste na identificação e análise, pela Coordenação de Patrimônio, das condições de utilização dos bens patrimoniais, observando o seguinte:

1 - Conhecimento das condições de utilização do bem, em função das atividades desenvolvidas pela Unidade Administrativa;

2 - Cumprimento das normas técnicas do fabricante, no que se refere à capacidade operacional e manuseio.

3 - Compatibilidade entre a finalidade e características do bem, com a natureza dos serviços a ele atribuídos.

A análise das condições de utilização dos bens patrimoniais será feita através de verificações locais, realizadas por iniciativa da Coordenação Patrimônio.

10.4. INCREMENTO DE ATIVIDADE

10.4.1. METAS

Visto o Hospital não possuir série histórica para projeção de incremento de metas, consideraremos as metas propostas em edital.

METAS DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE

Especialidades Internação	Número de Saídas Hospitalares		Bases para o cálculo do número de saídas		
	Média Mensal	% Total	Leitos Operacionais	Tempo Médio de Permanência	Taxa de Ocupação
Clínica Mastologia e Ginecologia/Hematologia não Oncológica	197	52,12	33	4,30	85.00%
Clínica Cirúrgica Pediátrica	108	28,57	34	8,00	85,00%
Clínica Oncológica/transplante de medula óssea	73	19,31	31	11,00	85,00%
Total Mensal	378	100,00	98	6,61	85,00%
Total Anual	4.536				85,00%

METAS MENSAL DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE

Saídas Hospitalares - Ano 20_													
Especialidades Internação	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	TOTAL
Clínica Mastologia e Ginecologia	197	197	197	197	197	197	197	197	197	197	197	197	2.364
Clínica Pediátrica	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	1.296
Clínica Oncológica /transplante de medula óssea	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	876
Total Mensal	378	378	378	378	378	378	378	378	378	378	378	378	4.536
Total Anual													4.536

METAS DE CONSULTAS POR ESPECIALIDADE

Ano 20_													
Consultas Ambulatoriais	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	Total
Oncologia clínica	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	7.920
Oncologia cirúrgica	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	7.920
TOTAL	1.320	1.320	1.320	1.320	1.320	1.320	1.320	1.320	1.320	1.320	1.320	1.320	15.840

METAS DE CONSULTAS AMBULATORIAIS POR ESPECIALIDADE

Ano 20_													
SADT – INTERNO	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	Total
Quimioterapia/ Radioterapia/ Braquiterapia	650	650	650	650	650	650	650	650	650	650	650	650	7.800
TOTAL	650	650	650	650	650	650	650	650	650	650	650	650	7.800

10.4.1. PROPOSIÇÃO DE OUTRAS ESPECIALIDADES

Pelo perfil dos pacientes que o hospital atenderá consideramos necessária a presença de um médico cardiologista e um Odontólogo, para a realização de avaliações e conduta nessas especialidades.

Se durante o decorrer do projeto for necessária a implantação de qualquer outra especialidade médica esta deverá ser considerada como aditivo de contrato.

10.4.2. PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS

A Pró-Saúde administra diretamente ou em parceria com órgãos públicos, creches e centros de educação infantil localizados em áreas carentes das cidades. As crianças passam por processos de aprendizado com atividades pedagógicas, além de receberem alimentação e serem auxiliadas em seu desenvolvimento físico, motor e pedagógico.

Em Agulha, município de Fernando Prestes – SP, realiza os seguintes Projetos Sociais: Inclusão Digital, Pintura (tela e tecido), Bordado/Crochê, Esportes (natação e futsal), projeto Musical (atualmente conta com um maestro, dois professores de música e 75 alunos) e o Almoço beneficente, que com a sua renda ajuda na aquisição de cadeiras de rodas, cadeiras de banho, andadores etc., que são cedidos à comunidade em forma de comodato. Em Agulha estão sediados: o CCI (Centro de Convivência do Idoso), que atualmente conta com 35 pessoas, incluindo o transporte dos mesmos entre a sede a suas residências; e o CECCA (Centro de Convivência da Criança e do Adolescente), que existe a 15 anos, com capacidade para atender 90 crianças, filhos de trabalhadores rurais. A prefeitura local apoia com a doação de gêneros alimentícios.

Na cidade de São Paulo, trabalha em parceria com a Prefeitura Municipal em três Centros de Educação Infantil, são eles: CEI Jardim Eliane, na zona leste do município, atende atualmente 151 crianças de 0 a 3 anos, esta parceria já dura 15 anos; o CEI São Jorge, na zona leste do município, atende atualmente 160 crianças de 0 a seis anos, esta parceria também já dura 15 anos; e o CEI Lajeado, também na zona leste, atende atualmente 244 crianças de 0 a 6 anos.

A Pró-Saúde mantém programas sociais em diversas regiões do país, predominantemente nas cidades onde possui hospitais administrados. Os gestores das unidades são orientados a realizarem ações sociais e de saúde em parcerias com prefeituras, governos estaduais, entidades religiosas e organizações civis. Nas cidades em que administra hospitais são promovidas entre outras as seguintes atividades: semana da saúde, palestras em escolas sobre DST, exames preventivos, controle de hipertensão, controle de Diabete, campanhas para direção segura, campanha para doação de sangue entre outras. Desta forma cumpre sua missão de servir.

No Anexo I deste projeto encontra-se a descrição completa dos Projetos que poderão ser implantados. São eles:

- PROJETO CASA DE APOIO AO ACOMPANHANTE E USUÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
- PROJETO IMPLANTAÇÃO DE SALA DE AULA HOSPITALAR BETTINA FERRO AO USUÁRIO DO HOSPITAL
- PROJETO IMPLANTAÇÃO DO ESPAÇO DIVERSÃO E ARTE AO USUÁRIO DO HSPITAL E ACOMPANHANTE
- PROJETO IMPLANTAÇÃO DE CANAL INTERNO TELEVISIONADO AO ACOMPANHANTE E USUÁRIO DO HOSPITAL

ITEM QUALIDADE

10.5. QUALIDADE OBJETIVA

10.5.1. COMISSÕES

As Comissões técnicas a serem implantadas no hospital estão descritas no item 8.2.1. deste projeto.

10.6. QUALIDADE SUBJETIVA

ACOLHIMENTO

10.6.1.MANUAL DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

A seguir apresentamos na integração Manual de Acolhimento utilizado nas

LOGOTIPO	**MANUAL DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**			
	Código:	Versão:	Página:	

instituições administradas pela Pró-Saúde.

O conceito de Acolhimento

O acolhimento é uma ação teco 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 teco 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

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 especifica.

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 ás 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 sua demanda atendida imediatamente sem precisar espera consulta médica (procura por exames, consultas ambulatoriais, etc.) e que estariam passando por atendimento médico de forma desnecessária.

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 Medicações
- 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

Verde: prioridade 2 - prioridade não urgente, atendimento em até 30 minutos

Azul: 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

Protocolo de Classificação de Risco

Vermelho: pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha

(emergência) devido a necessidade de atendimento imediato:

Situação /Queixa

- Politraumatizado grave – Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG < 12;
- Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios
- Trauma Crânio Encefálico grave – ECG <12
- Estado mental alterado ou em coma ECG <12; história de uso de drogas.
- Comprometimentos da Coluna Vertebral

- Desconforto respiratório grave
- Dor no peito associado à falta de ar e cianose (dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de IAM,
- Angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, (sem melhora com repouso).
- Perfurações no peito, abdome e cabeça.
- Crises convulsivas (inclusive pós-crise)
- Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12
- Anafilaxia ou reações alérgicas associadas a insuficiência respiratória
- Tentativas de suicídio
- Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia).
- Parada cardiorrespiratória
- Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático
- Pulso > 140 ou < 45
- PA diastólica < 130 mmHg
- PA sistólica < 80 mmHg
- FR >34 ou <10
- Hemorragias não controláveis
- Infecções graves – febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência.

Há muitas condições e sinais perigosos de alerta, chamadas Bandeiras Vermelhas, que deverão ser levados em consideração, pois podem representar condições em que o paciente poderá piorar repentinamente:

- Acidentes com veículos motorizados acima de 35 Km/h
- Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões
- Perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente.
- Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e ocasionalmente, com respostas inapropriadas.
- Fraturas da 1ª e 2ª costela.
- Fraturas da 9ª, 10ª, 11 ª Costela ou mais de três costelas
- Possível aspiração
- Possível contusão pulmonar
- Óbitos no local da ocorrência

Amarelo: Pacientes que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco

Situação/Queixa:

- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais.
- Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressivo, acompanhado de sinais ou sintomas neurológicos, paraestesias, alterações do campo visual, dislalia, afasia
- Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15)
- Diminuição do nível de consciência
- Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental
- História de Convulsão / pós ictal – convulsão nas últimas 24 horas
- Dor torácica intensa
- Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes).
- Crise asmática
- Diabético apresentando – sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia
- Desmaios
- Estados de pânico, overdose.
- Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático
    - FC < 50 ou > 140
    - PA sistólica < 90 ou > 240
    - PA diastólica > 130
    - T < 35 ou. 40
- História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica, 100 ou FC > 120.
- Epistaxe com alteração de sinais vitais
- Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre)
- Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais
    - gravidez confirmada ou suspeita
- Náuseas /Vômitos e diarréia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais
- Desmaios

- Febre alta (39/40.º C)
- Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro-vascular ou dor intensa
- Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15
- Vítimas de abuso sexual
- Imunodeprimidos com febre

Verde: Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples – espera até 30 minutos

- Idade superior a 60 anos
- Gestantes com complicações da gravidez
- Pacientes escoltados
- Pacientes doadores de sangue
- Deficientes físicos
- Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro
- Impossibilidade de deambulação
- Asma fora de crise
- Enxaqueca (pacientes com diagnóstico prévio de enxaqueca)
- Dor de ouvido moderada a grave
- Dor abdominal sem alteração de sinais vitais
- Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve
- Vômitos e diarréia sem sinais de desidratação
- História de convulsão sem alteração de consciência
- Lombalgia intensa
- Abcessos
- Distúrbios neurovegetativos
- Intercorrências ortopédicas (entorse suspeita de fraturas, luxações).
- Pacientes com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.

Azul: Demais condições não enquadradas nas situações/ queixas acima.

- Queixas crônicas sem alterações agudas
- Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos

Após a consulta médica e medicação o paciente é liberado

Roteiros de Avaliação para Classificação de Risco

Avaliação Neurológica

Situação / Queixa: O paciente queixa-se de:

- Cefaléia
- Tontura / fraqueza
- Problemas de coordenação motora
- Trauma cranioencefálico leve / moderado
- Diminuição no nível de consciência / desmaios
- Distúrbios visuais (diplopia, dislalia, escotomas, hianopsia)
- Confusão mental
- Convulsão
- Paraestesias e paralisias de parte do corpo

História passada de:

- Pressão Arterial alta
- Acidente Vascular Cerebral
- Convulsões
- Trauma cranioencefálico
- Trauma raquimedular
- Meningite
- Encefalite
- Alcoolismo
- Drogas

Medicamentos em uso:

O paciente deverá ser avaliado em relação:

- Nível de consciência
- Consciente e orientado
- Consciente desorientado
- Confusão mental
- Inquieto
- Discurso
- Claro
- Incoerente e desconexo
- Deturpado
- Dificuldade de falar

- Responsivo ao nome, sacudir, estímulos dolorosos apropriados ou desapropriados
- Pupilas:
  - Fotorreagentes
  - Isocórica, anisocorica, miose, midríase, ptose palpebral
  - Movimento ocular para cima e para baixo/ esquerda e direita
- Habilidade em movimentar membros superiores e membros inferiores
  - Força muscular
  - Paraestesias, plegias, paresias
  - Dificuldade de engolir ou desvio de rima
  - Tremores
  - Convulsões

Verificação dos Sinais Vitais: PA, Pulso Respiração e Temperatura

* Pacientes deverão ser encaminhados para área vermelha

Avaliação cardiorespiratória

Situação/Queixa: pacientes com queixas de:

- Tosse produtiva ou não
- Dificuldades de respirar / cianose
- Resfriado recente
- Dor torácica intensa (ver mnemônico de avaliação)
- Fadiga
- Edema de extremidades
- Taquicardia
- Síncope

História passada de:

- Asma /Bronquite
  - Alergias
  - Enfisema
  - Tuberculose
  - Trauma de tórax
  - Problemas cardíacos
  - Antecedentes com problemas cardíacos
  - Tabagismo

Mnemônico para avaliação da dor torácica: PQRST

- P - O que provocou a dor? O que piora ou melhora?
- Q - Qual a qualidade da dor? Faça com que o paciente descreva a dor, isto é, em pontada, contínua, ao respirar, etc.
- R - A dor tem aspectos de radiação? Onde a dor está localizada?
- S - Até que ponto a dor é severa? Faça com que o paciente classifique a dor numa escala de 1 a 10.
- T - Por quanto tempo o paciente está sentido a dor? O que foi tomado para diminuir a dor?

Associar história médica passada de: doença cardíaca ou pulmonar anterior, hipertensão, diabetes e medicamentos atuais

Sinais Vitais: Verifique PA e P. Observe hipotensão, hipertensão, pulso irregular, ritmo respiratório, cianose, perfusão periférica

Procedimentos diagnósticos: Monitorização Cardíaca e Eletrocardiograma, Oximetria

Encaminhamento para Área Vermelha:

- Dor torácica ou abdome superior acompanhada de náuseas, sudorese, palidez
- Dor torácica com alteração hemodinâmica
- Dor torácica e PA sistólica superior ou igual 180 mmHg , PAD igual ou superior a 120 mmHg;
- Pulso arrítmico ou FC superior a 120 bpm
- Taquidispnéia, cianose, cornagem, estridor (ruídos respiratórios)
- FR menor que 10 ou superior a 22

Avaliação da dor abdominal aguda

A dor abdominal aguda é uma queixa comum, caracterizando-se como sintoma de uma série de doenças e disfunções.

Obtenha a descrição da dor no que se refere a:

- Localização precisa
- Aparecimento
- Duração
- Qualidade
- Severidade
- Manobras provocativas ou paliativas

Sintomas associados: febre, vômitos, diarréia, disúria, secreção vaginal, sangramento.

Em mulheres em idade fértil considerar a história menstrual e tipo de anticoncepção

- Relacione a dor com:
  - Ingestão de medicamentos (particularmente antiinflamatórios e aspirina)
  - Náuseas e vômitos
  - Ingestão de alimentos (colecistite, úlcera)
  - Sangramentos
  - Disúria, urgência urinária, urina turva, hematúria, sensibilidade suprapúbica

- Observe:
  - Palidez, cianose, icterícia ou sinais de choque
  - Posição do paciente (ex. cólica renal o paciente se contorce)
  - Distensão, movimento da parede abdominal, presença de ascites
  - Apalpe levemente atentando para resistências, massas, flacidez e cicatrizes

Sinais Vitais: Observar hiperventilação ou taquicardia, Pressão Arterial, Temperatura

Procedimentos diagnósticos: Análise de urina

Eletrocardiograma (pacientes com história de riscos cardíacos)

Encaminhamentos para área Vermelha:

- Dor mais alteração hemodinâmica
- PAS menor que 90 ou maior que 180 / FC maior que 120 e menor que 50 / PAS >=180
- Dor mais dispnéia intensa
- Dispnéia intensa
- Vômitos incoercíveis, hematêmese

Avaliação da Saúde Mental

Uma avaliação rápida da Saúde Mental consiste na avaliação dos seguintes aspectos:

- Aparência

- Comportamento
- Discurso
- Pensamento, conteúdo e fluxo
- Humor
- Percepção
- Capacidade cognitiva
- História de dependência química

Aparência:

- Arrumada ou suja
- Desleixado, desarrumado
- Roupas apropriadas ou não
- Movimentos extraoculares

Comportamento:

- Estranho
- Ameaçador ou violento
- Fazendo caretas ou tremores
- Dificuldades para deambular
- Agitação

Pensamentos:

- Conteúdo Fluxo
- Suicida - aleatório, ao acaso
- Ilusional - lógico
- Preocupação com o corpo - tangencial
- Preocupação religiosa

Discurso:

- Velocidade
- Tom
- Quantidade

Humor:

- Triste
- Alto
- Bravo
- Com medo

- Sofrendo

Capacidade cognitiva:

- Orientado
- Memória
- Função intelectual

Percepção:

- Baseado na realidade
- Ilusões
- Alucinações

Agitação Psicomotora

Antecedentes Psiquiátricos

10.6.2. INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS DE CONTROLE DE RISCO PARA AS VISITAS AOS USUÁRIOS.

Para orientação aos visitantes, a Pró- Saúde utiliza-se de impresso denominado " Manual do Usuário", abaixo reproduzido. Este deverá ser adaptado as necessidades do hospital.

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.

ASSISTÊNCIA 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.

UNIDADE DE 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 CLÍNICA

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.

HOTELARIA

Fornecemos aos pacientes o "kit paciente" contendo:

- 02 lençóis;
- 01 fronha;
- 01 cobertor;
- 01 pijama/ camisola;
- 01 toalha de banho.

Fornecemos aos acompanhantes que permanecem no Hospital no horário de 21h às 07h, o "kit acompanhante" contendo:

- 01 lençol;
- 01 cobertor;

OBS: toalha de banho só será fornecida para o acompanhante mediante solicitação do Serviço Social.

A higiene do apartamento é realizada entre 09h e 12h. Entre 15h30min e 18h é realizada uma revisão. Qualquer intercorrência comunique à Enfermagem.

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, 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 :XXXXXXXXXXX

SAC / OUVIDORIA

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.

INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES (Pacientes, Visitantes e Acompanhantes)

O VISITANTE E ACOMPANHANTE DEVEM OBSERVAR AS SEGUINTES 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

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 X h
	Colação	A partir das X h
	Almoço	A partir das X h
	Lanche	A partir das X h
	Jantar	A partir das X h
	Ceia	A partir das X h

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 XXH ás XXH. É permitida a entrada de dois visitantes por vez para cada paciente.

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:

Os horários de visitas estão disponíveis nas recepções e qualquer dúvida, o

LOCAL	HORÁRIO
Unidade XXXX	XX h às XX h

visitante pode entrar em contato pelo telefone XXXXX.

NORMAS ESPECÍFICAS PARA VISITA NA ENFERMARIA:

O visitante deve respeitas 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	XX h às XX h
	XX h às XX h
	XX h às XX h

- 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

Os horários poderão ser adequados devido ao quantitativo da equipe.

- 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.

CONTATOS

TELEFONES:

Recepção Central: (XX) XXXXXXXXXX

SAC/Ouvidoria: (XX) XXXXXXXX

ATENDIMENTO

10.6.3. IMPLANTAÇÃO DE ORIENTAÇÕES QUANTO AS FORMAS DE ACOMODAÇÕES E CONDUTA PARA ACOMPANHANTES

Este item encontra-se descrito acima, no Manual do Usuário.

10.6.4. PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

Esta proposta encontra-se no item 8.3.4. ESTRUTURAÇÃO DA INFORMAÇÃO AOS USUÁRIOS, deste projeto.

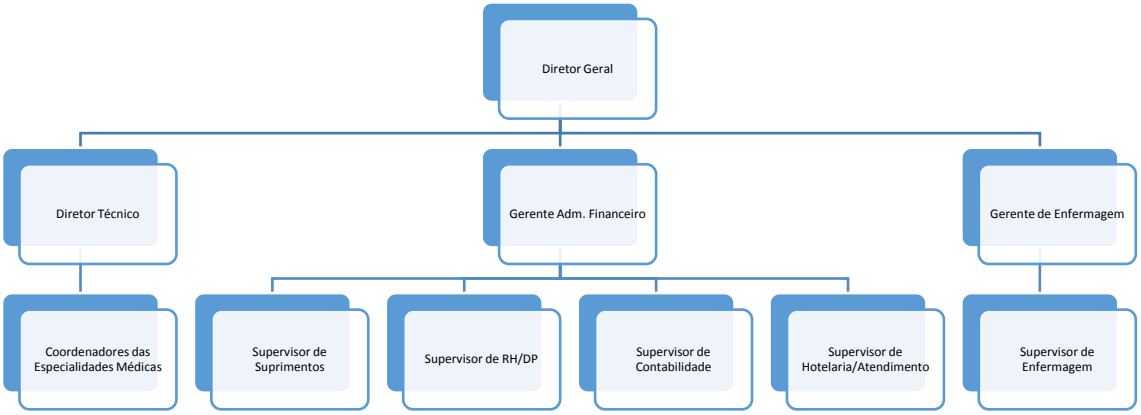
ITEM TÉCNICA

10.7. EXPERIENCIA ANTERIOR EM GERENCIA HOSPITALAR

No Anexo III encontram-se a documentação que comprova a experiência da Pró-Saúde em gerencia hospitalar.

10.8. ESTRUTRA DA DIREÇÃO

10.8.1. ORGANOGRAMA COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO.



DESCRIÇÃO DO CARGO

DIRETOR GERAL:

DESCRIÇÃO DE CARGOS		
CARGO Diretor Geral	DIRETORIA Geral	SETOR Diretoria
DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES		
✓ Cumprir e executar a política de gestão da Pró-Saúde e do hospital; ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual do Colaborador"; ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral; ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso; ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores; ✓ Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho; ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;		

- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores do hospital, propondo medidas que visem à melhoria continua na prestação de assistência hospitalar humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;
- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos e do dimensionamento de recursos humanos;
- ✓ Ser o representante legal da empresa, conforme termo outorgado e vigente pela mesma;
- ✓ Representar o Hospital frente os poderes governamentais, a comunidade e suas lideranças, expondo e debatendo, com elas, a assistência prestada, as necessidades sentidas, os programas em curso, as expectativas emergentes, os atos legais em vigor e a tendência do mercado;
- ✓ Realizar as despesas ordinárias do Hospital e obter, por escrito, a autorização da Pró-Saúde para as extraordinárias;
- ✓ Preparar e fazer a prestação de contas mensal, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela própria Pró-Saúde;
- ✓ Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira, apondo, em todos os documentos, seu visto, isto conjuntamente ao Diretor Administrativo Financeiro;
- ✓ Elaborar os contratos de prestação de serviços com terceiros, submetendo-os à apreciação e aprovação da Pró-Saúde.

DIRETOR GERENTE ADM. FINANCEIRO:

DESCRIÇÃO DE CARGOS		
CARGO	DIRETORIA	SETOR
Gerente Administrativo/ Financeiro		Diretoria
DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES		

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da Pró-Saúde e do hospital;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual do Colaborador";
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria continua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;
- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos e do dimensionamento de recursos humanos;
- ✓ Ser o representante legal da empresa, conforme termo outorgado e vigente pela mesma;
- ✓ Representar o Hospital frente os poderes governamentais, a comunidade e suas lideranças, expondo e debatendo, com elas, a assistência prestada, as necessidades sentidas, os programas em curso, as expectativas emergentes, os atos legais em vigor e a tendência do mercado;
- ✓ Ser o diretor geral interino, ou seja, substituir o Diretor Geral em seus impedimentos dentro dos limites de delegação e/ou fixados por este;
- ✓ Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;
- ✓ Preparar e fazer a prestação de contas mensal, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela própria Pró-Saúde;

- ✓ Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira, apondo, em todos os documentos, seu visto, isto conjuntamente ao Diretor Geral.

DIRETOR DE ENFERMAGEM:

DESCRIÇÃO DE CARGOS		
CARGO	DIRETORIA	SETOR
Gerente de Enfermagem		Diretoria

DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da Pró-Saúde e do HRPT;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual do Colaborador";
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria continua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;
- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a

Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;

- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos;
- ✓ Planejar, coordenar, implantar e avaliar a execução dos procedimentos de enfermagem, visando promover, preservar, recuperar e reabilitar a saúde individual ou coletiva, nas diversas unidades, isto assegurando uma assistência de Enfermagem humanizada e de qualidade;
- ✓ Planejar as atividades de Enfermagem, visando à satisfação das necessidades básicas dos usuários, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-as conforme as equipes, turnos e horários pré-definidos pela instituição;
- ✓ Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades de Enfermagem;
- ✓ Estabelecer sistemas de supervisão de enfermagem, associando-os aos processos de controle e educação.

DIRETOR TÉCNICO

DESCRIÇÃO DE CARGOS		
CARGO Diretor Técnico	DIRETORIA Técnica	SETOR Diretoria
DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES		

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da Pró-Saúde e do hospital;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual do Colaborador";
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos serviços sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria continua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;

- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;
- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos, além de um sistemas de avaliação de pessoal contínua;
- ✓ Dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à medicina;
- ✓ Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;
- ✓ Selecionar os prestadores de serviços médicos, definindo e provendo recursos humanos necessários ao atendimento médico nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando cuidado integral ao usuário;
- ✓ Manter, de cada médico, prontuário completo onde conste ao menos: Credenciamento ao Corpo Clínico médico, cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo e incisos do presente regulamento, documentos sobre possíveis ocorrências e comprovante de pagamento das anuidades ao Conselho Regional de Medicina.
- ✓ Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes médicas, bem como fazê-las cumprir;
- ✓ Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades do Corpo Clínico Médico;
- ✓ Estabelecer sistemas de supervisão médica, associando-os aos processos de controle e educação;
- ✓ Atender a convocação dos poderes públicos competentes, sempre que solicitado, para prestar informações.

10.8.2. TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR OU SAÚDE COLETIVA DOS MEMBROS DA DIRETORIA E COORDENAÇÕES.

Os certificados de experiência encontram-se no Anexo III deste projeto.

10.9. IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO

10.9.1. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE NA MEDICINA COMO NAS EMERGÊNCIAS E UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO.

Os protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de medicina interna e emergência encontram-se no Anexo I.

10.9.2. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS AMBULATÓRIOS E ENFERMARIAS, COM DESTAQUE PARA OS PLANTÕES E SOBREAVISOS

Os protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços ambulatório e enfermarias encontram-se no Anexo I.

10.9.3. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO/ENFERMARIAS, UTI, CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO E BLOCO CIRÚRGICO

Os protocolos de enfermagem das áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e Centro Cirúrgico encontram-se no Anexo I.

10.9.4. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E EMERGÊNCIA

Os protocolos de enfermagem das áreas emergência e ambulatório encontram-se no Anexo I.

10.9.5. QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA

O quadro de metas encontra-se no Item 10.4. deste projeto.

10.9.6. FUNCIONAMENTO 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 precípuo 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.

Dimensionamento de Pessoal

COLABORADORES	QTDE	CH	VINCULO
Assistente Social	03	30 h	CLT

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 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.

Normas e Rotinas

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.

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) Sensibilizar os familiares sobre a importância e necessidade da doação de sangue;

c) Orientar familiares quanto às normas e regulamentos do hospital;

d) Comunicar óbito aos familiares e orientá-los quanto às providências cabíveis de acordo com o procedimento operacional padrão para resolução de óbito hospitalar.

- 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;
- 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 devera conduzi-los ao velório para proceder à liberação do corpo;
- caso a família não disponha de jazigo, o sepultamento será feito no Cemitério Público XXXXX.

- 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 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.

10.9.4. ORGANNIZAÇÃO 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 da ortopedia, neurologia, pneumologia e de demais especialidades que o solicitem.

Estrutura organizacional

O serviço subordina-se à Diretoria Técnica do hospital.

Horário de funcionamento

O serviço funcionará 12 horas diárias.

Coordenação do serviço

A Coordenação será exercida exclusivamente fisioterapeuta devidamente inscrito no Conselho Regional de Fisioterapia – CREFITO.

Dimensionamento de Pessoal

COLABORADORES	QTDE	CH	VINCULO
Fisioterapeuta	12	30h	CLT

Dimensionamento necessário por turno .

Atribuições

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.

Normas e Rotinas

- Toda sessão de fisioterapia deverá ser realizada somente com prescrição médica.
- O profissional deverá passar diariamente nas unidades de internação, observando os pacientes com prescrição de fisioterapia.
- Deverá se aproximar do paciente explicando os procedimentos que serão realizados e se necessário solicitar ajuda da equipe de enfermagem ou do acompanhante.
- Todas as atividades realizadas deverão estar registradas em prontuário, devidamente assinado e carimbado.
-

10.9.7. FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL

Diretoria Geral do Hospital

É a autoridade funcional do Hospital, responsável pelo cumprimento das obrigações e metas previamente definidos em contrato, bem como pela implantação das diretrizes e políticas de gestão do hospital. Compete à Diretoria Geral cumprir e fazer cumprir o Manual de Gestão do serviço.

Horário de funcionamento

De segunda à sexta feira das 8h às 18h.

Dimensionamento de Pessoal

COLABORADORES	QTDE	CH	VINCULO
Diretor Geral	01	44h	CLT
Gerente Administrativo e. Financeiro	01	44h	CLT
Auxiliar Administrativa	01	44h	CLT

O desenvolvimento das ações da Diretoria Geral está vinculado às Diretrizes definidas no Manual de Gestão do Hospital.

10.9.8. NORMAS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAS NO HOSPITAL

AQUISIÇÃO DE MATERIAS E MEDICAMENTOS

COMPRAS PROGRAMADAS:

- **Receber Solicitação –** Receber a Solicitação de Compra no sistema conferindo se os itens não fazem parte dos grupos atendidos pela central de Compras e se todas as especificações do(s) item(ns) solicitadas estão devidamente informadas, após esta análise liberar ao comprador responsável.
- **Fazer contato com Fornecedor(es) –** Entrar em contato com Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando da necessidade do Hospital, solicitando o envio de uma proposta para fornecimento.
- **Receber proposta -** Receber a proposta e orçamentos do Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis.
- **Analisar propostas** - Analisar as informações enviadas pelo Fornecedor, se o produto cotado está correto, se a quantidade solicitada está correta e compara se o preço informado é igual ao da última compra.
- **Emitir Ordem de Compra** - Emitir Ordem de Compra com todas as informações acordadas com o Fornecedor, e anexar a esta todos os documentos relativos ao processo de compra: Solicitação de Compra, Orçamentos, e todo e qualquer outro documento que se relaciona ao processo.
- **Analisar e Aprovar as Ordens de Compra** – 1) Coordenador Compras; 2) Dir. Apoio; 3) Dir. Financeiro.
- **Confirmar a aquisição -** Entrar em contato com Fornecedor informando os itens a serem adquiridos, dentro das condições acertadas nas cotações e orçamentos, identificando o número da Ordem de Compra a que refere-se a aquisição, enviando uma cópia da OC para o Fornecedor.
- **Controlar Processo** - Arquivar todo o processo de aquisição, junto com uma cópia da OC em arquivo no Setor de Compras.
- **Encaminhar ao Setor de Recebimento** - Entregar no Setor de Recebimento a OC. e Ficha de Inspeção.
- **Verificar conclusão do processo de Compra -** Receber, todo o dia pela manhã, encaminhado pelo responsável do setor de Recebimento, Ficha de

Inspeção e as Ordens de Compra que estiverem com o prazo de entrega vencido, e entrar em contato com os Fornecedores para regularizar a situação.

COMPRAS DE CONSUMO DIRETO/ESTOQUE:

- **Receber Solicitação via Sistema** - Receber a Solicitação de Compra, verificando se todas as especificações do(s) item (ns) solicitadas estão devidamente informadas.
- **Definir prioridade da Solicitação e Liberar no sistema ao comprador Responsável pelo grupo** - Definir com o Comprador a prioridade de atendimento da Solicitação dentro da rotina diária dos pedidos.
- **Contatar Fornecedor(es)** - Entrar em contato com fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando da necessidade do Hospital, (produto, marca, quantidade, preço, prazo de pagamento, e prazo de entrega) e solicitando o envio de uma proposta para fornecimento. Este contato será realizado nas seguintes condições:
    - Até R$200,00, não é necessária a formalização de nenhuma cotação de preços, sendo o comprador autorizado a fazer a aquisição de forma direta.
    - De R$200,01 até R$999,99 é necessário documentar através de uma cotação de preços, com no mínimo 3 fornecedores, para que o comprador efetue a aquisição.
    - De R$1.000,00 em diante é necessário anexar ao processo de compras além da cotação de preços, os orçamentos enviados pelos fornecedores para documentar o processo.

  Nos casos de urgência, devidamente documentados no documento de Solicitação de Compras, pelo responsável pela solicitação, o comprador estará dispensado de formalizar a compra através de cotação ou orçamentos.
- **Receber propostas** - Receber as propostas e orçamentos dos fornecedores, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, inserindo as informações no Mapa de Cotação.
- **Analisar propostas -** Analisar as informações enviadas pelos fornecedores, escolhendo a melhor proposta, levando em conta preço, prazo de entrega e prazo de pagamento.
- **Confirmar a aquisição** - Entrar em contato com Fornecedor informando os itens a serem adquiridos, dentro das condições acertadas nas cotações e

orçamentos, identificando o número da Ordem de Compra a que refere-se a aquisição.

- **Emitir a Ordem de Compra -** Emitir Ordem de Compra com todas as informações acordadas com o Fornecedor, e anexar a este todos os documentos relativos ao processo de compra: Solicitação de Compra, Mapa de Cotação, Orçamentos, e todo e qualquer outro documento que se relaciona ao processo.
- **Aprovar Ordem de Compra** – Analisar e aprovar a Ordem de Compra, o processo de compra e a sua documentação. 1) Coordenador de Compras; 2) Diretor de Apoio.
- **Encaminhar ao Setor de Recebimento (Farmácia e Almoxarifado)** - Arquivar no Setor de Recebimento (Farmácia, SND, Eng.º Clinica e Hospitalar ou Almoxarifado) a Ordem de Compra, no arquivo de Ordem de Compras do Setor, arquivando as mesmas por data de recebimento.
- **Verificar conclusão do processo de Compra** - Verificar, todo o dia pela manhã, a existência de Ordens de Compra que estiverem com o prazo de entrega vencido, e entrar em contato com os Fornecedores para regularizar a situação.

COMPRA DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS

- **Solicitar novos materiais -** Sempre quando há necessidade de novos materiais para procedimentos, o cirurgião deve entrar em contato com a coordenadora do Centro Cirúrgico, a mesma deverá fazer uma solicitação por escrito com a descrição dos materiais que serão usados no procedimento e entregar ao setor de Compras/Consignados para providencias junto a Central de Compras e Fornecedores.

  Nota: Nos casos em que for necessário o uso de OPMs em procedimentos cirúrgicos, deverá ser fornecido pelo Setor de Consignados do HRBA, ficando terminantemente proibido ao Cirurgião, paciente internado ou aos seus familiares a compra de órtese, prótese, medicamentos e materiais cirúrgicos necessários ao seu tratamento, bem como a cobrança de qualquer valor financeiro para atendimento, uma vez que o hospital é uma instituição pública de atendimento e gratuito.

- **Entrar em contato com a Central de Compras -** Após receber a solicitação de compra autorizada pelo Diretor de Apoio, o Coordenador de Compras deverá entrar em contato com a Central de Compras, que irá negociar o menor preço (de preferência os que estão de acordo com a tabela SUS). Depois de fechada a

negociação informará ao setor de compras do hospital a empresa que irá fornecer os materiais, bem como prazo de entrega.

- **Realizar previsão de Material -** De acordo com o aviso de cirurgias, verificar quantidade de material de acordo com cada procedimento. Caso não se tenha material suficiente para o procedimento contatar cirurgião responsável pelo procedimento e repassar ao mesmo o material disponível. Se não houver material suficiente, o cirurgião deverá informar se vai haver a cirurgia ou não
- **Conferir o material antes a após as cirurgias** - Antes de o Cirurgião abrir a caixa, verificar na etiqueta preenchida pelo CME os materiais que foram entregues. Em caso de divergência entrar em contato com a Coordenação do setor e ao término do procedimento, conferir os materiais com base na descrição dos médicos.
- **Solicitar Reposição de OPM -** Verificar no sistema de controle o estoque atual, colocar o que tem e o que falta em cada caixa, quando uma delas é usada, conferir tudo o que tem dentro e se basear de acordo com as informações contidas nessa pasta e, automaticamente o que está faltando nessa análise é o que foi usado no procedimento. Após conferir os materiais que faltam nas caixas, preencher por completo o pedido de acordo com a empresa fornecedora, pegar a assinatura e o carimbo do cirurgião responsável pelo procedimento que usou a OPM e logo em seguida enviá-lo por fax.
- **Receber Reposição de OPM** - Após receber o material, conferir se realmente bate com a quantidade discriminada e se o valor de cada item está de acordo com a tabela SUS. Verificar se está identificado com o nome do paciente que usou o material e a data da cirurgia, número série, lote juntamente com o nome do médico e enviar para o CME.
- **Preparar processo de compra para pagamentos das Notas Fiscais -** Fazer o processo da ordem de compra, com a discriminação dos materiais, bem como seus valores, nome do paciente, da empresa que irá fornecer, nº do pedido, data da cirurgia, e nome do médico que realizou o procedimento, além da assinatura do comprador do material, do coordenador de compra e do Diretor Financeiro, e por fim, enviar a 1ª via à contabilidade, e a 2ª via para o faturamento.

COMPRA DE EMERGÊNCIA DE MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO

- **Receber Solicitação -** Receber a Solicitação de Compra no Sistema verificando se todas as especificações do(s) item(s) solicitadas estão devidamente informadas, após esta analise liberar ao comprador responsável.

- **Fazer contato com Fornecedores local -** Entrar em Contato com Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando a necessidade do Hospital.
- **Fazer contato com Hospital local (Parceiros) -** Entrar em contato com Diretor e/ou Responsável por suprimentos e/ou Farmácia dos Hospitais parceiros.
- **Fazer contato com Hospitais Administrados pela Pró-Saúde dentro do Estado** - Entrar em contato com Diretor e/ou Responsável por suprimentos e/ou Farmácia dos Hospitais Administrados pela Pró Saúde dentro do Estado
- **Efetuar a Compra e/ou empréstimo -** Em caso de empréstimo este deverá ser solicitado através Documento de Empréstimo através sistema ou em caso de compras seguir o procedimento esse procedimento no item ¨COMPRAS PROGRAMADAS".

Nota: Quando realizado empréstimo atentar-se para a reposição do produto antes da virada do mês.

RECEBIMENTO E GUARDA

Recebimento de Itens solicitados via hospital:

- **Receber Nota Fiscal e conferir com a Ordem de compra –** O almoxarifado recebe a nota fiscal do fornecedor e confere com a ordem de compras encaminhado anteriormente pelo setor de compras devidamente autorizada e assinada. Nunca receber uma nota fiscal sem a ordem de compra. Qualquer divergência na ordem de compras entrar em contato com o setor de compras para que imediatamente sejam realizadas alterações.
- **Conferir o produto –** O almoxarifado comunica o setor solicitante para realizar a conferência em conjunto, devendo ser observado: volumes entregues verificando o estado da embalagem dos produtos; setores solicitantes conferem os produtos quanto: espécie, quantidade, lote e validade. Após a conferência, assinar o canhoto da Nota Fiscal informando a data e o responsável pelo recebimento e concordando com a entrega. Carimba a Nota Fiscal com o carimbo de Recebimento, informando a data do recebimento, o nome do Colaborador responsável pelo recebimento da NF.
- **Verificar divergências -** Verificar a existência de divergência entre a Ordem de Compra/Pedido de Compra e a Nota Fiscal.
- **Verificar na NF valor inferior ou superior ao constante na OC/PC -** Verificar a existência de divergência de valor na NF em relação a OC/PC.

Verificar se a quantidade de produtos constantes na NF e na OC/PC está correta. Sendo as quantidades constantes da NF inferior a da OC/PC, anotar quais os itens e/ou quantidades estão divergentes/faltantes na própria OC/PC, tirar cópia da OC/PC, manter esta cópia com os itens faltantes no arquivo de Ordem de Compra do setor, aguardando a entrega posterior dos itens faltantes. Comunicar esta situação ao Setor de Compras.

- **Classificar os itens da Nota Fiscal** - Carimbar com o carimbo de classificação Contábil, no verso da Nota Fiscal, e classificar conforme os grupos contábeis, os valores dos itens constantes na NF.
- **Registrar e emitir documentos –** O auxiliar administrativo realiza a entrada e emite: relatório de entrada do produto, relatório contábil de entrada de produto e quando necessário o relatório de pendências. Em caso de Nota fiscal de medicamentos da Portaria 344/98 uma cópia deve ser entregue para a farmacêutica para ser arquivada.
- **Enviar o processo a contabilidade –** O auxiliar administrativo do almoxarifado encaminha o processo completo (NF e OC) para a contabilidade, protocolando a entrega. No caso de produtos do setor de almoxarifado serão conferidos e permanecerão na área de recebimento até a realização da entrada e liberação para armazenamento.
- **Arquivar 2ª via NF -** Arquivar por mês a 2ª via da NF em arquivo próprio.
- **Preencher Formulário de Inspeção de Recebimento** - Preencher o Formulário de Inspeção de Recebimento, informando as divergências e não conformidades que ocorreram no processo.

  Nota: O Formulário de Inspeção de Recebimento da Nutrição é específico:
  F.XXX.SND.001 - FICHA DE INSPEÇÃO NO RECEBIMENTO DE ALIMENTOS

Armazenar (exceto para itens da farmácia e nutrição) – Após a liberação do auxiliar administrativo, os materiais e medicamentos do setor de farmácia deverá ser encaminhado para a farmácia e os produtos de nutrição deverão ser enviados para a nutricionista, para todos os demais produtos ao armazenar seguir o armazenamento utilizando a data de vencimento para a organização das prateleiras de forma a facilitar a dispensação.

DISTRIBUIÇÃO

- **Receber Requisição –** Receber a requisição de materiais. As requisições serão recebidas diariamente de acordo com cronograma entregue aos setores. Serão

recebidas via sistema até às 10:30h e atendidas no mesmo dia. Solicitações feitas após esse horário serão entregues no dia seguinte.

- **Separar os itens para entregar aos Setores -** Separar os itens a serem entregues, conforme a solicitação feita pelos setores do Hospital.
- **Lançar baixa de Requisição de Material no Sistema Informatizado -** Registrar no Sistema Informatizado, a saída/consumo dos itens solicitados pelos setores e entregues pelo Almoxarifado.
- **Entregar produtos nos Setores -** Entregar nos Setores os produtos solicitados no Almoxarifado, acompanhados por uma cópia da Requisição de Materiais para conferência no setor solicitante.
- **Receber e conferir entrega dos produtos -** Receber e conferir, com base na cópia da solicitação os produtos entregues no setor e assinar recebimento.

10.9.9. PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAL

MEDICAMENTOS	UNID	VIA ADM
ACETAZOLAMIDA 250MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ACETILCISTEINA 100MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 3 ml	AMP	IM
ACICLOVIR 250MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IV
ACIDO ACETILSALICILICO 100MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ACIDO ASCORBICO 200MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 20 ML	FR	VO/SNG
ACIDO ASCORBICO 500MG/5 ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5ML	AMP	IM/IV
ACIDO FOLICO 5MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ACIDO TRANEXAMICO 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5ML	AMP	IM/IV
ACIDO VALPROICO 250MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ACIDO VALPROICO 250MG/5ML SOLUCAO ORAL FRASCO 100ML	FR	VO/SNG
ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS FRASCO 100 ML	FR	TOPICO
ADENOSINA 3MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	AMP	IV
AGUA ESTERIL PARA INJECAO AMPOLA 10ML	AMP	IV
AGUA ESTERIL PARA INJECAO BOLSA 1000ML	UND	IV
AGUA ESTERIL PARA INJECAO BOLSA 100ML	UND	IV
AGUA ESTERIL PARA INJECAO BOLSA 500ML	UND	IV
ALBENDAZOL 400MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ALBENDAZOL 40MG/ML SUSPENSAO ORAL FRASCO 10ML	FR	VO/SNG
ALBUMINA HUMANA 20% 20MG/ML SOLUCAO INJETAVEL FRASCO 20ML	FR	IV
ALFENTANILA 0,544MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5ML	AMP	IV
AMBROXOL 15MG/5ML XAROPE PEDIATRICO FRASCO 120ML	FR	VO/SNG
AMBROXOL 30MG/5ML XAROPE ADULTO FRASCO 120ML	FR	VO/SNG

AMICACINA 100MG/2ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	AMP	IM/IV
AMICACINA 500MG/2ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
AMIDO HIDROXIDOETILICO+CLORETO DE SODIO 500 ML SOLUCAO INJET		VO/SNG
AMINOFILINA 200MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
AMINOFILINA 24MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 10ML	AMP	IV
AMIODARONA 200MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
AMIODARONA 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 3ML	AMP	IV
AMITRIPTILINA 25MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
AMPICILINA 500MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
ANFOTERICINA B 50MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IV
ANLODIPINO 5MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ATENOLOL 25MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ATROPINA 0,25MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1ML	AMP	SC/IM/IV
ATROPINA 0,5% SOLUCAO OFTALMICA FRASCO 5ML	FR	TOPICO
AZATIOPRINA 50MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
BAMIFILINA 300 MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI PO LIOFILIZADO		IM/IV
BENZILPENICILINA POTASSICA 5.000.000 UI PO LIOFILIZADO		IM/IV
BETAMETASONA DIPROP 5MG+FOSF DISSOD BETAMETAZ AMPOLA 2 ML	AMP	IM
BROMOPRIDA 4MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 20ML	FR	VO/SNG
BROMOPRIDA 5MG/ ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	AMP	IM/IV
BUDESONIDA 0,25MG/ ML SUSPENSAO PARA NEBULIZACAO FRASCO 2ML	FR	INALAÇÃO
BUPIVACAINA 0,5% 5MG/ ML+GLICOSE 80MG/ML SOL INJET AMP 4ML		
CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
CARBAMAZEPINA 100 MG/5ML SUSPENSAO ORAL FRASCO 100ML	FR	VO/SNG
CARBAMAZEPINA 200MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
CARVAO ATIVADO PO ENVELOPE 30 GR		VO/SNG
CARVEDILOL 6,25MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
CEFALEXINA 250MG/5ML SOLUCAO ORAL FRASCO 60ML	FR	VO/SNG
CEFALEXINA 500MG CAPSULA		VO/SNG
CEFALOTINA 1G PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
CEFAZOLINA 1G PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
CEFEPIMA 1G PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
CEFTAZIDIMA 1G PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
CEFTRIAXONA 1G PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
CETAMINA 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	AMP	IM/IV
CETAMINA 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL FRASCO-AMPOLA 10ML	FR	IM/IV
CETILPERIDINO 25MG/ ML FRASCO 250 ML	FR	ORAL/BUCAL
CETOCONAZOL 20MG/G CREME TOPICO BISNAGA 30G		TOPICO
CETOPROFENO 100MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV

CICLOFOSFAMIDA 1000MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IV
CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRAGEA		VO/SNG
CICLOPENTOLATO 1% SOL OFTAMICA FRASCO 5 ML	FR	TOPICO
CILOSTAZOL 100MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
CIPROFLOXACINO 0,35% POMADA OFTALMICA 3,5 G		TOPICO
CIPROFLOXACINO 2MG/ML SOLUCAO INJETAVEL BOLSA 100ML	UND	IV
CIPROFLOXACINO 3MG/ML+DEXAMETASONA 1MG/ML SOLUCAO OFTALMICA		TOPICO
CIPROFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
CISATRACURIO 10MG/5ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5ML	AMP	IV
CLARITROMICINA 500MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IV
CLINDAMICINA 300MG/2ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	AMP	IM/IV
CLINDAMICINA 600 MG/4ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 4ML	AMP	IM/IV
CLONAZEPAM 2,5MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 20ML	FR	VO/SNG
CLONIDINA 0,100MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
CLOPIDOGREL 75MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
CLOREXEDINA 0,12% SOLUCAO COLUTORIA FRASCO 250ML	FR	ORAL/BUCAL
CLORPROMAZINA 25MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
CLORPROMAZINA 25MG/5ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5 ML	AMP	IM
COLAGENASE 0,6 UI/GR BISNAGA 30 GR	UND	TOPICO
DELTAMETRINA 0,02% SOLUCAO TOPICA FRASCO 100 ML	FR	TOPICO
DESMOPRESSINA SOLUCAO FRASCO 2,5 ML - SPRAY NASAL	FR	TOPICO
DEXAMETASONA 4MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
DEXAMETASONA 4MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2,5 ML	AMP	IM/IV
DEXCLORFENIRAMINA 2MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
DIAZEPAN 5MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
DIAZEPAN 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
DIGOXINA 0,25MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
DIMENIDRATO 30MG+PIRIDOXINA 50MG+GLICOSE 1G+FRUTOSE 1G 10 ML		IV
DIMENINDRATO 100MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
DIPIRONA 500 MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO GOTEJADOR 20 ML	FR	VO/SNG
DIPIRONA 500MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
DIPIRONA 500MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
DOBUTAMINA 250MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 20 ML	AMP	IV
DOMPERIDONA 1MG/ML SUSPENSAO ORAL FRASCO 100 ML	FR	VO/SNG
DOPAMINA 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL 10 ML		IV
DROPERIDOL 2,5 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	IM/IV
EFEDRINA 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	IM/IV
ENOXAPARINA 20MG/0,2ML SOL INJET SERINGA PRE-ENVASADA	UND	SC

ENOXAPARINA 40MG/0,4ML SOL INJETAVEL SERINGA PRE-ENVASADA	UND	SC
ENOXAPARINA 60MG/0,6 ML SOL INJETAVEL SERINGA PRE-ENVASADA	UND	SC
EPINEFRINA 1MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	SC/IM
ERGOMETRINA 0,2MG/ML 1 ML	AMP	IM
ESCOPOLAMINA 10MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 20 ML	FR	VO/SNG
ESCOPOLAMINA 20MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	SC/IM/IV
ESPIRONOLACTONA 100MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ESPIRONOLACTONA 25MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ESTREPTOQUINASE 1.500.000 UI		IV
ETOMIDATO 2 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 10 ML	AMP	IV
FENILEFRINA 10% SOLUCAO OFTALMICA FRASCO 5 ML	FR	TOPICO
FENITOINA 100MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
FENITOINA 100MG/5ML SOLUCAO ORAL FRASCO 100 ML	FR	VO/SNG
FENITOINA 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5 ML	AMP	IM/IV
FENOBARBITAL 100MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
FENOBARBITAL 100MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
FENOBARBITAL 4% 40MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 20 ML	FR	VO/SNG
FENOTEROL 5MG/ML SOLUCAO PARA INALACAO FRASCO 20 ML	FR	VO/INALAÇÃO
FENTANILA 0,05MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 10 ML	AMP	IM/IV
FENTANILA 0,05MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	SC/IM
FLUCONAZOL 150MG CAPSULA	CPS	VO
FLUCONAZOL 2MG/ML SOLUCAO INJETAVEL BOLSA 100 ML	UND	IV
FLUDROCORTISONA 0,1 MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
FLUMAZENIL 0,5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5 ML	AMP	IV
FLUORISCEINA 10MG/ML SOLUCAO OFTALMICA FRASCO 3 ML	FR	TOPICO
FLUOXETINA 20MG CAPSULA	CPS	VO/SNG
FOSFATO SODIO MONOFASICO+FOSF DIBASICO 130ML+CANULA LUBRIFIC	UND	RETAL
FUROSEMIDA 10MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
FUROSEMIDA 40MG	COMP	VO/SNG
GATIFLOXACINO 3% SOLUCAO OFTALMICA FRASCO 5 ML	FR	TOPICO
GEL HIDRATANTE COM ALGINATO DE CALCIO E SODIO 85 G	UND	TOPICO
GENTAMICINA 80 MG/2 ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
GLIBENCLAMIDA 5MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
GLICERINA SUPOSITORIO (INFANTIL)	UND	RETAL

GLUCONATO DE CALCIO 10% (100MG/ ML) SOL INJET AMPOLA 10 ML	AMP	IV
HALOPERIDOL 1MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
HALOPERIDOL 2MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 20 ML	FR	VO/SNG
HALOPERIDOL 5MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
HALOPERIDOL 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	IM/IV
HEPARINA 5000 UI/ML SOLUCAO INJETAVEL FRASCO 5 ML	FR	IV
HIDRALAZINA 50MG DRAGEA		VO/SNG
HIDRATO DE CLORAL 20% SOLUCAO ORAL FRASCO 100 ML	FR	VO/SNG
HIDROCLOROTIAZIDA 25MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
HIDROCORTISONA 100MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
HIDROCORTISONA 500MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
HIDROXIDO DE ALUMINIO 62MG/ ML SUSPENSAO ORAL FRASCO 240 ML	FR	VO/SNG
HIDROXIDO DE FERRO 100MG/5 ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5 ML	AMP	IV
HIPROMELOSE 2% SERINGA 2 ML	UND	TOPICO
IMIPENEM 500MG+CILASTATINA 500MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOL	FR	IV
IMUNOGLOBULINA ANTITETANICA AMPOLA 2 ML	AMP	IM
IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-RH 300MCG/2 ML SOL INJET AMP 2ML	AMP	IM
INSULINA NPH HUMANA 100 UI/ML SOLUCAO INJETAVEL FRASCO AMPOL	FR	SC
INSULINA REGULAR HUMANA 100UI/ML SOLUCAO INJETAVEL FRASC AMP	FR	SC
IPRATROPIO 0,25MG/ML SOLUCAO PARA INALACAO FRASCO 20 ML	FR	INALAÇÃO
ISOFLURANO SOLUCAO INALATORIA FRASCO 100 ML	FR	INALAÇÃO
ISOSSORBIDA (MONONITRATO) 20 MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
ISOSSORBIDA 10MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	IV
ISOXSUPRINA 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IV
LACTULOSE 667MG/ML XAROPE FRASCO 120 ML	FR	VO/SNG
LEVOBUPIVACAINA 0,5% S/ EPINEFRINA SOL INJET FRASCO 20 ML	FR	
LEVOBUPIVACAINA 0,5%+EPINEFRINA 5MCG/ML SOL INJET 20 ML	FR	
LEVOBUPIVACAINA ISOBARICA 5 MG/ML AMPOLA 4 ML	AMP	
LIDOCAINA 2% + EPINEFRINA SOLUCAO INJETAVEL TUBETE 1,8 ML		
LIDOCAINA 10% SPRAY TOPICO FRASCO 50 ML	FR	TOPICO
LIDOCAINA 2% SOLUCAO INJETAVEL TUBETE 1,8 ML		
LIDOCAINA 2% GELEIA TOPICA BISNAGA 30G		TOPICO
LIDOCAINA 2% SOLUCAO INJETAVEL FRASCO-AMPOLA 20 ML	FR	SC/IM/IV
LIDOCAINA 2%+EPINEFRINA 0,005MG/ML SOL INJET FRASCO	FR	

AMP 20ML		
LOSARTANA 50MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
MEROPENEM 500MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IV
METFORMINA 500MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
METILCELULOSE 2% SOL OFTALMICA FRASCO 30 ML	FR	TOPICO
METILDOPA 250MG	COMP	VO/SNG
METILPREDNISOLONA 500 MG FRASCO AMPOLA	FA	IM
METOCLOPRAMIDA 10MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
METOCLOPRAMIDA 4MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 10 ML	FR	VO/SNG
METOCLOPRAMIDA 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
METOPROLOL 5MG/5 ML SOL INJETAVEL	FR	IV
METRONIDAZOL + NISTATINA CREME VAGINAL BISNAGA 50 MG	UND	TOPICO
METRONIDAZOL 400MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
METRONIDAZOL 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL BOLSA 100 ML	UND	IV
MIDAZOLAM 15MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
MIDAZOLAM 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 10 ML	AMP	IM/IV
MIDAZOLAM 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 3 ML	AMP	IM/IV
MINOXIDIL 10 MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
MISOPROSTOL 100 MCG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
MITOMICINA C 5 MG FRASCO AMPOLA	FA	
MORFINA 0,2MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	SC/IM/IV
MORFINA 10 MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
MORFINA 1MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	AMP	SC/IM/IV
NALOXONA 0,4MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	SC/IM/IV
NEOSTIGMINA 0,5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	SC/IM/IV
NIFEDIPINO 10MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
NIFEDIPINO RETARD 20 MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
NIMESULIDA 50MG/ ML SOLUCAO ORAL FRASCO 15 ML	FR	VO/SNG
NIMODIPINO 30MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
NISTATINA + OXIDO DE ZINCO POMADA	UND	TOPICO
NISTATINA 100.000UI/ML SUSPENSAO ORAL FRASCO 50 ML	FR	VO/SNG
NITROFURASONA 2MG/G BISNAGA 30G	UND	TOPICO
NITROGLICERINA 5MG/ML AMPOLA 10 ML	AMP	IV
NITROPRUSSIATO DE SODIO 25MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IV
NOREPINEFRINA 8MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 4 ML	AMP	IV
OLEO MINERAL FRASCO 100 ML	FR	VO/SNG
OMEPRAZOL 20MG CAPSULA		VO/SNG

OMEPRAZOL 40MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IV
ONDASETRONA 2MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IV
OXACILINA 500MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
OXITOCINA 5UI/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	IV
PALMITATO DE RETINOL+COLECALCEFIROL+OXIDO DE ZINCO POMADA	UND	TOPICO
PAPAINA GEL 10% BISNAGA	UND	TOPICO
PARACETAMOL 200MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 15 ML	FR	VO/SNG
PARACETAMOL 500MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
PERMANGANATO DE POTASSIO 100 MG TOPICO COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
PETIDINA 100 MG SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA DE 2 ML	AMP	IV
PILOCARPINA 4% SOLUCAO OFTALMICA FRASCO 10 ML	FR	TOPICO
PIPERACILINA 4G+TAZOBACTAM 0,5G PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IV
POLIESTIRENOSULFONATO DE CALCIO 30G ENVELOPE	UND	VO/RETAL
POLIMIXINA B 500.000 UI FRASCO	FR	IV
PREDNISONA 20MG	COMP	VO/SNG
PREDNISONA 5MG	COMP	VO/SNG
PROMETAZINA 25 MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
PROMETAZINA 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
PROPOFOL 10MG/ML EMULSAO INJETAVEL FRASCO-AMPOLA 20 ML	FR	IV
PROPRANOLOL 40MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
PROTAMINA 1000UI/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5 ML	AMP	IV
PROXIMETACAINA 5MG/ML SOLUCAO OFTALMICA FRASCO 5 ML	FR	TOPICO
RANITIDINA 150MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
RANITIDINA 25MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
RETINOL + ASSOCIACOES 3,5 G (VITAMINA A + ASSOCIACOES)	UND	TOPICO
ROCURONIO 10MG/ML SOLUCAO INJETAVEL FRASCO AMPOLA 5 ML	FA	IV
SEVOFLURANO SOLUCAO INALATORIA FRASCO 250 ML	FR	INALAÇÃO
SIMETICONA 75MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 10 ML	FR	VO/SNG
SINVASTATINA 10MG	COMP	VO/SNG
SOLUCAO ACIDA POLIELETROLITICA DIALISE 3,5 MEQ/L 5 LT	UND	
SOLUCAO ACIDA POLIELETROLITICA DIALISE CA 2,5MEQ/L 5 LT	UND	
SOLUCAO CLORETO DE SODIO 20% INJETAVEL AMPOLA 10 ML	AMP	
SOLUCAO DE BICARBONATO DE SODIO 8,4% POLIELETROL DIALISE 5 LT	UND	
SOLUCAO DE BICARBONATO DE SODIO 8,4% SOL INJET AMPOLA 10 ML	AMP	SC/IV

SOLUCAO DE BICARBONATO DE SODIO 8,4% SOL INJET BOLSA 250 ML	UND	IV
SOLUCAO DE CLORETO DE POTASSIO 10% INJETAVEL AMPOLA 10 ML	AMP	IV
SOLUCAO DE CLORETO DE POTASSIO 19,1% INJETAVEL AMPOLA 10 ML	AMP	IV
SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 0,9% INJETAVEL AMPOLA 10 ML	AMP	IV
SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 0,9% INJETAVEL BOLSA 100 ML	UND	IV
SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 0,9% INJETAVEL BOLSA 1000 ML	UND	IV
SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 0,9% INJETAVEL BOLSA 250 ML	UND	IV
SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 0,9% INJETAVEL BOLSA 500 ML	UND	IV
SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 10% INJETAVEL AMPOLA 10 ML	AMP	IV
SOLUCAO DE DIALISE PERITONIAL 1,5 % BOLSA 2,5 LT+EQUIPO EM Y	UND	
SOLUCAO DE DIALISE PERITONIAL 2,5% BOLSA 2,5 LT+EQUIPO EM Y	UND	
SOLUCAO DE DIALISE PERITONIAL 4,25% BOLSA 2,5 LT+EQUIPO EM Y	UND	
SOLUÇÃO DE GLICOSE 10% BOLSA 500 ML	UND	IV
SOLUCAO DE GLICOSE 10% INJETAVEL BOLSA 250 ML	UND	IV
SOLUCAO DE GLICOSE 25% AMPOLA 10 ML	AMP	IV
SOLUCAO DE GLICOSE 5% INJETAVEL BOLSA 100 ML	UND	IV
SOLUCAO DE GLICOSE 5% INJETAVEL BOLSA 250 ML	UND	IV
SOLUCAO DE GLICOSE 5% INJETAVEL BOLSA 500 ML	UND	IV
SOLUCAO DE GLICOSE 50% INJETAVEL AMPOLA 10 ML	AMP	IV
SOLUCAO DE MANITOL 20% INJETAVEL BOLSA 250 ML	UND	IV
SOLUCÃO DE RINGER COM LACTATO INJETAVEL BOLSA 500 ML	UND	IV
SOLUCAO DE RINGER SIMPLES INJETAVEL BOLSA 500 ML	UND	IV
SOLUCAO SALINA BALANCEADA BOLSA 500 ML	UND	
SUCCINILCOLINA 100 MG SOLUCAO INJETAVEL FRASCO AMPOLA 5 ML	FA	IV
SUFENTANILA 50 MCG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	IM/IV
SUFENTANILA 5MCG/ ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
SULFADIAZINA DE PRATA 1% CREME TOPICO BISNAGA 50G	UND	TOPICO
SULFADIAZINA DE PRATA 1% CREME TOPICO POTE 400G	UND	TOPICO
SULFAMETOXAZOL 200MG+TRIMETROPIMA 40MG/5ML SOL ORAL 100ML	FR	VO/SNG
SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETROPIMA 80MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
SULFAMETOXAZOL 400MG+TRIMETROPIMA 80MG AMPOLA 5 ML	AMP	

SULFATO DE MAGNESIO 1 MCG/ ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 10ML	AMP	IM/IV
SULFATO FERROSO 125MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 30 ML	FR	VO/SNG
TEICOPLANINA 400MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
TENOXICAM 20MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
TENOXICAM 20MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IM/IV
TERBUTALINA 0,05MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	SC/IV
TETRACAINA 10 MG/ML+FENILEFRINA 1MG/ML+AC BORICO SOL OFTAL	UND	TOPICO
TIAMINA 100MG SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	IV
TIOCOLCHICOSIDEO 4 MG SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
TIOPENTAL 1G PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IV
TOBRAMICINA + DEXAMETASONA SOLUCAO OFTALMICA FRASCO	FR	TOPICO
TOBRAMICINA 0,3% SOLUCAO OFTALMICA FRASCO 5 ML	FR	TOPICO
TRAMADOL 50MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
TRAMADOL 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1 ML	AMP	IM/IV
TRAMADOL 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM/IV
TROPICAMIDA 1% SOLUCAO OFTALMICA FRASCO 5ML	FR	TOPICO
VANCOMICINA 500MG PO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLA	FA	IV
VARFARINA 5MG COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
VITAMINA A+D FRASCO 10 ML	FR	VO/SNG
VITAMINA DO COMPLEXO B COMPRIMIDO	COMP	VO/SNG
VITAMINA DO COMPLEXO B SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP	IM
BASILIXMABE 20 MG	AMP	Transplante
IMUNOGLOBULINA (COELHO) ANTITIMÓCITOS 25 MG	AMP	Transplante
MICOFENOLATO DE SODIO 180 MG	COMP	Transplante
MICOFENOLATO DE SODIO 360 MG	COMP	Transplante
TACROLIMUS 1 MG	COMP	Transplante
TACROLIMUS 5 MG	COMP	Transplante

MATERIAL	UNIDADE
ABAIXADOR LÍNGUA ESPÁTULA DE MADEIRA. DESCARTÁVEL	PCT
ABSORVENTE FEMININO EM ABAS	PCT
AGULHA DE PUNCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA 16G	UNIDADE
AGULHA DE PUNCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA 17G	UNIDADE
AGULHA DESCARTÁVEL HIPODÉRMICA. TAMANHO 13 X 4.5. ESTÉRIL	UNIDADE
AGULHA DESCARTÁVEL HIPODÉRMICA. TAMANHO 20 X 5.5.	UNIDADE

ESTÉRIL.	
AGULHA DESCARTÁVEL HIPODÉRMICA. TAMANHO 25 X 7.0. ESTÉRIL.	UNIDADE
AGULHA DESCARTÁVEL HIPODÉRMICA. TAMANHO 25 X 8.0. ESTÉRIL	UNIDADE
AGULHA DESCARTÁVEL HIPODÉRMICA. TAMANHO 30 X 8.0. ESTÉRIL	UNIDADE
AGULHA DESCARTÁVEL HIPODÉRMICA. TAMANHO 40 X 12.0 ESTÉRIL	UNIDADE
AGULHA PARA ANESTESIA RAQUIDIANA. 17G X 3.1/2 POLEGADAS	UNIDADE
AGULHA PARA ANESTESIA RAQUIDIANA. 18G X 3.1/2 POLEGADAS	UNIDADE
AGULHA PARA ANESTESIA RAQUIDIANA. 22G X 3.1/2 POLEGADAS	UNIDADE
AGULHA PARA ANESTESIA RAQUIDIANA. 25 G. 3.1/2 POLEGADAS	UNIDADE
AGULHA PARA ANESTESIA RAQUIDIANA. 27G X 3.1/2 POLEGADAS	UNIDADE
ALGODÃO HIDRÓFILO ROLO COM 500 GRAMAS	UNIDADE
ALGODAO HIDROFILO, EM BOLAS, PACOTE COM 100 GRAMAS	UNIDADE
ALMOTOLIA EM PLÁSTICO RÍGIDO ÂMBAR. 500 ML BICO RETO LONGO	UNIDADE
ALMOTOLIA EM PLÁSTICO RÍGIDO TRANSPARENTE 500 ML BICO RETO LONGO	UNIDADE
APARELHO DE TRICOTOMIA DESCARTÁVEL	UNIDADE
ATADURA TIPO ALGODÃO ORTOPÉDICO. 10CM X 1.0M	UNIDADE
ATADURA TIPO ALGODÃO ORTOPÉDICO. 12CM X 1.0M	UNIDADE
ATADURA TIPO ALGODÃO ORTOPÉDICO. 15CM X 1.0M	UNIDADE
ATADURA TIPO ALGODÃO ORTOPÉDICO. 20CM X 1.0M	UNIDADE
ATADURA TIPO CREPOM. MEDINDO 06CM X 4.5M	UNIDADE
ATADURA TIPO CREPOM. MEDINDO 08CM X 4.5M	UNIDADE
ATADURA TIPO CREPOM. MEDINDO 10CM X 4.5M	UNIDADE
ATADURA TIPO CREPOM. MEDINDO 12CM X 4.5M	UNIDADE
ATADURA TIPO CREPOM. MEDINDO 15CM X 4.5M	UNIDADE
ATADURA TIPO CREPOM. MEDINDO 20CM X 4.5M	UNIDADE
ATADURA TIPO GESSADA RÁPIDA. MEDINDO 10CM X 3M	UNIDADE
ATADURA TIPO GESSADA RÁPIDA. MEDINDO 12CM X 3M	UNIDADE
ATADURA TIPO GESSADA RÁPIDA. MEDINDO 15CM X 3M	UNIDADE
ATADURA TIPO GESSADA RÁPIDA. MEDINDO 20CM X 3M	UNIDADE
AVENTAL DESCARTÁVEL EM NÃO TECIDO	UNIDADE
BISTURI DESCARTÁVEL P/ MICROCIRURGIA INCISÃO CORNEANA 15º	UNIDADE
BISTURI DESCARTÁVEL P/ MICROCIRURGIA INCISÃO CORNEANA 2.7MM	UNIDADE
BISTURI DESCARTÁVEL P/ MICROCIRURGIA INCISÃO CORNEANA 5.2MM	UNIDADE
BOLSA DE COLOSTOMIA ADULTO PEÇA ÚNICA DRENAVEL	UNIDADE
BOLSA DE COLOSTOMIA DESCARTÁVEL 30MM	UNIDADE
BOLSA DE COLOSTOMIA DESCARTÁVEL 50MM	UNIDADE
BOLSA DE COLOSTOMIA INFANTIL PEÇA ÚNICA DRENAVEL	UNIDADE
BOLSA DE COLOSTOMIA PARA NEONATOLOGIA	UNIDADE
CADARÇO SARJADO ACHATADO BRANCO 12MM X 10M	UNIDADE
CAL SODADA EM GRANULOS ALTA CAPACIDADE DE ABSORCÃO DE CO2	UNIDADE

CÂNULA DE GUEDEL. Nº 4	UNIDADE
CÂNULA DE GUEDEL. Nº 5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA. Nº 00	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA. Nº 01	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA. Nº 02	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA. Nº 03	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA. Nº 04	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA. Nº 05	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA. Nº 06	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA. Nº 07	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 2.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 2.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 3.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 3.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 4.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 4.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 5.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 5.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 6.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 6.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 7.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 7.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 8.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 8.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL COM CUFF Nº 9.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 3.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 3.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 4.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 4.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 5.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 5.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 6.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 6.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 7.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 7.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 8.0	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 8.5	UNIDADE
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA. DESCARTÁVEL SEM CUFF Nº 9.0	UNIDADE
CANULA P/ ASPIRAÇÃO DE MEDULA OSSEA C/ EMPUNHADORA ERGONOMICA	UNIDADE
CÂNULA PARA BIÓPSIA DE TECIDOS MOLES, DE GUILHOTINA, COM DISPARO SEMI-AUTOMÁTICO,TAMANHO 16G X 150MM	UNIDADE
CÂNULA PARA BIÓPSIA DE TECIDOS MOLES, DE GUILHOTINA, COM DISPARO SEMI-AUTOMÁTICO,TAMANHO 18G X 200MM	UNIDADE

CAPA DESCARTÁVEL PARA PROTEÇÃO DE EQUIPAMENTO DE LAPAROSCOPIA	UNIDADE
CAPA PARA COLCHÃO ANTI - ESCARAS TIPO CAIXA DE OVO	UNIDADE
CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE TLC 75MM (AZUL-TECIDO NOMAL)	UNIDADE
CATETER CURTO PERIFERICO Nº 14	UNIDADE
CATETER CURTO PERIFERICO Nº 16	UNIDADE
CATETER CURTO PERIFERICO Nº 18	UNIDADE
CATETER CURTO PERIFERICO Nº 20	UNIDADE
CATETER CURTO PERIFERICO Nº 22	UNIDADE
CATETER CURTO PERIFERICO Nº 24	UNIDADE
CATETER DUPLO LUMEN PARA HEMODIÁLISE CURVO 11,5FR X 15CM	UNIDADE
CATETER DUPLO LUMEN PARA HEMODIÁLISE CURVO 11,5FR X 20CM	UNIDADE
CATETER DUPLO LUMEN PARA HEMODIÁLISE RETO 11,5FR X 15CM	UNIDADE
CATETER DUPLO LUMEN PARA HEMODIÁLISE RETO 11,5FR X 20CM	UNIDADE
CATETER PARA DIÁLISE PERITONEAL COM 1 CUFF 30CM	UNIDADE
CATETER PARA DIÁLISE PERITONEAL COM 1 CUFF 42CM	UNIDADE
CATETER PARA DIÁLISE PERITONEAL COM 2 CUFFS 09FR X 31CM	UNIDADE
CATETER PARA DIÁLISE PERITONEAL COM 2 CUFFS 12FR X 37CM	UNIDADE
CATETER PARA DIÁLISE PERITONEAL COM 2 CUFFS 42CM	UNIDADE
CATETER PARA EMBOLECTOMIA ARTERIAL COM CUFF Nº 4.0	UNIDADE
CATETER PARA EMBOLECTOMIA ARTERIAL COM CUFF Nº 5.0	UNIDADE
CATETER PARA EMBOLECTOMIA ARTERIAL COM CUFF Nº 7.0	UNIDADE
CATETER PARA OXIGÊNIO TIPO ÓCULOS.	UNIDADE
CATETER PARA PUNÇÃO VENOSA CENTRAL. Nº 16	UNIDADE
CATETER PARA PUNÇÃO VENOSA CENTRAL. Nº 19	UNIDADE
CATETER PARA PUNÇÃO VENOSA CENTRAL. Nº 22	UNIDADE
CATETER TRIPLO LUMEN, PARA HEMODIÁLISE CURVO 12FR X 20 CM	UNIDADE
CATETER TRIPLO LUMEN, PARA HEMODIÁLISE RETO 12FR X 20 CM	UNIDADE
CATETER UMBILICAL NUMERO 3.5	UNIDADE
CERA PARA OSSO - ENVELOPE COM 2.5 GRAMAS	UNIDADE
CLAMP PARA BOLSA DE COLOSTOMIA. DESCARTÁVEL. PLÁSTICO	UNIDADE
CLAMP UMBILICAL TIPO PINÇA TAMANHO ÚNICO	UNIDADE
COLAR CERVICAL PHILADELPHIA TAMANHO G	UNIDADE
COLAR CERVICAL PHILADELPHIA TAMANHO M	UNIDADE
COLAR CERVICAL PHILADELPHIA TAMANHO P	UNIDADE
COLCHÃO ANTI - ESCARAS TIPO CAIXA DE OVO	UNIDADE
COLETOR DE MATERIAL PERFUROCORTANTE. CAPACIDADE 13 LITROS	UNIDADE
COLETOR DE MATERIAL PERFUROCORTANTE. CAPACIDADE 7 LITROS	UNIDADE
COLETOR DE URINA 24H RETANGULAR 2000ML	UNIDADE
COLETOR DE URINA ESTÉRIL 50ML	UNIDADE
COLETOR DE URINA INFANTIL UNISSEX	UNIDADE
COLETOR DE URINA NÃO ESTÉRIL 50ML	UNIDADE

COLETOR DE URINA PARA USO EM INCONTINÊNCIA Nº 04	UNIDADE
COLETOR DE URINA PARA USO EM INCONTINÊNCIA Nº 05	UNIDADE
COLETOR DE URINA PARA USO EM INCONTINÊNCIA Nº 06	UNIDADE
COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO COM BARBANTE 2000ML	UNIDADE
COLETOR DE URINA. SISTEMA ABERTO FRASCO DE 1200ML	UNIDADE
COLETOR DE URINA. SISTEMA FECHADO ESTÉRIL BOLSA DE 2000ML	UNIDADE
COMPRESSA CIRÚRGICA. CAMPO OPERATÓRIO. NÃO DESCARTÁVEL 45CM X 50CM	UNIDADE
COMPRESSA DE GAZE ABERTA TIPO QUEIJO 91 CM X 91 M	UNIDADE
COMPRESSA DE GAZE HIDRÓFILA ESTERILIZADA 7.5CM X 7.5CM PACOTE COM 10 UNIDADES.	UNIDADE
COMPRESSA DE GAZE HIDRÓFILA NÃO ESTÉRIL. 7.5CM X 7.5CM PACOTE COM 500 UNIDADES.	UNIDADE
CURATIVO DE CARBOXIMETILCELULOSE SÓDICA 10CM X 10CM	UNIDADE
CURATIVO DE CARBOXIMETILCELULOSE SÓDICA 15CM X 15CM	UNIDADE
CURATIVO DE FILME TRANSPARENTE DE POLIURETANO 10CM X 12CM	UNIDADE
CURATIVO DE FILME TRANSPARENTE DE POLIURETANO 6CM X 9CM	UNIDADE
CURATIVO DE FILME TRANSPARENTE DE POLIURETANO 7CM X 8.5CM	UNIDADE
CURATIVO DE FILME TRANSPARENTE DE POLIURETANO 8.5CM X 10.5CM	UNIDADE
CURATIVO DE HIDROCOLÓIDE SEM BORDA 10CM X 10CM	UNIDADE
CURATIVO DE HIDROCOLÓIDE SEM BORDA 20CM X 20CM	UNIDADE
DIALISADOR DE POLISSULFONA DE BAIXO FLUXO F10	UNIDADE
DIALISADOR DE POLISSULFONA DE BAIXO FLUXO F5	UNIDADE
DIALISADOR DE POLISSULFONA DE BAIXO FLUXO F6	UNIDADE
DIALISADOR DE POLISSULFONA DE BAIXO FLUXO F7	UNIDADE
DIALISADOR DE POLISSULFONA DE BAIXO FLUXO F7 - USO ÚNICO	UNIDADE
DIALISADOR DE POLISSULFONA DE BAIXO FLUXO F8	UNIDADE
DISPOSITIVO DE CIRCUNCISÃO DESCARTÁVEL PLASTIBELL -1.2CM	UNIDADE
DISPOSITIVO DE CIRCUNCISÃO DESCARTÁVEL PLASTIBELL -1.5CM	UNIDADE
DISPOSITIVO DE CIRCUNCISÃO DESCARTÁVEL PLASTIBELL -1.7CM	UNIDADE
DOSADOR ORAL 10ML COM TAMPA	UNIDADE
DOSADOR ORAL 3ML COM TAMPA	UNIDADE
DOSADOR ORAL 5ML COM TAMPA	UNIDADE
DRENO DE KHER N° 10 3.5MM	UNIDADE
DRENO DE KHER N° 12 4.0MM	UNIDADE
DRENO DE KHER N° 14 4.5MM	UNIDADE
DRENO DE KHER N° 16 5.5MM	UNIDADE
DRENO DE KHER N° 18 6.0MM	UNIDADE
DRENO DE PENROSE Nº 01	UNIDADE
DRENO DE PENROSE Nº 02	UNIDADE
DRENO DE PENROSE Nº 03	UNIDADE
DRENO DE PENROSE Nº 04	UNIDADE
DRENO DE SUCÇÃO ESTÉRIL 3.2MM X 1.8 SIST. FECHADO DE	UNIDADE

ASPIRAÇÃO SANFONADO C/ PINÇA CLAMP - 500ML	
DRENO DE SUCÇÃO ESTÉRIL 4.8MM X 1.16 SIST. FECHADO DE ASPIRAÇÃO SANFONADO C/ PINÇA CLAMP - 500ML	UNIDADE
DRENO DE SUCÇÃO ESTÉRIL 6.4MM X 1.16 SIST. FECHADO DE ASPIRAÇÃO SANFONADO C/ PINÇA CLAMP - 500ML	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 12	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 14	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 16	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 18	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 20	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 22	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 24	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 26	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 28	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 30	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 32	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 34	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 36	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 38	UNIDADE
DRENO TUBULAR TORÁXICO Nº 40	UNIDADE
ELETRODO DE MONITOR CARDÍACO ADULTO	UNIDADE
ELETRODO DE MONITOR CARDÍACO INFANTIL	UNIDADE
ELETRODO DE MONITOR CARDÍACO REDDOT NEONATAL	UNIDADE
ELETRODO TEMPORARIO BIPOLAR P/ MARCAPASSO	UNIDADE
EQUIPO MACROGOTAS COM CÂMARA DE GOTEJAMENTO FLEXÍVEL E INJETOR LATERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO - BRASINO K102	UNIDADE
EQUIPO MACROGOTAS COM CÂMARA DE GOTEJAMENTO FLEXÍVEL E INJETOR LATERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO - HARTMANN	UNIDADE
EQUIPO MACROGOTAS P/ BOMBA DE INFUSÃO CELM	UNIDADE
EQUIPO MACROGOTAS PARA INFUSÃO DE SOLUÇÕES FOTOSSENSÍVEIS COM CÂMARA DE GOTEJAMENTO FLEXÍVEL E INJETOR LATERAL	UNIDADE
EQUIPO MICROGOTAS COM PINÇA ROLETE E INJETOR EM Y	UNIDADE
EQUIPO MICROGOTAS. CÂMARA GRADUADA DE CAPACIDADE IGUAL OU ACIMA DE 150 ML E INJETOR LATERAL	UNIDADE
EQUIPO PARA ADMINISTRAÇÃO DE DIETAS ENTERAIS COM CÂMARA DE GOTEJAMENTO FLEXÍVEL	UNIDADE
EQUIPO PARA MEDIDA DE PRESSÃO VENOSA CENTRAL COM CÂMARA DE GOTEJAMENTO FLEXÍVEL E INJETOR LATERAL	UNIDADE
EQUIPO PARA TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA	UNIDADE
ESCOVA DUPLA FACE PARA ANTI-SEPSIA DAS MÃOS E ANTE-BRAÇOS, COM PVPI	UNIDADE
ESCOVA DUPLA FACE PARA ANTI-SEPSIA DAS MÃOS E ANTE-BRAÇOS, SEM PVPI	UNIDADE
ESFIGMOMANÔMETRO ADULTO	UNIDADE
ESFIGMOMANÔMETRO INFANTIL	UNIDADE
ESPARADRAPO IMPERMEÁVEL 10CM x 4,5M	UNIDADE
ESTETOSCOPIO TIPO DUO SONIC - ADULTO	UNIDADE

ESTETOSCOPIO TIPO DUO SONIC - PEDIATRICO	UNIDADE
EXTENSÃO ST PARA BOMBA DE SERINGA 60 CM	UNIDADE
FAIXA SMARCH NÃO ESTÉRIL TAM. 08CM	UNIDADE
FAIXA SMARCH NÃO ESTÉRIL TAM. 10CM	UNIDADE
FAIXA SMARCH NÃO ESTÉRIL TAM. 12CM	UNIDADE
FAIXA SMARCH NÃO ESTÉRIL TAM. 15CM	UNIDADE
FILTRO COM BARREIRA TOTAL A BACTERIA E A VIRUS	UNIDADE
FILTRO DE AR PARA INCUBADORA VISION 2186	UNIDADE
FIO CIRURGICO ALGODÃO BRANCO (FITA) DIAM. O COMP. 0,35 X 80CM	UNIDADE
FIO CIRURGICO ALGODÃO TORCIDO AZUL DIAM. 0/0 SEM AGULHA	UNIDADE
FIO CIRURGICO ALGODÃO TORCIDO AZUL DIAM. 2/0 SEM AGULHA	UNIDADE
FIO CIRURGICO ALGODÃO TORCIDO AZUL DIAM. 3/0 SEM AGULHA	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO 1/0 70CM AG.1/2 CÍRC ROMBA 90MM	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO 1/0 75CM AG.1/2 CÍRC ROBUSTA 40MM	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO 2/0 COMP. 70CM AGULHA 1/2 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO 3/0 COMP. 75CM AGULHA 3/8 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO 4/0 COMP. 75CM AGULHA 1/2 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO DIAM. 0 COMP. 70 C / AG 1/2 CIRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO DIAM. 1 COMP. 70 C / AG 1/2 CIRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT SIMPLES 3/0 COMP. 75CM AGULHA 3/8 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT SIMPLES 4/0 COMP. 75CM AGULHA 1/2 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO CATGUT SIMPLES LAÇADO 2/0 COMP. 150CM 1/2 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO LINHO 0/0 COMP. 75CM AGULHA 3/8 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO LINHO 2/0 COMP. 70CM AGULHA 3/8 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO LINHO 3/0 COMP. 75CM AGULHA 3/8 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO MONOSYN* INCOLOR 3/0 COMP. 70CM AGULHA 1/2 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO MONOSYN* INCOLOR 4/0 COMP. 45CM AG 3/8 TRIANG	UNIDADE
FIO CIRURGICO MONOSYN* INCOLOR 4/0 COMP. 70CM AGULHA 1/2 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO MONOSYN* INCOLOR 5/0 COMP. 45CM AG. 3/8 TRIANG	UNIDADE
FIO CIRURGICO MONOSYN* INCOLOR 5/0 COMP. 70CM AGULHA 1/2 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO NYLON MONOFILAMENTAR PRETO DIAM. 10/0 COMP. 30 C/ AG 3/8 CÍRCULO ESPÁTULA 6,2 MM	UNIDADE
FIO CIRURGICO NYLON PRETO 0/0 COMP. 45CM AGULHA 3/8 TRIANG.	UNIDADE
FIO CIRURGICO NYLON PRETO 2/0 COMP. 45CM AGULHA 3/8 CÍRC	UNIDADE

TRIANG	
FIO CIRURGICO NYLON PRETO 3/0 COMP. 45CM AGULHA 3/8 CIRC TRIANG	UNIDADE
FIO CIRURGICO NYLON PRETO 4/0 COMP. 45CM AGULHA 3/8 CIRC TRIANG	UNIDADE
FIO CIRURGICO NYLON PRETO 5/0 COMP. 45CM AGULHA 3/8 CÍRC TRIANG	UNIDADE
FIO CIRURGICO NYLON PRETO 6/0 COMP. 45CM AGULHA 1/2 CÍRC TRIANG	UNIDADE
FIO CIRURGICO NYLON PRETO 8/0 COMP. 30CM AGULHA 1/4 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO POLIPROPILENO AZUL DIAM. 10/0 COMP. 30CM COM 2XAG RETA ESPÁTULA 16MM	UNIDADE
FIO CIRURGICO PREMICRON* POLIESTER VERDE 5/0 75CM AG.1/2 CIR	UNIDADE
FIO CIRURGICO PREMILENE* AZUL 0/0 COMP. 75CM AGULHA 1/2 CIRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO PREMILENE* AZUL 2/0 COMP. 50 AG 3/8 CÍRCULAR	UNIDADE
FIO CIRURGICO PREMILENE* AZUL 2/0 COMP. 75CM 2XAG. 1/2 CÍRC.	UNIDADE
FIO CIRURGICO PREMILENE* AZUL 3/0 COMP. 75CM 2XAG. 1/2 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO PREMILENE* AZUL 4/0 COMP. 75CM 2XAG. 1/2 CÍRC.	UNIDADE
FIO CIRURGICO PREMILENE* AZUL 5/0 COMP. 75CM 2XAG. 1/2 CÍRC.	UNIDADE
FIO CIRURGICO PREMILENE* AZUL 6/0 COMP. 75CM 2XAG. 3/8 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO PREMILENE* AZUL 7/0 COMP. 60CM 2XAG. 3/8 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL QUINCK* INCOLOR 4/0 70CM AG. 1/2 CÍRC	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL VIOLETA 4/0 AG 15MM 1/2 TRIANG 45CM	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* INCOLOR 4/0 45CM AG. 3/8 CÍRC TRIANG	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* INCOLOR 5/0 45CM AG. 3/8 CÍRC. TRIANG.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* VIOLETA 0 70CM AG. 3/8 CÍRC. CIL.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* VIOLETA 0/0 90CM AG. 1/2 CÍRC. CIL.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* VIOLETA 1 90CM AG. 1/2 CÍRC. CIL.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* VIOLETA 2/0 70CM AG. 1/2 CÍRC. CIL.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* VIOLETA 2/0 70CM AG. 1/2 CÍRC. TRIANG.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* VIOLETA 2/0 70CM AG. 3/8 CÍRC. TRIANG.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* VIOLETA 3/0 70CM AG. 1/2 CÍRC. CIL.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* VIOLETA 5/0 70CM AG. 1/2 CÍRC. RETANG.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SAFIL* VIOLETA 6/0 45CM AG. 1/4 CÍRC. ESP.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SEDA PRETA 0/0 75CM AG. 3/8 CÍRC. CIL.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SEDA PRETA 2/0 COMP. 70CM AG. 3/8 CÍRC. CIL.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SEDA PRETA 3/0 COMP. 45CM AG. 1/2 CÍRC. TRIANG.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SEDA PRETA 3/0 COMP. 75CM AG. 3/8 CIRC. CIL.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SEDA PRETA 4/0 COMP. 45CM AG. 3/8 CÍRC. CIL.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SEDA PRETA DIAM. 1/0 COMP. 10X75CM SEM AGULHA	UNIDADE
FIO CIRURGICO SEDA PRETA DIAM. 2/0 COMP. 10X75CM SEM AGULHA	UNIDADE

FIO CIRURGICO SYNTHOFIL* POLIÉSTER VERDE 1/0 75CM AG. 1/2 TRIANG.	UNIDADE
FIO CIRURGICO SYNTHOFIL* POLIÉSTER VERDE 2/0 75CM AG 1/2 TRIANG.	UNIDADE
FIO CIRURGICO VICRYL INCOLOR DIAM. 7/0 COMP. 45CM COM 2XAG 3/8 CÍRCULO ESPÁTULA 65MM,	UNIDADE
FIO DE AÇO DIAM. 0, C/ AG. 26MM 1/2 CIRCULO CILINDRICA	UNIDADE
FIO DE AÇO DIAM. 2, SEM AGULHA, 3 X 60CM	UNIDADE
FIO DE AÇO DIAM. 5 CCS (8)FIOS, C/ AG. 48MM 1/2 TRIANG. 45CM	UNIDADE
FIO MONOCRYL INCOLOR 4/0 COMP. 45 CM AG. 3/8 TRIANG. 16MM	UNIDADE
FIO PDS II VIOLETA DIAM. 6/0 COMP. 70 CM AG. 1/2 CILIND.	UNIDADE
FIO PROLENE AZUL 2 COMP 50CM AG. 3/8 TRIANGULAR 75MM	UNIDADE
FITA ADESIVA HOSPITALAR BRANCA. 19MM X 50M	UNIDADE
FITA MICROPOROSA 1,2CM X 10M	UNIDADE
FITA MICROPOROSA 10CM X 10M	UNIDADE
FITA MICROPOROSA 2,5CM X 10M	UNIDADE
FITA MICROPOROSA 5CM X 10M	UNIDADE
FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO TAMANHO G	UNIDADE
FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO TAMANHO M	UNIDADE
FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO TAMANHO P	UNIDADE
FRALDA DESCARTÁVEL INFANTIL TAMANHO G	UNIDADE
FRALDA DESCARTÁVEL INFANTIL TAMANHO M	UNIDADE
FRALDA DESCARTÁVEL INFANTIL TAMANHO P	UNIDADE
FRASCO P/ DIETA ENTERAL TRANSPARENTE, CAPACIDADE 300ML	UNIDADE
FRASCO P/ DIETA ENTERAL TRANSPARENTE, CAPACIDADE 500ML	UNIDADE
GRAMPEADOR CIRCULAR CURVO 33MM (VERDE)	UNIDADE
GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE TLC 75MM (C/ CARGA AZUL-TECIDO NOMAL)	UNIDADE
HASTE FLEXÍVEL EM POLIPROPILENO. COM ALGODÃO HIDRÓFILO NAS EXTREMIDADES	CAIXA
HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL APROXIMADAMENTE 5,5CM X 7,5CM	UNIDADE
INFUSOR 2 VIAS COM CLAMP	UNIDADE
INFUSOR NEO 2 VIAS COM CLAMP	UNIDADE
ISOLADOR CONDUTOR DE PRESSÃO PARA HEMODIÁLISE	UNIDADE
KIT CATETER PARA NEFROSTOMIA EM SILICONE, 5ML 4,0MM, N°12FR	UNIDADE
KIT CESAREA COM PGA	KIT
KIT DE GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA 20FR X 3,5CM	UNIDADE
KIT PARA ANESTESIA EPIDURAL EM AÇO INOXIDÁVEL. CALIBRE 16G	KIT
KIT PARA ANESTESIA EPIDURAL EM AÇO INOXIDÁVEL. CALIBRE 18G	KIT
LÂMINA DE BISTURI EM AÇO INOXIDÁVEL Nº 11	CAIXA
LÂMINA DE BISTURI EM AÇO INOXIDÁVEL Nº 15	CAIXA
LÂMINA DE BISTURI EM AÇO INOXIDÁVEL Nº 20	CAIXA
LÂMINA DE BISTURI EM AÇO INOXIDÁVEL Nº 22	CAIXA
LÂMINA DE BISTURI EM AÇO INOXIDÁVEL Nº 23	CAIXA
LÂMINA DE BISTURI EM AÇO INOXIDÁVEL Nº 24	CAIXA

LANTERNA CLINICA EM METAL	UNIDADE
LENÇOL DESCARTÁVEL. EM PAPEL	UNIDADE
LINHA ARTERIAL 8MM COM CATABOLHAS PARA HEMODIÁLISE	UNIDADE
LINHA VENOSA 8MM COM CATABOLHAS PARA HEMODIÁLISE	UNIDADE
LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL Nº 6.0	PAR
LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL Nº 6.5	PAR
LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL Nº 7.0	PAR
LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL Nº 7.5	PAR
LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL Nº 8.0	PAR
LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL Nº 8.5	PAR
LUVA DE PROCEDIMENTO EM PLÁSTICO	PAR
LUVA DE PROCEDIMENTO. TAMANHO GRANDE	CAIXA
LUVA DE PROCEDIMENTO. TAMANHO MÉDIO	CAIXA
LUVA DE PROCEDIMENTO. TAMANHO PEQUENO	CAIXA
LUVA DE VINIL TRANSPARENTE, TAMANHO P	CAIXA
MADEIRA PLASTICA C/ ADAPTADOR AO SEIO P/ RETIRADA DE LEITE	UNIDADE
MALHA TUBULAR EM TECIDO 08CM X 15M	UNIDADE
MALHA TUBULAR EM TECIDO 10CM X 15M	UNIDADE
MALHA TUBULAR EM TECIDO 12CM X 15M	UNIDADE
MALHA TUBULAR EM TECIDO 15CM X 15M	UNIDADE
MALHA TUBULAR EM TECIDO 20CM X 15M	UNIDADE
MANTA TÉRMICA PARA O CONTROLE DE TEMPERATURA	UNIDADE
MÁSCARA CIRÚRGICA. DESCARTÁVEL PCT. C/ 100 UND	PCT
MÁSCARA DESCARTÁVEL ESPECÍFICA PARA ISOLAMENTO	UNIDADE
PERFURADOR DE MEMBRANA AMINIÓTICA	UNIDADE
PROTETOR DE CATETER DO TIPO LUER - LOCK	UNIDADE
PROTETOR OCULAR PARA FOTOTERAPIA TAM. G	UNIDADE
PROTETOR OCULAR PARA FOTOTERAPIA TAM. M	UNIDADE
PROTETOR OCULAR PARA FOTOTERAPIA TAM. P	UNIDADE
PULSEIRA IDENTIFICAÇÃO PACIENTE ADULTO NA COR BRANCA.	UNIDADE
PULSEIRA IDENTIFICAÇÃO PACIENTE INFANTIL NA COR BRANCA.	UNIDADE
PULSEIRA IDENTIFICAÇÃO PACIENTE RECÉM NASCIDO NA COR BRANCA.	UNIDADE
SACO PARA ÓBITO TAMHANHO GRANDE 0.90CM X 2.10M	UNIDADE
SACO PARA ÓBITO TAMHANHO MÉDIO 0.60CM X 1.50M	UNIDADE
SACO PARA ÓBITO TAMHANHO NEO 0.30CM X 0.60CM	UNIDADE
SACO PARA ÓBITO TAMHANHO PEQUENO 0.50CM X 1.00M	UNIDADE
SAPATILHA DESCARTÁVEL PACOTE C/ 100 UND	PCT
SCALP Nº 19.	UNIDADE
SCALP Nº 21	UNIDADE
SCALP Nº 23	UNIDADE
SCALP Nº 25.	UNIDADE
SCALP Nº 27	UNIDADE
SERINGA DESCARTÁVEL 10ML	UNIDADE

SERINGA DESCARTÁVEL 1ML	UNIDADE
SERINGA DESCARTÁVEL 20ML	UNIDADE
SERINGA DESCARTÁVEL 3ML	UNIDADE
SERINGA DESCARTÁVEL 5ML	UNIDADE
SERINGA DESCARTÁVEL 60 ML	UNIDADE
SERRA DE GIGLE. EM AÇO INOXIDÁVEL. COM 50 CM PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA. COM EXCELENTE CORTE.	UNIDADE
SISTEMA PARA DRENAGEM MEDIASTINA DE 2000ML	UNIDADE
SISTEMA PARA DRENAGEM MEDIASTINA DE 500ML	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 06	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 08	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 10	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 12	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 14	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 16	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 18	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 20	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 22	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS COM CUFF Nº 24	UNIDADE
SONDA FOLLEY 3 VIAS COM CUFF Nº 16	UNIDADE
SONDA FOLLEY 3 VIAS COM CUFF Nº 18	UNIDADE
SONDA FOLLEY 3 VIAS COM CUFF Nº 20	UNIDADE
SONDA FOLLEY 3 VIAS COM CUFF Nº 22	UNIDADE
SONDA FOLLEY 3 VIAS COM CUFF Nº 24	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 02	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 04	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 06	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 08	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 10	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 12	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 14	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 16	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 18	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA. TIPO LEVINE. Nº 20	UNIDADE
SONDA PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SEM VÁLVULA Nº 04	UNIDADE
SONDA PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SEM VÁLVULA Nº 06	UNIDADE
SONDA PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SEM VÁLVULA Nº 07	UNIDADE
SONDA PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SEM VÁLVULA Nº 08	UNIDADE
SONDA PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SEM VÁLVULA Nº 10	UNIDADE
SONDA PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SEM VÁLVULA Nº 12	UNIDADE
SONDA PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SEM VÁLVULA Nº 14	UNIDADE
SONDA PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SEM VÁLVULA Nº 16	UNIDADE
SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL COM FIO GUIA 08FR	UNIDADE
SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL COM FIO GUIA 10FR	UNIDADE

SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL COM FIO GUIA 12FR	UNIDADE
SONDA URETRAL Nº 02	UNIDADE
SONDA URETRAL Nº 04	UNIDADE
SONDA URETRAL Nº 06	UNIDADE
SONDA URETRAL Nº 08	UNIDADE
SONDA URETRAL Nº 10	UNIDADE
SONDA URETRAL Nº 12	UNIDADE
SONDA URETRAL Nº 14	UNIDADE
SONDA URETRAL Nº 16	UNIDADE
SONDA URETRAL Nº 20	UNIDADE
TALA EM ALUMÍNIO COM ESPUMA ANTIALÉRGICA PARA IMOBILIZAÇÃO 12MM X 180MM	UNIDADE
TALA EM ALUMÍNIO COM ESPUMA ANTIALÉRGICA PARA IMOBILIZAÇÃO 12MM X 250MM	UNIDADE
TALA EM ALUMÍNIO COM ESPUMA ANTIALÉRGICA PARA IMOBILIZAÇÃO 16MM X 180MM	UNIDADE
TALA EM ALUMÍNIO COM ESPUMA ANTIALÉRGICA PARA IMOBILIZAÇÃO 16MM X 250MM	UNIDADE
TALA EM ALUMÍNIO COM ESPUMA ANTIALÉRGICA PARA IMOBILIZAÇÃO 19MM X 180MM	UNIDADE
TALA EM ALUMÍNIO COM ESPUMA ANTIALÉRGICA PARA IMOBILIZAÇÃO 19MM X 250MM	UNIDADE
TALA EM ALUMÍNIO COM ESPUMA ANTIALÉRGICA PARA IMOBILIZAÇÃO 26MM X 180MM	UNIDADE
TALA EM ALUMÍNIO COM ESPUMA ANTIALÉRGICA PARA IMOBILIZAÇÃO 26MM X 250MM	UNIDADE
TAMPA PARA RECIRCULAÇÃO	UNIDADE
TERMÔMETRO CLINICO ANALOGICO	UNIDADE
TERMÔMETRO CLINICO DIGITAL	UNIDADE
TERMOMETRO DIGITAL COM ALARME MAXIMA E MINIMA	UNIDADE
TIRA REAGENTE PARA TESTE DE GLICEMIA CAIXA COM 50 UNIDADES	CAIXA
TORNEIRA DESCARTÁVEL DE TRÊS VIAS	UNIDADE
TOUCA CIRÚRGICA DESCARTÁVEL PACOTE C/ 100 UND	PCT
TUBO DE SILICONE Nº 204 PACOTE COM 15 METROS	PCT
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF Nº 2.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF Nº 4.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF Nº 4.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM CUFF Nº 4.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM CUFF Nº 4.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM CUFF Nº 5.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM CUFF Nº 5.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM CUFF Nº 6.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM CUFF Nº 6.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM CUFF Nº 7.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM CUFF Nº 7.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM CUFF Nº 8.0	UNIDADE

TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 3.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 3.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 4.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 4.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 5.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 5.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 6.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 6.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 7.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 7.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 8.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 8.5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 9.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL DUPLO LÚMEN (ROBERT SHAW), Nº 37	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF Nº 3.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF Nº 3.5	UNIDADE
VESSEL LOOP - CADARÇO VASCULAR (1X406MM) ENVELOPE COM 2 UND	UNIDADE

10.9.10. CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS SERVIÇOS DE LIMPEZA E VIGILÂNCIA.

Caso haja terceirização de algum serviço, este deverá seguir os pré-requisitos da norma ISO 9001 que tem como objetivo garantir a qualidade no atendimento aos requisitos estabelecidos pelo cliente, seja na prestação de serviços ou na fabricação de produtos.

Os pré-requisitos que devem ser observados são:

1. A empresa deve estar formalizada, possuir um CNPJ;

2. Atendimento a legislação pertinente ao seu negócio;

3. Implementação de 6 procedimentos obrigatórios (controle de documentos, controle de registros, ação preventiva, ação corretiva, controle de produtos não conforme e auditoria interna);

4. Implementação do manual da qualidade, política e objetivos da qualidade;

5. Mapeamento e interação entre processos.

10.10. CIÊNCIA E TECNOLOGIA

10.10.1. CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ENTIDADES DE ENSINO PARA DESENVOLVIMENTO DE ESTÁGIOS CURRICULARES, TREINAMENTOS E RESIDÊNCIAS.

Acreditando que o poder das ideias compartilhadas, recursos e experiências ajudam a desenvolver com qualidade os trabalhos institucionais, a Pró-Saúde pretende expandir suas parcerias com diferentes organizações como estratégia para importantes mudanças sociais. Como tal, as parcerias são ferramentas eficazes no sentido de agregar força e legitimidade às políticas públicas, na perspectiva de uma gestão compartilhada que reforce e complemente ações planejadas. Para a manutenção dos grandes desafios institucionais ao longo do ano, entendemos que a manutenção das parcerias institucionais deve sustentar as discussões, isto porque novos desafios são lançados para o surgimento do fazer acontecer as ações planejadas.

Nesta perspectiva a Pró-Saúde, alicerçada na celebração de convênios, promoverá a melhoria continuada da educação.

É intenção da OS promover parceiras com a Universidades e Escolas Técnicas possibilitando o acesso de alunos as dependências do hospital, buscando a certificação de Hospital Escola junto ao Ministério da Educação e Cultura.

Quanto às residências multiprofissionais, uma vez iniciadas as atividades no hospital, será discutida junto ao Governo do Estado, uma parceria com a Universidade do Pará e a elaboração de um projeto de residência multiprofissional, que posteriormente será enviada ao Ministério da Educação e da Saúde para aprovação.

10.10.2. PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES DE ENSINO E PESQUISA

A Pró-Saúde tem como prática promover parcerias entre os seus hospitais com instituições de ensino, visando o desenvolvimento de projetos de pesquisa na área de saúde, bem como através de cooperação técnica com estas instituições para estágios curriculares e treinamentos.

O Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo, mediante solicitação prévia e contrato com instituições de ensino, poderá ser campo de estágios para os cursos de graduação, especialização e pós-graduação, com interesse nos serviços prestados, sejam de entidades públicas ou privadas.

Como hospital de ensino servirá também de campo de pesquisa para as diversas áreas. Para o desenvolvimento destas, os projetos devem ter sido previamente aprovados pelo CEP da instituição.

Sempre que houver interesse poderá ser realizado cursos específicos, dentro do panorama hospitalar, para os profissionais da SES e hospitais da região.

10.10.3. PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES DE ENSINO

A Pró-Saúde, visando o desenvolvimento e capacitação dos profissionais, tem estruturado cursos de atualização para os diversos profissionais que atuam no hospital.

Possui também parceria com a ***FACULDADE INESP – Instituto Nacional de Ensino Superior e Pesquisa***, estabelecimento de ensino superior, com sede no município de Jacareí, mantida pelo *FAPESA - FUNDO DE APOIO À PESQUISA, ENSINO E EXTENSÃO EDUCACIONAL S/C LTDA*., Sociedade Civil de Direito Privado.

10.10.4. EDUCAÇÃO EM SAÚDE/CAPACITAÇÃO

NEP – Núcleo de Educação Permanente em Saúde

Serviço responsável por atuar no desenvolvimento dos Recursos Humanos (Médicos, Enfermagem e demais trabalhadores do Hospital) através da educação contínua com vistas à qualidade da intervenção, em todas as áreas e profissionais do Hospital. 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 SESPA, visando ações voltadas à comunidade.

EDUCAÇÃO PERMANENTE (T&D):

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 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 Estadual de Saúde; Apresentação da Rede de Urgência e Emergência e o perfil assistencial do município;

- Apresentação do Perfil Assistencial específico para cada Unidade;
- Apresentação das Normas Administrativas e Trabalhistas;
- Apresentação de Rotinas e Instruções de Trabalho de Biossegurança, Infecção Hospitalar, Comissões e outras;
- Apresentação de Rotinas e Instruções de Trabalho específicas por categoria profissional;
- Visita de reconhecimento da 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.**

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
Brigada de Incêndio	16	Brigadistas
Curso para Cipeiros	08	Cipeiros
Oficina de Humanização	08	Todos
Fundamentos de Enfermagem	04	Enfermagem
Administração de Medicações	04	Enfermagem
Curativos	04	Enfermagem
Gerenciamento de Risco	08	Enfermagem
Acolhimento e Classificação de Risco	16	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 responsável pela área solicitante. A eficácia dos treinamentos (média baixo de 5) o serviço deverá notificar a área solicitante do treinamento avaliado, sobre a ação corretiva a ser tomada a fazer o registro.
- **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.

MANUAL DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Na sequência é apresentado o Manual de Educação Permanente, o qual norteará as ações pertinentes.

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 “feedback” 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 avaliado 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 trabalhados 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.

10.11. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

10.11.1. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES.

O clima organizacional pode ser definido como os reflexos de um conjunto de valores, comportamentos e padrões formais e informais que existem em uma organização (cultura) e, representa a forma como cada colaborador percebe a empresa e sua cultura, e como ele reage a isso. É o indicador do grau de satisfação dos funcionários em relação a diferentes aspectos da cultura da Organização, tais como: política de gestão de pessoas, modelo de gestão, missão, visão, valores, comunicação e valorização profissional. Resumindo, clima organizacional é a percepção coletiva que as pessoas têm da empresa.

O Projeto Gestão do Clima Organizacional tem como objetivo obter uma análise do ambiente interno da organização, para levantar pontos de insatisfação e buscar soluções a essas demandas. FOMENTAR um ambiente de trabalho favorável ao desenvolvimento profissional e organizacional, através de uma equipe conscientizada, integrada, participativa e motivada é o diferencial de um modelo de gestão do clima com vinculação direta aos resultados da pesquisa.

Etapas do processo:

- Alinhamento estratégico com RH e planejamento;

- Campanha de Comunicação e sensibilização interna;

- Aplicação do diagnóstico;

- Tratamento estatístico dos dados coletados;

- Análise dos resultados;

- Elaboração do Relatório Corporativo;

- Apresentação dos resultados para RH e diretoria.

A pesquisa de Clima Organizacional estará presente no Plano estratégico da instituição e deverá subsidiar anualmente as decisões que promovam o elevado nível de satisfação dos funcionários.

Cabe a Diretoria de posse do relatório, analisar os dados e definir as estratégias a serem adotadas.

10.11.2. PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL E CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PROPOSIÇÃO DE CONDUTAS PARA COMBATER O ABSENTEÍSMO E ESTIMULAR A PRODUÇÃO.

APRESENTAÇÃO

A construção de uma política de gestão de pessoas surge como uma estratégia, com base nas premissas pertinentes à gestão de pessoas, nas rotinas, missão, visão e valores da instituição, bem como nas necessidades identificadas na Pesquisa de Clima Organizacional.

A política de gestão de pessoas do Hospital busca agregar, integrar, incentivar, desenvolver, manter e acompanhar os funcionários, bem como a valorização e consecução dos nossos objetivos e estratégias organizacionais. Neste sentido, esta política reforça a ideia de que na moderna administração de recursos humanos e a gestão de pessoas estão em um conjunto integrado de processos dinâmicos e interativos, nos quais no hospital foram sistematizados e desenvolvidos no MODELO GERENCIAL de GESTÃO POR COMPETÊNCIAS baseados na visão metodológica de Maria Odete Rabaglio, buscando definir os perfis para cada cargo, bem como permitindo captar, avaliar e desenvolver, nos diferentes níveis da organização, as competências necessárias para o bom desenvolvimento do cargo e o alcance dos objetivos organizacionais, permitindo instrumentalizar o RH e os Gestores a uma prática de GESTÃO DE PESSOAS com foco aos critérios inseridos e clareza, isso por meio de ferramentas consistentes, objetivas, mensuráveis, personalizadas e construídas com base nas atribuições dos cargos (Descrição de Cargos).

OBJETIVO

A política irá permitir ao Hospital descrever a política de gestão de pessoas, suas premissas, normas, regulamentos e procedimentos voltados à implantação e implementação da GESTÃO POR COMPETÊNCIAS visando estabelecer um bom fluxo de comunicação interna e maior facilidade para atingir as metas e objetivos na convivência coletiva.

COMPETÊNCIAS

Competências são conhecimentos, habilidades e atitudes específicas para cada cargo, o que os torna diferenciais de qualidade e excelência nos resultados.

METODOLOGIA: MARIA ODETE RABAGLIO

O MODELO GERENCIAL DE GESTÃO POR COMPETÊNCIAS de Maria Odete Rabaglio foi escolhido por oferecer uma medodologia prática com instrumentos personalizados capazes de mensurar as competências e estar mais próximo da visão e atividades da empresa.

MODELO GERENCIAL DE GESTÃO DE COMPETÊNCIAS

A Gestão por Competências, de acordo com Maria Odete Rabaglio, é "o conjunto de ferramentas práticas, consistentes e objetivas que torna possível instrumentalizar o RH e os gestores para fazer a Gestão de Desenvolvimento de Pessoas, com foco, critério e clareza. Isto é feito através de ferramentas mensuráveis, personalizadas e estabelecidas com base nas atribuições dos cargos".

Estas ferramentas propiciam o conhecimento do perfil de competências de cada cargo da empresa e meios para identificar a compatibilidade entre o perfil do cargo e dos candidatos a preencher as vagas, visando uma seleção eficaz de talentos específicos para cada cargo e o desenvolvimento das mesmas.

Para tanto, a Gestão por Competências apresenta alguns subsistemas que permitem a melhor compreensão de seu modelo gerencial.

Competências Organizacionais

A definição das competências organizacionais assume um papel importante na estruturação de implantação e implementação da gestão por competências, uma vez que o objetivo da mesma é potencializar as competências organizacionais no perfil comportamental dos colaboradores, propiciando o desenvolvimento e o crescimento profissional e pessoal do mesmo.

Mapeamento e mensuração de competências do cargo

O mapeamento das competências do cargo é a estratificação criteriosa e organizada dos conhecimentos, habilidades e atitudes intrínsecas ao cargo tendo como indicador as atribuições dos cargos contidas na Descrição de Cargos da empresa. Portanto, a Descrição de cargos atualizada é a ferramenta-chave que fornece a base de identificação das competências específicas para cada cargo.

Vale ressaltar que a mensuração das competências também apresenta a descrição de Cargos como indicadores de competências. Deste modo, a base da mensuração é a quantidade de indicadores de competência apresentado na descrição de cada cargo.

Como subdividimos as competências em grupos, cada grupo foi compreendido como uma unidade. Sendo assim, cada competência do grupo identificada nas atribuições do cargo, foram consideradas como uma indicação. Portanto, quanto mais indicações da competência, maior o grau de evidência do grupo de competências no cargo. Desta forma, o grau de cada grupo de competência é definido pelo número de indicações da competência correlacionada e apresentada na descrição de cada cargo, sendo:

Metodologia e conceitos aplicados para a mensuração de todos os cargos.

GRAU	Nº DE INDICAÇÕES	SIGNIFICADO	CONCEITO	CORRESPONDENTE
1	0	Inexistente	Não há evidência do grupo de competências no cargo	
2	1 a 4 indicações	Baixa	Baixa evidência do grupo de competências no cargo	
3	5 a 7 indicações	Alta	Alta evidência do grupo de competências no cargo	
4	8 a 10 indicações	Máxima	Muito elevada a evidência do grupo de competências no cargo	

Para as competências técnicas esta metodologia não foi aplicada, uma vez que não são passíveis de mensuração. Assim sendo, as mesmas serão consideradas por unidade.

Com os cargos mapeados e mensurados, foram identificadas as competências dos cargos, as quais foram subdivididas em três grupos de competências, sendo:

GRUPOS DE COMPETÊNCIAS	COMPETÊNCIAS DOS CARGOS	DEFINIÇÕES
FOCO NO CLIENTE	**EMPATIA**	Capaz de se colocar no lugar do outro percebendo as suas necessidades e interagindo de forma positiva.
Justificativa: Capacidade de interagir com os usuários e colaboradores visando o atendimento as necessidades e expectativas dos mesmos para a manutenção de uma relação positiva, produtiva e humanizada.	**EQUILÍBRIO EMOCIONAL**	Capaz de equilibrar as emoções diante de situações adversas, reagindo de forma positiva e produtiva diante de pressões, frustrações e fortes impactos emocionais.
	SABER OUVIR	Capaz de ouvir o outro com atenção, interesse, respeito e empatia.
FOCO NO RESULTADO	**ADMINISTRAÇÃO DE**	Capaz de empregar o tempo

	TEMPO	necessário para cada atividade procurando otimizar as ações sem desperdício .
Justificativa: Capacidade de identificar, analisar, organizar e realizar ações inovadoras visando à promoção da excelência nos resultados e a busca a melhoria contínua.	**AGILIDADE E ATENÇÃO**	Capaz de empregar o tempo necessário a cada atividade, otimizando e mantendo a atenção e a concentração sobre elas para avaliar a situação antes de dar uma resposta, visando obter melhores resultados e evitar desperdício.
	CRIATIVIDADE	Capaz de criar e encontrar novas ideias visualizando oportunidades, soluções e resultados.
	EMPREENDEDORISMO	Capaz de visualizar, inovar e colocar em prática estratégias e soluções visando a melhoria dos processos e ações realizadas.
	FLEXIBILIDADE	Capaz de adaptar-se a mudanças e necessidades emergentes, revendo posturas, estratégias e possibilidades para atingir os resultados.
	NEGOCIAÇÃO E PERSUASÃO	Capaz de expor e ouvir ideias, argumentar, persuadir e chegar a conclusões produtivas.
	PLANEJAMENTO, ORGANIZAÇÃO E CONTROLE	Capaz de visualizar, analisar, priorizar e ter controle sobre as atividades e ações realizando-as dentro de uma sequência produtiva.
	PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO	Capaz de visualizar, organizar e analisar as atividades e ações realizando-as dentro de uma sequência produtiva.
	ORGANIZAÇÃO	Capaz de visualizar e organizar as atividades realizando-as dentro de uma sequência produtiva.
	RENDIMENTO SOB PRESSÃO	Capaz de desenvolver respostas rápidas e encontrar soluções para situações novas e inesperadas, diante de pressões exercidas pelo público interno e externo.
	VISÃO ESTRATÉGICA	Capaz de criar ou aperfeiçoar estratégias para potencializar resultados.

	VISÃO SISTÊMICA	Capaz de visualizar o todo e fazer análises parciais ou totais para traçar estratégias e tomar decisões.
GESTÃO DE PESSOAS	**ADMINISTRAÇÃO DE CONFLITOS**	Capaz de encontrar soluções criativas para dirimir conflitos e problemas mantendo uma postura assertiva.
Justificativa: Capacidade de conduzir os processos e a equipe, utilizando estratégias e novas possibilidades a fim de tomar as providências necessárias para atingir os resultados esperados.	**LIDERANÇA**	Capaz de conduzir e integrar a equipe, canalizando as energias de forma a atingir os objetivos da empresa através de uma relação de parceria com os integrantes da equipe, estimulando-lhes o crescimento pela auto realização e auto desenvolvimento.
	TOMADA DE DECISÃO	Capaz de analisar situações e todas as variáveis envolvidas e tomar decisões assertivas e focadas em resultados.
TÉCNICA	**DESTREZA DIGITAL**	Conhece os sistemas operacionais e a linguagem de programas.
Justificativa: Conhecimento e habilidades técnicas necessárias para o bom desenvolvimento do cargo.	**DESTREZA DIGITAL**	Conhece e aplica a manutenção preventiva e corretiva de equipamentos da TI.
		Conhece as ferramentas do Microsoft Office e outros programas e utiliza todos os recursos necessários e disponíveis nas ferramentas
	TÉCNICAS DE REDAÇÃO EMPRESARIAL	Redige textos (a nível gerencial) claros, coerentes, objetivos e sem erros de gramática.
	TÉCNICAS DE REDAÇÃO E ORTOGRAFIA	Redige textos claros, coerentes, objetivos e sem erros de gramática.
	DESENVOLTURA COM A ESCRITA E LEITURA	Compreende os textos e os redige de forma clara, coerente e objetivo e sem erros de gramática.
	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO	Conhece e aplica o conteúdo necessário para realizar suas atividades.
	ELABORAÇÃO EM RELATÓRIOS GERENCIAIS	Elabora relatórios (a nível gerencial) que atendam a necessidade e propiciem a divulgação clara de informações pertinentes

		para as diversas áreas com as quais está envolvida.
	CONHECIMENTOS INTRÍNSECOS AO CARGO	Conhece e aplica, no cotidiano, os conhecimentos teórico-práticos inerentes e necessários ao cargo exercido.
	ROTINAS DO SETOR	Tem conhecimento e habilidade para estruturar rotinas internas e estratégias pertinentes a área de atuação, bem como seguir e manter as já existentes.
		Conhece o padrão de atendimento da empresa.
		Conhece e aplica a política, normas internas, procedimentos e instruções de trabalho.
	CULTURA ORGANIZACIONAL	Consegue perceber e se adaptar à Cultura Organizacional.

RECRUTAMENTO E SELEÇÃO POR COMPETÊNCIAS

Recrutamento

O recrutamento é o ato de atrair, convocar e buscar no mercado interno e externos candidatos que atendam às exigências e pré-requisitos da vaga a ser preenchida.

Para o primeiro caso, o recrutamento corresponde à verificação entre os funcionários que fazem parte do quadro funcional e que apresentam os pré-requisitos definidos na Descrição de cargos e Competências.

Para o segundo caso, corresponderá à busca no mercado externo de candidatos que atendam estes pré-requisitos.

Fontes de recrutamento na região:

1. Banco de currículos internos;
2. SINE – Sistema Nacional de Emprego;
3. Divulgação em rádio, televisão, jornal, sites de emprego, associações e conselhos regionais de categorias e instituições de ensino; e
4. Networking – redes de contato.

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.

10.11.3. 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 auxilio 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 desenvolvedor, 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 mês 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 Desenvolvimentos de Competências (PDC). Em casos, de deficiências ou lacunas apresentadas pelo colaborador, entre o esperado e o atingido (Gás), 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.

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 especificas 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 Gás, 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 analise;

- 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 analise 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 práticas 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.

CRONOGRAMA DE AÇÕES PARA A IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO POR COMPETÊNCIAS

AÇÕES	PERÍODO DE REALIZAÇÃO	AÇÕES COMPLEMENTARES
1. Mapeamento do Perfil de Competências Organizacionais	Jan	-
2. Mapeamento e mensuração de Competências do Cargo	Jan a mar	-
3. Elaboração da Política de Gestão de Pessoas	Mar a bar	-
4. Avaliação de Desempenho com foco em Competências	A partir de Abril	- Treinamento aos líderes com foco em Gestão por Competências. - Reunião com a Liderança com Foco na Avaliação de Desempenho. - Com os resultados da avaliação, definir o plano de desenvolvimento de competências dos colaboradores (PDC).
5. Treinamento e Desenvolvimento de Competências	A partir de Maio	- Definir o plano de desenvolvimento individual (PDI) com base no PDC. - Realizar ações para o desenvolvimento do colaborador conforme definição do PDI.
6. Seleção por Competências	A partir de Maio	- Alteração das Instruções de trabalho e formulários adaptando-os ao modelo gerencial de gestão por competências.
7. Incentivos e Mudança de função com foco em competências.	A partir de Maio	- Alteração das Instruções de trabalho e formulários adaptando-os ao modelo gerencial de gestão por competências.
8. Descrição de Cargos e Competências	Sempre que necessário	- Atualizar a descrição de cargos e mapear as competências sempre que houver alterações, inclusões ou exclusões de cargos.
9. Política de Gestão de Pessoas	Anualmente	- Atualizar a Política de Gestão de Pessoas anualmente, tendo como base o diagnóstico realizado após fechamento de

		cada ciclo de avaliações.

10.11.4. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO POR ÁREA DE ATENÇÃO COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES PROPOSTAS NO PLANO DE TRABALHO

SETOR	FUNÇÃO	QDE	VÍNCULO	SALÁRIO
Diretor Técnico	Médico (a)	01	PJ	R$ 129,00/h
Médico da Qualidade	Médico (a)	01	PJ	R$ 129,00/h
Coordenador da Cirurgia	Médico (a)	01	PJ	R$ 129,00/h
Coordenador da Pediatria	Médico (a)	01	PJ	R$ 129,00/h
Coordenador da UTI (RT)	Médico (a)	01	PJ	R$ 129,00/h
Coordenador da Ortopedia	Médico (a)	01	PJ	R$ 129,00/h
Coordenador da Anestesiologia	Médico (a)	01	PJ	R$ 129,00/h
Neurocirurgião	Médico (a)	01	PJ	R$ 129,00/h
Anestesiologia	Médico (a)	05	PJ	R$ 129,00/h
Ortopedista	Médico (a)	01	PJ	R$ 129,00/h
Pediatra	Médico (a)	01	PJ	R$ 129,00/h
Cardiologia	Médico (a)	01	PJ	R$ 129,00/h
Clinica Cirúrgica	Médico (a)	03	PJ	R$ 129,00/h
Clínica Oncológica	Médico (a)	01	PJ	R$ 129,00/h
Infectologia	Médico (a)	01	PJ	R$ 129,00/h
Intensivista	Médico (a)	01	PJ	R$ 129,00/h
Nefrologia	Médico (a)	01	PJ	R$ 129,00/h
Neurologista	Médico (a)	01	PJ	R$ 129,00/h
Oftalmologista	Médico (a)	01	PJ	R$ 129,00/h
Odontologista	Médico (a)	01	PJ	R$ 129,00/h

A contratação dos profissionais será realizada como pessoa jurídica e com pacotes por especialidade, os valores acima são valores referenciais.

10.11.5. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO POR ÁREA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL, COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES DO PLANO DE TRABALHO, CONSTANDO FORMA DE VÍNCULO, HORÁRIO E SALÁRIO.

Na sequência encontra-se a apresentação do quantitativo de pessoal técnico. Cabe ressaltar que os profissionais abaixo listados serão contratados pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT.

Categoria	Qtd	Carga Horário	Salário Base (1)	Grupo
Diretor Geral	1	44	19.000,00	ADM
Gerente Administrativo e Financeiro	1	44	12.862,07	ADM
Diretor Técnico	0	44	PJ	ADM
Gerente de Enfermagem	1	44	10.000,00	ADM
Assistente Administrativo	1	44	1.530,90	ADM
Médico Infectologista	1	20	8.504,75	ADM
Enfermeiro SCIH	1	44	3.515,29	ADM
Técnico de Enfermagem	1	44	1.518,00	ADM
Auxiliar Administrativo	1	44	931,88	ADM
Enfermeiro da Qualidade	1	44	3.515,29	ADM
Auxiliar Administrativo	1	44	931,88	ADM
Supervisor de Enfermagem	5	44	3.515,29	ASS
Enfermeiro	56	36	2.664,82	ASS
Técnico de Enfermagem	192	36	1.127,92	ASS
Físico Nuclear	1	44	15.000,00	ASS
Auxiliar Administrativo - Escriturário	10	36	931,88	ASS
Enfermeiro NEP	1	44	3.515,29	ADM
Assistente Social	3	30	2.154,98	ASS
Psicólogo	2	30	3.160,74	ASS
Recreacionista	3	36	926,71	ASS
Técnico de Radiologia	9	20	1.576,00	S.A.D.T
Auxiliar Administrativo	2	44	931,88	S.A.D.T
Odontólogo	0	20	4.000,00	ASS
Fisioterapeuta	12	30	2.586,03	ASS
Fonoaudiólogo	1	30	2.586,03	ASS
Terapeuta Ocupacional	1	30	2.586,03	ASS
Assistente Administrativo	1	44	1.530,90	ADM
Auxiliar Administrativo	1	44	931,88	ADM
Contador	1	44	5.683,66	ADM
Assistente Administrativo	1	44	1.530,90	ADM
Auxiliar Administrativo (Patrimônio)	1	44	931,88	ADM
Assistente Administrativo	1	44	1.530,90	ADM
Auxiliar Administrativo	1	44	931,88	ADM
Supervisor de RH	1	44	3.544,66	ADM
Auxiliar Administrativo	2	44	931,88	ADM
Faturista	3	44	1.292,77	ADM
Assistente Administrativo	1	44	1.530,90	ADM

Farmacêutico RT	1	44	3.707,53	ADM
Farmacêutico	5	36	3.033,44	ADM
Auxiliar de Farmácia	16	36	1.290,46	ADM
Comprador	1	44	1.871,10	ADM
Encarregado de Suprimentos	1	44	2.274,81	ADM
Assistente Administrativo	1	44	1.530,90	ADM
Almoxarife	3	44	1.077,52	ADM
Supervisor de Atendimento	1	44	3.229,87	ADM
Recepcionista	18	36	1.130,39	ADM
Telefonista	3	36	1.130,39	ADM
Vigilante	15	36	931,88	ADM
Técnico de Informática	7	36	1.180,91	ADM
Engenheiro do Trabalho	0	20	5.051,15	ADM
Médico do Trabalho	0	20	8.504,75	ADM
Técnico em Segurança do Trabalho	2	44	2.183,68	ADM
Jovem Aprendiz	3	30	537,27	
Supervisor de Hotelaria	1	44	3.190,20	ADM
Líder SHL	2	36	1.095,32	ADM
Auxiliar de Higiene Limpeza	50	36	796,64	ADM
Auxiliar de Higiene Limpeza Externa	2	36	796,64	ADM
Auxiliar de Lavanderia (Rouparia)	7	36	809,08	ADM
Nutricionista RT	1	44	3.160,70	ADM
Nutricionista	3	44	3.160,70	ASS
Copeiro	16	36	809,08	ADM
Encarregado de Manutenção	1	44	2.274,81	ADM
Auxiliar de Manutenção	10	36	1.131,94	ADM
TOTAL	492		**724.290,33**	

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.

Esta proposta validade de sessenta e um dias.

São Paulo, 09 de julho de 2015

_____/_____

PRÓ-SAÚDE – ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

Dom Eurico dos Santos Veloso - Presidente

Sarah Anny Dahan
Diretoria Administrativa Financeira

Francisco José Ruggero
Gerência Financeira