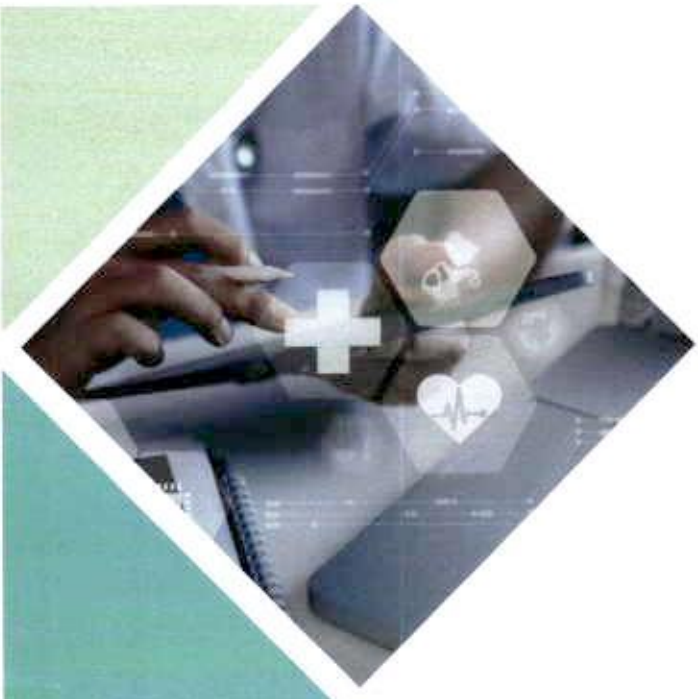
CERTIDÃO DE RENUMERAÇÃO DE FOLHAS

Certifico e dou fé, para os devidos fins, que ocorreu um equívoco na ordem enumeração de sequencial dos documentos juntados, por isso houve a necessidade de renumeração dos mesmos a partir da folha 1003 dos autos. E, para constar, a renumeração dos documentos, lavrei a presente certidão. Eu, Yasmin Victoria Macedo Aguilar, departamento de licitação.

Yasmin V. M. Aguilar



VOLUME 02

P. M. A
Fls. 01
Ass.

São Lucas Instituto

P. M. A
Fls 1002
Ass.





CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2025, na modalidade de CONCURSO do tipo MELHOR TÉCNICA, para SELEÇÃO de instituições sem fins lucrativos, já qualificadas como Organização Social de Saúde no âmbito do **Município de Aripuanã** interessadas na celebração de Contrato de Gestão, cujo objeto consiste no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã,** conforme especificações constantes neste instrumento e seus anexos, mediante as condições estabelecido no presente instrumento convocatório e seus anexos.



P. M. A
Fls. 92
Ass.

P. M. A
Fls. 1001
Ass.

5. Procedimento

5.1 Etapas do Procedimento

1. Acesso aos relatórios de doses no site da empresa contratada.
2. Cadastro das doses no sistema estadual.
3. Conferência e arquivamento das informações.

5.2 Descrição do Procedimento

5.2.1 Acesso aos Relatórios de Doses

- Após a leitura dos dosímetros, a empresa contratada disponibiliza os relatórios.
- Os relatórios contendo as doses de exposição dos profissionais são baixados e conferidos.
- Realizar o arquivo físico e ou digital no setor de radiologia.

5.2.2 Cadastro das Doses no Sistema Estadual

- O cadastro deve ser realizado no Sistema de Informação Estadual de Radiação Ionizante, da Vigilância Sanitária.
- As doses de cada profissional são cadastradas no sistema conforme os relatórios da empresa contratada.
- Após o cadastro, é realizada a conferência dos dados inseridos para garantir sua precisão.

5.2.3 Conferência e Arquivamento

- Após o cadastro das doses, um backup digital dos relatórios deve ser salvo em pasta específica no sistema do setor de Radiologia.
- A versão impressa dos relatórios é arquivada na pasta de Proteção Radiológica, organizada por mês e ano.

6. Procedimentos de Urgência e Rotinas Diárias

6.1 Urgências

- Em caso de erro no cadastro das doses, o bolsista deve comunicar imediatamente o setor de Proteção Radiológica e proceder com a correção no sistema estadual.
- Se houver atraso na disponibilização dos relatórios pela empresa contratada, deve-se entrar em contato para solicitar a liberação imediata das informações.

P. M. A
Fls 03
Ass.

P. M. A
Fls 005
Ass.

6.2 Rotinas Diárias

- O acesso à empresa contratada e ao sistema estadual deve ser realizado mensalmente, dentro do prazo estabelecido para o cadastro das doses.
- O arquivamento das informações deve seguir o padrão de organização definido, garantindo a rastreabilidade dos dados.

7. Considerações Finais

- O correto cadastro das doses de exposição dos profissionais é essencial para garantir a segurança radiológica e o cumprimento das normas de proteção contra radiação ionizante.
- Seguir este POP assegura que as informações sejam registradas de maneira precisa, organizada e dentro dos prazos estabelecidos pelos órgãos reguladores.

2.1.2.6.19 POP 019 - LIMPEZA SIMPLES DE EQUIPAMENTOS E SALA DE RADIOLOGIA

1. Objetivo

Estabelecer um procedimento padronizado para a limpeza dos equipamentos e da sala de Radiologia, garantindo um ambiente seguro e higienizado para os profissionais e pacientes.

2. Abrangência

Este procedimento se aplica aos técnicos em Radiologia responsáveis pela higienização da sala e dos equipamentos.

3. Responsáveis pela Execução

- Técnicos em Radiologia

4. Periodicidade

A limpeza deve ser realizada:

- **No início e no final de cada turno.**
- **Após** cada exame em que houve contato direto do equipamento com o paciente.
- A troca do revelador e fixador deve ser realizada a **cada 15 dias.**

P. M. A
Fls. 04
Ass.

P. M. A
Fls. 1006
Ass.

5. Procedimento

5.1 Retirada de Materiais e Organização Inicial

- Antes da limpeza, recolher todas as roupas sujas da sala.
- Os materiais contaminados devem ser descartados de acordo com as normas de biossegurança.

5.2 Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)

- Para a realização da limpeza, é obrigatório o uso de:
  - **Luvas descartáveis**
  - **Máscara de proteção**

5.3 Higienização dos Equipamentos

- **A higienização** dos equipamentos utilizados diretamente nos exames deve ocorrer **a cada troca de plantão e após cada uso**.
- Utilizar o **SANEANTE padronizado na instituição** para a desinfecção.
- Borrifar o produto nas superfícies e aguardar o tempo de ação recomendado pelo fabricante antes da secagem.

5.4 Troca e Descarte de Químicos

- A troca do revelador e fixador dos equipamentos deve ser realizada a **cada 15 dias.**
- Os resíduos químicos devem ser armazenados em **recipientes apropriados** e encaminhados para a **empresa responsável pela reciclagem desses materiais.**

6. Considerações Finais

- A limpeza adequada dos equipamentos e da sala de Radiologia é essencial para a segurança dos profissionais e pacientes.
- O cumprimento rigoroso deste POP reduz riscos de infecção, melhora a qualidade do atendimento e garante um ambiente de trabalho mais seguro e organizado.

P. M. A Fls. 95 Ass.

P. M. A Fls. 1007 Ass.

2.1.2.6.20 POP 020 - LIMPEZA SIMPLES DE EQUIPAMENTOS E SALA DE RADIOLOGIA APÓS A UTILIZAÇÃO POR PACIENTES EM PRECAUÇÃO.

1. Objetivo

Estabelecer um procedimento padronizado para a limpeza e desinfecção dos equipamentos e da sala de Radiologia após o atendimento de pacientes em precaução, visando a segurança dos profissionais e a prevenção de infecções cruzadas.

2. Abrangência

Este procedimento se aplica à equipe de técnicos em radiologia do Serviço de Radiologia, sendo obrigatório após o atendimento de pacientes portadores de doenças infectocontagiosas.

3. Responsáveis pela Execução

- Técnicos em Radiologia

4. Procedimento

4.1 Etapas do Procedimento

1. Realização da ficha do paciente.
2. Comunicação à equipe de Radiologia qual o tipo de precaução.
3. Recolhimento das roupas sujas.
4. Limpeza e desinfecção dos equipamentos e superfícies.

4.2 Descrição do Procedimento

4.2.1 Realização da Ficha do Paciente

- As recepcionistas, enfermagem devem realizar a ficha do Serviço de Radiologia e envolvê-lo em saco plástico
- O saco plástico que envolve o prontuário **não deve ser retirado**.

4.2.2 Comunicação à Equipe

- Após a finalização da ficha, as recepcionistas devem informar a equipe de técnicos em Radiologia sobre a chegada do paciente.

P. M. A
Fls. 06
Ass.

P. M. A
Fls. 1088
Ass.

4.2.3 Recolhimento das Roupas Sujas

- Após o atendimento do paciente, a equipe de técnicos em radiologia deve recolher todas as roupas sujas da sala e destiná-las corretamente.

4.2.4 Limpeza e Desinfecção

- Após a retirada das roupas sujas, a equipe deve realizar a limpeza dos equipamentos, acessórios, todas as superfícies expostas e acionar o serviço de higiene e limpeza para promoção da limpeza terminal do ambiente.
- O produto a ser utilizado é **SANEANTE padronizado na instituição**
- A aplicação deve ser feita de maneira uniforme, respeitando o tempo de ação do produto recomendado pelo fabricante.
- O descarte de materiais utilizados na higienização deve seguir as normas de biossegurança.

4.2.5 Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

- Para a realização da limpeza, o funcionário deve utilizar **luvas e máscaras** obrigatoriamente.

5. Considerações Finais

- A higienização adequada da sala de Radiologia e dos equipamentos após o atendimento de pacientes em precaução é essencial para garantir a biossegurança da equipe e evitar a disseminação de agentes infecciosos.
- O cumprimento rigoroso deste procedimento contribui para um ambiente seguro e controlado.

P. M. A
Fls 07
Ass.

P. M. A
Fls. 1009
Ass.

2.1.2.6.21 POP 021 - CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL SERVIÇO DE RADIOLOGIA

1. Objetivo

Estabelecer diretrizes para a capacitação contínua dos profissionais do Serviço de Radiologia, garantindo a atualização técnica e o cumprimento das exigências legais estabelecidas por resoluções e decretos vigentes.

2. Abrangência

Este procedimento se aplica a todos os profissionais do Serviço de Radiologia, incluindo técnicos, tecnólogos, enfermeiros e demais profissionais que atuam diretamente com radiação ionizante.

3. Responsáveis pela Execução

- Coordenação do Serviço de Radiologia
- Setor de Recursos Humanos
- Serviço de Proteção Radiológica
- Instituições e empresas capacitadoras credenciadas

4. Procedimento

4.1 Etapas do Procedimento

1. Levantamento das capacitações obrigatórias conforme legislação vigente.
2. Planejamento e cronograma de treinamentos.
3. Execução das capacitações.
4. Registro e comprovação da participação dos profissionais.

4.2 Descrição do Procedimento

4.2.1 Levantamento das Capacitações Obrigatórias

- A coordenação do Serviço de Radiologia deve consultar regularmente as normativas vigentes, incluindo:
  - **Resolução CNEN NN 3.01** – Diretrizes de proteção radiológica.
  - **Portaria GM/MS nº 453/1998** – Regulamentação das práticas de radiodiagnóstico.
  - **Decreto Federal nº 5.296/2004** – Acessibilidade em ambientes de saúde.
  - **Normas da ANVISA e do Ministério da Saúde** sobre segurança e qualidade em serviços de radiologia.
- O levantamento deve incluir treinamentos obrigatórios e complementares necessários para o aprimoramento profissional.

P. M. A
Fls. 28
Ass.

P. M. A
Fls. 610
Ass.

4.2.2 Planejamento e Cronograma de Treinamentos

- O planejamento da capacitação deve ser realizado semestralmente, contemplando:
  - Treinamentos iniciais para novos funcionários.
  - Atualizações periódicas para todos os profissionais.
  - Treinamentos emergenciais conforme necessidade.
- O cronograma deve ser amplamente divulgado e acessível a todos os colaboradores.
- Apresentar cronograma junto ao NEP e gestor local para validação.

4.2.3 Execução das Capacitações

- As capacitações podem ser realizadas de forma presencial ou online, desde que credenciadas.
- O conteúdo programático deve abranger:
  - **Proteção radiológica e biossegurança**.
  - **Manuseio adequado de equipamentos radiológicos**.
  - **Legislação e normativas vigentes**.
  - **Atendimento humanizado e segurança do paciente**.
  - **Protocolos de emergência e primeiros socorros**.
- As capacitações devem ser ministradas por profissionais qualificados na área.
- Devem ser registradas por meio de ATO, lista de presença, conforme protocolo e ser compartilhada com Núcleo de Educação Permanente da instituição.

4.2.4 Registro e Comprovação da Participação

- Todos os treinamentos devem ser registrados no prontuário do colaborador.
- Os profissionais devem assinar listas de presença ou apresentar certificados de conclusão.
- O setor de Recursos Humanos e a Coordenação da Radiologia devem manter um controle atualizado das capacitações realizadas.

5. Considerações Finais

- A capacitação contínua dos profissionais do Serviço de Radiologia é fundamental para garantir um ambiente seguro, conforme exigências normativas, promovendo a qualidade e a segurança na execução das atividades.
- O cumprimento deste POP assegura a conformidade com legislações vigentes e o aprimoramento profissional da equipe.

P. M. A
Fls. 07
Ass.

REFERÊNCIAS

RESOLUÇÃO - RDC Nº 330, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2019 https://cvs.saude.sp.gov.br/zip/U_RS-MS-ANVISA-RDC-330_201219.pdf Acesso em: 20/02/2025.

NORMA CNEN NN 3.01 REQUISITOS BÁSICOS DE RADIOPROTEÇÃO E SEGURANÇA RADIOLÓGICA DE FONTES DE RADIAÇÃO https://www.gov.br/cnen/pt-br/acesso-rapido/normas/grupo-3/NormaCNENNN3.01.pdf Acesso em: 20/02/2025.

NR 32 - SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-32-atualizada-2022-2.pdf Acesso em: 20/02/2025.

Procedimento Operacional Padrão (POP) SERVIÇO DE RADIOLOGIA - Hospital Universitário Prof. Polidoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/diretoria_de_apoio_assistencial/radiologia/POP_RADIOLOGIA.pdf Acesso em: 20/02/2025.

COLEGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM https://cbr.org.br/ Acesso em: 20/02/2025.

P. M. A
Fls. 011
Ass.

P. M. A
Fls. 10
Ass.

P. M. A
Fls. 1012
Ass.

2.1.3 PROPOSTA PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Os exames laboratoriais estão entre os principais e mais utilizados recursos no apoio diagnóstico à prática clínica, o que traz repercussões importantes no cuidado ao paciente e custos ao sistema de saúde.
Estratégias voltadas à otimização e uso apropriado de exames laboratoriais tem sido bem-sucedida em serviços médicos hospitalares e de pronto atendimento.
Os Protocolos de Patologia Clínica visam capacitar o médico e propiciar ferramentas para que este possa fazer uso racional dos exames laboratoriais, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao usuário e a otimização dos custos assistenciais e foram baseados nas diretrizes propostas pelas Boas Práticas de Laboratório e pelo Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial.

2.1.3.1 LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

O Setor de laboratório ainda que terceirizado seguirá normas estabelecidas. Como integrante dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento, se faz necessário para auxiliar o diagnóstico das patologias apresentadas pelos clientes, facilitando a aplicação dos processos terapêuticos.
O Setor de laboratório requer mão-de-obra técnica e/ou científica especializada e equipamentos apropriados para o bom de desenvolvimento de suas atividades, proporcionando um auxílio efetivo na elucidação dos diagnósticos.

O Setor de Laboratório possui as seguintes finalidades:

- Assistência ao Corpo Clínico para o estabelecimento e a confirmação de diagnósticos;
- Observação do desenvolvimento da evolução das moléstias e de seu desempenho importante nesta área;
- Manter colaboração e boas relações com os demais serviços do **Hospital Municipal Santo Antônio**, formando uma equipe multidisciplinar;
- Desenvolver e aperfeiçoar tecnicamente os profissionais do setor, tendo em vista a prestação de serviços de qualidade aos pacientes.

P. M. A Fls. 4 Ass

P. M. A Fls. 1013 Ass

Os colaboradores estão classificados nos seguintes cargos:

- Responsável técnico;
- Bioquímica;
- Patologista Clínico;
- Técnico em Patologia Clínica;
- Auxiliar de Laboratório;

O Setor de Laboratório está dividido da seguinte forma:

- Recepção;
- Coleta;
- Área técnica;
- Laudos/arquivo.

Organização funcional

As amostras serão colhidas pelos profissionais de enfermagem dos diversos setores do Hospital Maternidade e Pronto Atendimento;

Serão recepcionadas e processadas e, posteriormente, os resultados serão fornecidos ao setor solicitante.

Características gerais

Deverá ser prevista a eliminação de resíduos tóxicos e resíduos biológicos por lixeiras de retirada específica e contêineres.

Circulações e espaços específicos e diferenciados para microbiologia e a retirada dos resíduos orgânicos.

Atribuições do Setor de Laboratório:

- A realização de todos os exames clínicos solicitados por médicos;
- A contratação de pessoal suficiente, treinado para que os exames sejam executados nos mais altos padrões e no menor tempo possível;
- A averiguação constante da exatidão dos resultados, através da aplicação diária dos testes determinados;
- A conservação dos equipamentos em perfeitas condições para que não haja dúvidas sobre os resultados dos exames;
- Elaboração de relatórios estatísticos mensais, abrangendo quantidade, tipos de exames;

P. M. A
Fls. 12
Ass.

- Prestação de serviços 24 (vinte e quatro) horas por dia;
- Manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados;
- Promover a capacitação técnica dos profissionais envolvidos na análise e diagnóstico de materiais biológicos;
- Elaborar dados estatísticos e epidemiológicos;
- Buscar a excelência dos resultados obtidos.

P. M. A
Fls. 1014
Ass.

2.1.3.2 PRINCIPAIS EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS

Exame de Urina de Rotina (Urina I, EAS)

Dosagem de Creatinina (sangue)

Dosagem de Uréia (sangue)

Dosagem de glicose (Glicemia, Glicemia de jejum) (sangue)

Grupo sanguíneo e fator Rh (Tipagem sanguínea, ABO e Rh, Pesquisa de D fraco ou Du,Classificação sanguínea).

Pesquisa de Beta-HCG (HCG, Gonadotrofina coriônica humana, Teste imunológico da gravidez) (sangue ou urina).

Tempo de protrombina (TP) (Tempo de Quick, RNI, Tempo e atividade de protrombina-TAP) (sangue).

Tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPa) (PTTa, PTT, aPTT) (sangue).

Líquor rotina (Líquido cefaloraquidiano, LCR).

Hemograma (Leucograma, eritrograma, contagem de plaquetas e hematoscopia).

Hemocultura (Cultura de sangue)

Velocidade de hemossedimentação (VHS, Hemossedimentação)

Dosagem de Proteína C-reativa (PCR) (sangue)

Dosagem de ácido úrico (Urato, Uricemia) (sangue)

Cultura de Urina (Urocultura, Cultura de urina qualitativa e quantitativa).

Pesquisa de Bacilo Álcool-ácido Resistente – BAAR (Baciloscopia, Pesquisa de Bacilo de Koch –BK) (escarro).

Cultura para Micobactéria (Cultura para Bacilo de Koch – BK) (escarro).

Dosagem de bilirrubinas (Dosagem de Bilirrubina Total, Dosagem de Bilirrubina Direta e Indireta, Dosagem de Bilirrubina conjugada e não conjugada, Bilirrubina Direta e Indireta, Bilirrubina conjugada e não conjugada) (sangue).

Dosagem de Proteínas totais (Proteinemia) (sangue).

P. M. A
Fls. 13
Ass.

P. M. A
Fls. 1913
Ass.

Dosagem de Colesterol (Colesterol total) (sangue).

Colesterol Frações (Perfil lipídico, Colesterol fracionado) (sangue).

Dosagem de triglicérides (Trigliceridemia) (sangue).

Dosagem de creatinoquinase - CK (CK total) (sangue)

Dosagem da isso enzima creatinoquinase MB - CKMB

Dosagem de Lactato (Ácido lático) (sangue).

Dosagem de Potássio (Calemia, Dosagem de K) (sangue.)

Dosagem de Sódio (Natremia, Dosagem de Na+) (sangue).

Anticorpos anti-HAVIgM (Anticorpos contra antígenos do HAV da classe IgM) (sangue).

Anticorpos anti-HAVIgG (Anticorpos da classe IgG contra antígenos do HAV) (sangue).

HBsAg (Antígeno de superfície do HBV, Antígeno Austrália) (sangue).

Anticorpos anti-HBc - IgM (Anti-HBcIgM, Anticorpos contra antígeno do core do HBV da classe IgM) (sangue).

Anticorpos totais anti-HBc (Anti-HBc total, Anticorpos totais contra antígeno do core do HBV)(sangue).

Anticorpos anti-HBs (Anticorpos contra antígeno de superfície do HBV) (sangue).

HBeAg (Antígeno E do HBV) (sangue).

Anticorpos anti-HBe (Anticorpo contra antígeno E do HBV) (sangue).

VDRL (VeneralDiseaseResearchLaboratory) (Teste não treponêmico) (sangue).

FTA-abs (fluorescentt reponema lanti body absorption) (sangue) (Imunofluorescência indireta IgG (FTA-abs, Imunofluorescência indireta IgM, Ensaio com anticorpo treponêmico fluorescente absorvido).

Sorologia para HIV (Pesquisa de anticorpos anti-HIV, Sorologia para AIDS, ELISA para HIV) (sangue)

Teste rápido para HIV (Imunocromatografia

2.1.3.3 DOS PRAZOS PARA LIBERAÇÃO DOS LAUDOS DE EXAMES:

Exames de emergência:

Gasometria - até 30 (trinta) minutos, podendo incluir HT, sódio, potássio, cloro e glicose na mesma amostra;

Exames de urgência P.A – incluindo leitos de observação – até 2 (duas) horas;

Exames de urgência pacientes internados - até 2 (duas) horas;

P. M. A
Fls. 14
Ass.

Exame de rotina de pacientes internados:

- Exames bioquímicos – até 8 (oito) horas;
- Exame imunológicos de rotina de pacientes internados, exceto HIV, HTLV e exames imunológicos de baixa frequência de solicitação: até 48 (quarenta e oito) horas;
- Exames de rotina de pacientes internados – HIV e sífilis teste rápido até 40 (quarenta) minutos;
- Exames de rotina de pacientes internados: HIV com confirmatório em até 24 (vinte e quatro) horas e HTLV testes triagem em até 24 horas e confirmatório em 5 dias úteis;
- Exames de rotina pacientes internados - imunológicos de baixa frequência de solicitação – até 72 (setenta e duas) horas;
- Exames hormonais de rotina pacientes internados – até 72 (setenta e duas) horas;
- Parasitológicos até 48 (quarenta e oito) horas;
- Exame de rotina - hematológicos: até 8 (oito) horas;
- Exame de rotina - uroanálise: até 24 (vinte e quatro) horas;
- Exames de rotina e Internados e Urocultura, Hemocultura e cultura de outros materiais: até 5 dias
- Exames bioquímicos de rotina paciente ambulatorial hospitalar: até 24 (vinte e quatro) horas;
- Exames para controle de drogas: até 8 (oito) horas;
- Demais rotinas de acordo com a demanda hospitalar.

P. M. A
Fls 016
Ass.

P. M. A
Fls. 15
Ass.

2.1.4. AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

P. M. A
Fls. 1017
Ass.

Fornecimento de Sangue e Hemoderivados

A prestação de serviços de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados será realizada, por meio de **Agência Transfusional**, devidamente credenciada na ANVISA, cabendo a equipe de colaboradores internalizados seguir as diretrizes institucionais para solicitação de hemoderivados.

Objetivo

A Agência Transfusional é uma Unidade Hemoterapica que tem como função, armazenar sangue e seus derivados, realizar exames imuno-hematólogicos pré transfusionais, liberar e transportar os produtos sanguíneos para as transfusões nos setores do Hospitalar.

Responsabilidades

A Agência Transfusional é responsável pela execução de todas as provas pré-transfusionais, tipagens sanguíneas, ABO/RhD e testes de compatibilidade sanguínea, pesquisas de anticorpos, instalação e monitoramento de todas as transfusões, obedecendo criteriosamente aos padrões de qualidade exigidos e a todas as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e ANVISA.

Caberá ainda ao prestador de serviços a disponibilização de todos os equipamentos necessários e mantê-los revisados e calibrados periodicamente, além de uma equipe capacitada à realização de todos os procedimentos que envolvem as transfusões de hemocomponentes.

Descrição do Procedimento

Recebe as amostras, confere todos os dados da amostra com os da requisição, registra no verso da mesma o horário da coleta e do recebimento da amostra, registra o nome da pessoa que está realizando a entrega e prepara o procedimento solicitado. Assina o livro de protocolo do mensageiro pelo recebimento da amostra e registra também o horário de recebimento. Caso haja qualquer discrepância entre amostra e requisição, a amostra ficará na agência transfusional para desprezo, a requisição será devolvida e a enfermagem imediatamente avisada. E ainda:

Realizar as provas pré-transfusionais (ABO e Rh, PAI, Prova Cruzada, Coombs). Quando as provas são compatíveis, os hemocomponentes deverão ser entregues juntos as clínicas solicitantes.

Antes da transfusão é obrigatório verificar os sinais vitais, tais como: Temperatura e pressão arterial.

Após a transfusão, observar o paciente de 10 a 25 minutos.

A enfermagem deverá dar continuidade à transfusão, quando houver alguma intercorrência, parar a transfusão, avisar o médico e o Serviço de Hemoterapia.

P. M. A
Fls. 16
Ass.

P. M. A
Fls. 1018
Ass.

2.1.4.1INSUMOS FORNECIDOS PELA AGENCIA TRANSFUSIONAL

Os componentes sanguíneos (hemocomponentes) são obtidos fornecidos

- Concentrado de hemácias;
- Plasma fresco congelado;
- Concentrado de plaquetas;
- Crioprecipitado.

2.1.4.1.2 SOLICITAÇÃO EMERGENCIAL

É utilizada em procedimentos de urgência em pacientes que dão entrada pelos serviços de emergência ou alas de internação a partir da necessidade levantada pelo médico responsável

Conferência e registro dos dados dos hemocomponentes

- Conferir os dados da prescrição médica de transfusão com o paciente ou com acompanhante (nome completo, leito, tipo sanguíneo);
- Explicar ao paciente e acompanhante o procedimento a ser realizado;
- Conferir a bolsa de hemoconcentrado em relação ao aspecto e integridade: inspeção macroscópia da bolsa na detecção de coágulos, sinais indicativos de hemólise, sinais de violação, deterioração, coloração anormal (preta ou púrpura) turvação e bolhas de ar (crescimento bacteriano). Nestes casos NUNCA transfundir e devolver mediatamente a bolsa de hemocomponente para Agência Transfusional;
- Conferir dados da etiqueta da bolsa de hemoconcentrado : nome e registro do paciente, numeração da bolsa,volume, tipagem sanguínea, data da prova cruzada, e data da validade do CHM assinatura do técnico da Agência Transfusional e aderência do rótulo ; No prontuário do paciente conferir e comparar : nome e registro hospitalar, data de nascimento, número do leito, tipagem sanguínea anterior(quando houver), pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) e, se aplicado os resultados de fenotipagem eritrocitária anteriores.

P. M. A Fls. 17 Ass.

- Anote no prontuário do paciente o horário dos SV, tipo de hemocomponente, volume, grupo sanguíneo, número da bolsa, validade da bolsa, assine e carimbe; Caso os SV estejam alterados comunicar ao médico assistente antes de realizar qualquer procedimento.
- Solicite o colega para realizar a checagem (procedimento de rechecagem) dos dados anotados no prontuário com os dados da bolsa de hemocomponente, assine e carimbe;

P. M. A Fls. 1019 Ass.

2.1.4.1.3 MONITORAMENTO DO ATO TRANSFUSIONAL

O paciente deve estar acomodado confortavelmente no leito, devemos estar atentos para:

- Histórico clínico: atenção para antecedentes de cardiopatia e nefropatia;
- Histórico transfusional.

É importante lembrar que o paciente e/ou familiar deve ser informado sobre o procedimento.

Redobrar a atenção ao paciente impossibilitado de se comunicar, inconsciente, confuso ou em centro cirúrgico e sempre que possível, completar a conferência da identificação por intermédio de familiar ou responsável.

1) Verificar os sinais vitais - SV (pressão arterial, pulso, frequência respiratória e temperatura) do paciente antes de iniciar a transfusão (antes de perfurar a bolsa e conectar o equipo para hemotransfusão
2) Avaliar as condições do acesso venoso do paciente a ser transfundido, caso necessite de novo acesso, puncionar o paciente antes de montar a bolsa de hemocomponente, lembrando que a via de acesso deve ser exclusiva para transfusão;
3) Lavar as mãos e usar os equipamentos de proteção individual para punção de novo acesso venoso: luvas de procedimento e óculos de proteção;
4) Administre a medicação prescrita antes da transfusão, caso necessário, realizando após medicação um flush de 10 ml de soro fisiológico a 0,9% para lavar a via de acesso, assinar e carimbar;
5) Para montar a bolsa de hemocomponente utilize óculos de proteção e luvas de procedimento. Durante a montagem, isto é abertura do lacre da bolsa, colocar a bolsa de CHM pendurada no suporte de soro, conectar o equipo de transfusão fechado, pressionar levemente o filtro para retirada de ar e preenchimento de 1/3 da câmara de gotejamento e abrir o equipo, preenchendo com sangue até a ponta final (onde será conectada no paciente).
6) Atenção a bolsa de hemocomponente deverá ficar durante toda a sua montagem pendurada no suporte de soro, evitando desta forma perfurações e contaminações acidentais

P. M. A
Fls. 19
Ass.

P. M. A
Fls. 1029
Ass.

Atenção: É recomendada a troca do equipo de transfusão a cada unidade de sangue transfundida, com o objetivo de diminuir o risco de contaminação bacteriana, quando necessário infundir mais que uma unidade de sangue com o mesmo equipo de transfusão, cuidado para que não ultrapasse as 04 horas de infusão.

7) Conectar a bolsa de CHM no paciente com gotejamento inicial de 28 gotas por minuto devendo permanecer por aproximadamente 10 minutos, após este período aumentar para 48 gotas por minuto (adulto sem alterações);
8) Os primeiros 10 minutos de transfusão devem ser acompanhados a beira do leito e, são importantes para a detecção precoce de incompatibilidade sanguínea
9) Colocar no equipo uma fita crepe com a hora do início da transfusão e o gotejamento que deverá permanecer após os 10 minutos, este procedimento auxilia a equipe para que todos possam saber o que esta acontecendo e o que deve ser realizado pela equipe.
10) Anotar no prontuário o horário de início da transfusão, local de punção venosa, tempo aproximado de transfusão, lembrando que este gotejamento padrão é para transfusão de 300 ml em 2 horas, mas a bolsa de CHM pode ser transfundida sem perda em até 4 horas. Caso não termine no tempo máximo a bolsa deve ser suspensa e descartada
11) Devendo-se sempre observar orientação médica. É importante lembrar que os concentrados de hemácias só podem permanecer à temperatura ambiente por, no máximo, 30 minutos, depois de retirados de sua temperatura de armazenamento;
12) Verificar os SSVV no meio e final da transfusão, anotar no prontuário do paciente, assinar e carimbar;
13) Orientar o paciente e acompanhante a comunicar à equipe de enfermagem qualquer alteração e/ ou reação diferente durante a transfusão.
14) Caso o paciente apresente alterações do tipo: ansiedade, inquietação, tosse frequente, tremores, calafrios, febre, rubor, prurido, dor intensa, principalmente em região lombar, torácica e membros superiores, interrompa a transfusão e comunique imediatamente ao médico;
15) Ao término da transfusão verifique SV do paciente, anote no prontuário, caso tenha ocorrido alguma reação transfusional, esta deve ser registrada também em prontuário, retire o código de barras contido na(s) bolsa(s) transfundidas utilizadas no procedimento.
16) O paciente deve ser monitorado em até 01 hora após o término da transfusão; Caso a via de acesso puncionada for permanecer deverá ser salinizada;
17) A(s) bolsa(s) de hemocomponente(s) utilizadas devem ser devolvidas para Agência Transfusional para descarte correto logo após o término da transfusão;

P. M. A Fls. 19 Ass.

18) Caso ocorra alguma reação transfusional deverá ser preenchido a notificação de reação transfusional, a mesma deverá ser entregue juntamente com a bolsa caso a mesma não seja novamente utilizada no paciente.

P. M. A Fls 1021 Ass.

2.1.4.2 ROTINA E FLUXO - REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS HEMOTERÁPICOS.

Definição

Solicitação de procedimentos hemoterápicos: transfusão sanguínea, exames imunohematológicos e sangrias terapêuticas.

Objetivo

Orientar a equipe médica e de enfermagem quanto à rotina de solicitação de procedimento(s) hemoterápico(s), desde o preenchimento correto da requisição pelo médico, prescrição quando se tratar de transfusão de hemocomponente, correta identificação da amostra, o envio em tempo hábil para a agência transfusional conforme a necessidade do paciente.

Áreas envolvidas

Pronto Socorro

Enfermarias de internação

Centro Cirúrgicos e obstétrico

Sala de Emergência

Observação

Agência Transfusional

Indicação

Solicitar corretamente o(s) procedimento(s) hemoterápicos bem como os exames imunohematológicos e sangrias terapêuticas para os pacientes que necessitam dos mesmos.

Contraindicação

Não consentimento da transfusão ou outro procedimento especial por parte do paciente ou responsável legal.

P. M. A
Fls. 20
Ass.

Orientação paciente/família – pré-procedimento

Orientar quando possível o paciente/familiar sobre o procedimento hemoterápico a ser realizado, devendo-se esclarecer todas as dúvidas do paciente/familiar.

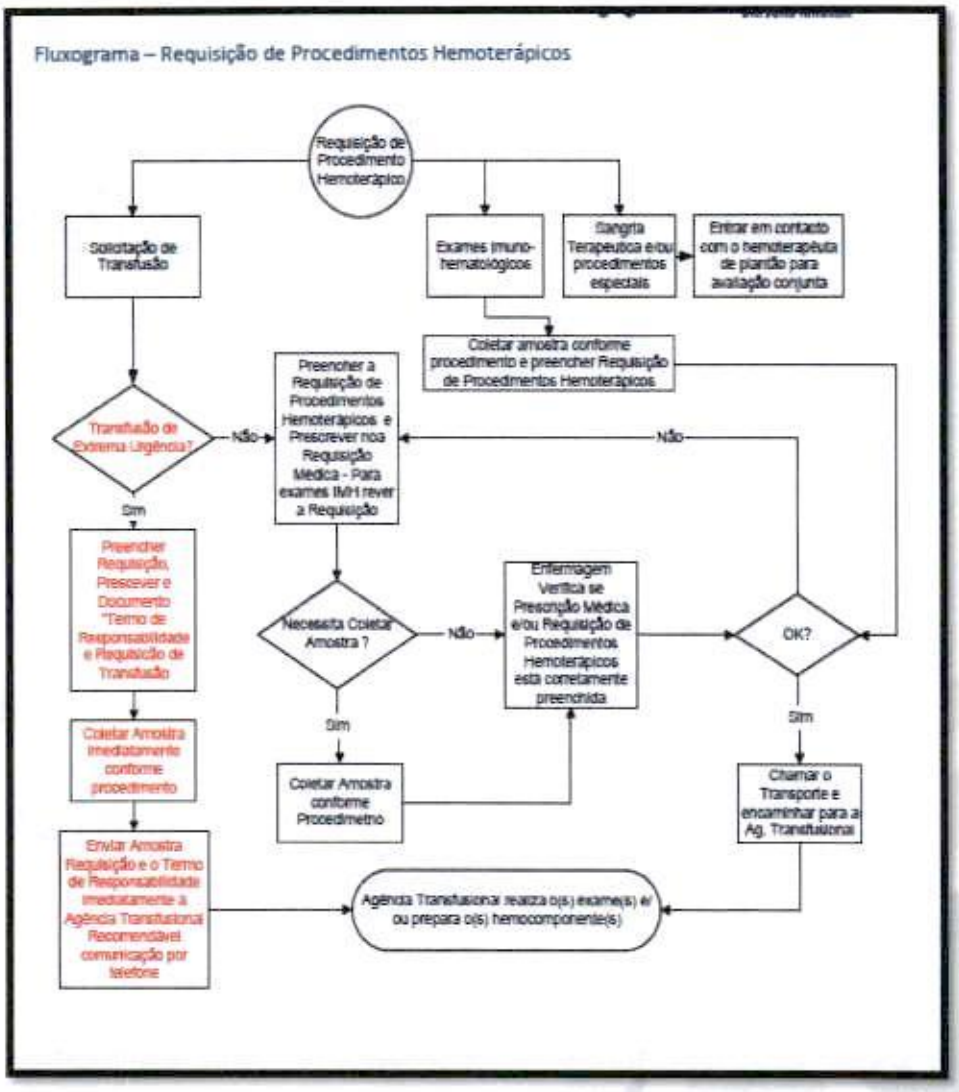
P. M. A
Fls. 622
Ass.

Orientar o paciente sobre a coleta da amostra e os exames que serão realizados.

Material envolvido

Tubos de coleta de sangue (1 com EDTA – tampa roxa e 1 tubo seco com gel – tampa amarela).

Fluxo de Hemoterapia



P. M. A
Fls. 2
Ass.

P. M. A
Fls. 1923
Ass.

2.1.4.3 – SUGESTÃO DE EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA UMA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

SUGESTÃO DE EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA UMA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

Qtde	Descrição do Equipamento
01	**Aglutinoscópio** - Aparelho para facilitar a leitura de testes imuno-hematológicos, construído em material liso, não poroso, lavável, com as seguintes dimensões: 50 cm de compr. X 20 cm de altura X 20 cm de largura, aproximadamente. Contendo uma luz fria em seu interior, com tomada externa de liga/desliga, com suporte lateral que permita movimento giratório e fio com tomada, conforme desenho a seguir.
02	**Banho-Maria** - Aparelho com capacidade variando entre 50 a 100 amostras, com temperatura regulável que permita trabalhar entre 37°C e 56°C portando termômetro e seja confeccionado em material que possibilite limpeza e desinfecção, possuindo tampa pingadeira. O equipamento deve ser cadastrado ou registrado junto à ANVISA.
01	**Centrífuga de mesa para leitura de testes de imuno-hematologia** – rotor com capacidade para 12 tubos, c/ duas velocidades de centrifugação, sendo 3.400 rpm (RFG=1000xg) e 2.400 rpm (RFG=500xg), temporizador ajustável para até 3 minutos de centrifugação e de 5 em 5 segundos no primeiro minuto, c/ sistema de breque e que possibilite centrifugação infinita. Câmara de centrifugação em aço inox. Rotor removível e lavável em material acrílico. O equipamento deve ser cadastrado ou registrado junto à ANVISA.
01	**Centrífuga de mesa** – Centrífuga de mesa para rotinas laboratoriais de lavagem de células e separação de amostras, com capacidade mínima de 20 tubos de 12X75mm que possibilite também centrifugação de tubos de 12X120mm, 13X100mm, tampa c/trava de segurança, breque ou desacelerador, rotor removível e lavável, timer ajustável em minutos, de 1 a 10 minutos, com possibilidade de centrifugação infinita e velocidade de até 4.500 RPM. O equipamento deve ser cadastrado ou registrado junto à ANVISA.
01	**Freezer a menos trinta (-30ºC)** – Freezer vertical que permita acondicionamento a temperatura menor ou igual a -30ºC (menos 30 graus Celsius), gabinete externo com pintura esmaltada, capacidade em torno de 340 bolsas. Sistema de refrigeração: Livre de CFC1 (ou mais) compressor hermético de 1HP, isolamento térmico em poliuretano com no mínimo 80mm de espessura, degelo automático (durante os ciclos de degelo a temperatura não pode variar mais que 2°C) de condensação. Controle, Painel e Alarmes: Controle microprocessado com painel digital; Exibir temperatura atual e programada; Alarme visual e sonoro para: falha de energia, alta e baixa temperatura, porta aberta e bateria fraca; Permitir a programação de alarmes de alta e baixa temperatura; Ajuste de temperatura com chave de segurança de tripla posição que protege contra alterações não autorizadas; Tecla para simulação de alarmes; Apresentar no display termômetro gráfico para visualização de temperaturas abaixo ou acima do valor ajustado; Porta de acessocom 1" de abertura permitindo trabalhos de certificação de temperatura do equipamento; Sistema de alarme com bateria recarregável que permite o monitoramento do freezer mesmo em caso de falta de energia. O freezer deverá possuir registrador gráfico de temperatura embutido, composto de carta gráfica com duração de 7 dias e uma caneta registradora para marcação de temperatura entre -100°C até +38°C; Contato para alarme remoto (saída de contato aberto); Nível de ruído: ≤ 58dBA O equipamento deve ser cadastrado ou registrado junto à ANVISA.
01	**Câmara de conservação de bolsas** - de porta de vidro não embaçante, c/ câmara interna em aço inoxidável, suficiente p/ em torno de 250 bolsas, controle de temperatura por microprocessador digital, resolução 0,1°C com ajuste de temperatura e faixa de trabalho entre + 2°C e +6° C, circulação interna de ar forçada por ventilador, com degelo automático e contínuo. Gabinete externo com pintura esmaltada. Painel de controle com termômetro de alta precisão, configurável, alarme audiovisual de máxima e mínima com botão para teste dos alarmes, registrador gráfico de temperatura para pelo menos 7 dias. Bateria para acionamento dos alarmes e display de falta de energia elétrica. O equipamento deve ser cadastrado ou registrado junto à ANVISA.
01 *5 *7	**Geladeira com controle de temperatura** –para guarda de amostras e reagentes OBS: Os reagentes devem ser estocados em refrigeradores apropriados, os quais devem conservar apenas reagentes e amostras laboratoriais, salvo para serviços de hemoterapia com número de transfusões pequeno o bastante de modo que o armazenamento conjunto com hemocomponentes não comprometa a conservação dos mesmos. Nas situações previstas no parágrafo acima as amostras, reagentes e hemocomponentes devem ser armazenados de forma segregada, em áreas distintas e devidamente identificadas para evitar contaminação cruzada.
01	**Relógio de parede** - com dimensões adequadas que permita visualização à média distância
01 *7	**Cronômetro** para laboratório que possibilite a marcação de tempo com sinalização sonora.

P. M. A
Fls. 22
Ass.

P. M. A
Fls. 1024
Ass.

Obs. Nº1:	***Para atender as necessidades do hospital que transfunde Plaquetas***
01	**Homogeneizador de plaquetas** - Aparelho para homogeneizar concentrado de plaquetas, com capacidade aproximada de 24 unidades, movimentos oscilatórios horizontais. Deverá ser mantido em ambiente com temperatura controlada entre 22 +/- 2 ºC ou possuir incubadora de plaquetas. *4 O equipamento deve ser cadastrado ou registrado junto à ANVISA.
Obs.nº2:	***Para atender as necessidades do hospital que transfunde pequenos volumes (UTI Pediátrica e Berçário) e/ ou realiza lavagem de hemocomponentes.***
01	**Capela de Fluxo Laminar** Capela de fluxo laminar vertical p/ segurança microbiológica, classe II tipo A, com filtro HEPA, operando com sistema de pressão negativa, construção em aço inox soldado, com 1 mm de espessura a frio, janelas frontais em vidro, sucção de ar através da parte frontal, área de trabalho continuamente limpa, dada a circulação de ar proveniente dos filtros HEPA. **Características**: sistema de sucção de ar de alta eficiência, com 2 filtros HEPA, sendo um de filtração interna e outro de exaustão, eficiência dos filtros de 99,99% , área de trabalho em aço inox removível para limpeza, painel de controle com todos os sistemas que controlam a câmara, manômetro, interruptor p/ lâmpadas fluorescente e ultra-violeta. Área de trabalho com aproximadamente 118X64X64cm. O equipamento deve ser cadastrado ou registrado junto à ANVISA.**OU:** **Aparelho de Conexão Estéril** - aparelho compacto que permita conexão estéril de tubos de PVC em grau médico em sistema fechado, com realização de ajuste de diâmetros para diferentes tipos de bolsas e equipos; construído em material resistente que permita constante limpeza e desinfecção de todos os seus componentes, com produtos químicos. O equipamento deve ser cadastrado ou registrado junto à ANVISA.

Documentos Necessários:

Contrato Social da Instituição Hospitalar (em vigor);

Cadastro do CNPJ; - CPF e RG do Responsável pela Instituição Hospitalar;

Alvará expedido pelo SVS da Instituição Hospitalar;

Alvará expedido pelo SVS da Agência Transfusional;

Termo de Responsabilidade Técnica;

CPF e RG do Responsável Técnico.

Licença de funcionamento e responsabilidades do Responsável Técnico

Os serviços de hemoterapia devem solicitar licença sanitária inicial para o desenvolvimento de quaisquer atividades do ciclo do sangue, bem como sua renovação anual. Independentemente de seu nível de complexidade, devem estar sob responsabilidade técnica de profissional médico, especialista em hemoterapia ou hematologia, ou qualificado por órgão competente devidamente reconhecido para este fim pelo Sistema Estadual de Sangue, que responderá pelas atividades executadas pelo serviço. Além disso deve contar com outro profissional médico treinado para ser o Responsável Técnico substituto.

Toda transfusão de sangue traz em si um risco, seja imediato ou tardio, devendo, portanto, ser criteriosamente indicada, sendo o ato transfusional, de responsabilidade médica. Em caso de cirurgias eletivas deve ser considerada a possibilidade de realização de pré-depósito de unidades autólogas. Para a viabilização deste procedimento, deverá ser contatado o serviço de hemoterapia fornecedor de

P. M. A
Fls. 23
Ass.

hemocomponentes (hemocentro, núcleos ou unidades). Toda vez que ocorrer mudança do responsável técnico da unidade e/ou seu substituto, a Unidade Associada deverá comunicar ao Hemocentro de Ribeirão Preto a alteração e solicitar ao Setor de Finanças a atualização do registro dos novos responsáveis no Cartão de Assinaturas.

P. M. A
Fls: 1025
Ass.

2.1.4.4 TREINAMENTO INICIAL E PERIÓDICO

Cumprindo a legislação vigente e, por força de sua supervisão técnica, o Hemocentro exige treinamento de todos os profissionais que exerçam atividades relacionadas à hemoterapia, inclusive o Responsável Técnico, (facultado ao hematologista e/ou hemoterapêuta), conforme programação e carga horária previamente definidos. Isto se aplica aos profissionais de Agências Transfusionais quando do seu ingresso no sistema, na substituição e nas reciclagens de pessoal. Anualmente é informada à Unidade Conveniada a disponibilidade de treinamentos e reciclagem/atualização para as diversas categorias profissionais, entretanto as Unidades poderão solicitar ao Hemocentro, treinamentos específicos ou mais aprofundados, conforme sua necessidade e disponibilidade do Hemocentro. Para solicitação de treinamento inicial ou reciclagem.

2.1.4.5 SOLICITAÇÕES DE EXAMES

Todas as solicitações deverão vir acompanhadas do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS).
Exames Imuno-hematológicos: as Agências Transfusionais deverão fazer previamente, via telefone, contato com o Laboratório de Imuno-hematologia do Hemocentro/Núcleo/Unidade para verificarem a disponibilidade de realização de exame(s) imuno-hematológico(s) ou pré-transfusional(is). Para solicitação de exames imuno-hematológicos deverá ser preenchido o formulário "Pedido de exames para o Laboratório de Imuno-hematologia", conforme modelo e o impresso "Cadastro do Paciente".
Todos os campos desses impressos são de preenchimento obrigatório devendo ser enviadas amostras na seguinte conformidade:

Deverão ser coletadas em dois tubos:

- Tubo seco (sem anticoagulante);
- Tubo com anticoagulante apropriado (EDTA).

P. M. A
Fls. 24
Ass.

Os tubos contendo as amostras deverão ser rigorosamente identificados imediatamente após a coleta da amostra, na beira do leito do paciente, com etiquetas que se colem firmemente aos mesmos.

P. M. A
Fls. 1086
Ass.

A identificação deve ser feita com caneta cuja tinta não se apague com a umidade, contendo as seguintes informações:

- Nome completo do paciente sem abreviaturas;
- Número de identificação do paciente;
- Data da coleta da amostra;
- Identificação de quem realizou a coleta da amostra;
- Os tubos devem ser tampados, acondicionados em estantes gradeadas que serão colocadas em caixas devidamente fechadas, laváveis e identificadas apropriadamente;
- Os resultados dos exames imuno-hematológicos serão enviados posteriormente por correspondência em um Laudo "Resultado de Exame".

NOTA: Em se tratando de realização de exames imuno-hematológicos para pacientes particulares e convênios (exceto SUS), sem o preparo de bolsas para transfusão, acompanhará o laudo.

"Cadastro de Pacientes Transfundidos", onde estarão preenchidos os campos de identificação do paciente e hospital (frente do impresso) e no verso estão assinalados os testes realizados pelo Hemocentro ou por uma de suas Unidades para ciência da Unidade Associada solicitante.

Os demais campos deverão ser completados (identificação, convênio, etc.) e o impresso próprio deverá ser devolvido à Unidade do Hemocentro que realizou os exames.

P. M. A
Fls. 25
Ass.

P. M. A
Fls. 1027
Ass.

Nº DA AMOSTRA

PEDIDO DE EXAMES PARA O LABORATÓRIO DE IMUNO-HEMATOLOGIA

Hospital:

Material: _____ Leito: _____

Exames solicitados: (especificar no verso)

Justificativa: _____

Pré-cirúrgico: ☐ Sim ☐ Não

Data provável da cirurgia: ____/____/____

Transfundido anteriormente: ☐ Sim ☐ Não

Data última transfusão: ____/____/____

História Gestacional: _____

Medicamentos em uso:

α metil-dopa ☐ Sim ☐ Não

Penicilina ☐ Sim ☐ Não

Outros: _____

_____
Médico solicitante / CRM

Nome: _____

RGHC/PF: _____

Quarto: _____ Leito: _____

SUS ☐ Part ☐ Conv _____

CNS _____

Raça _____ Sexo: ( )M ( )F

DATA:

USO RESERVADO AO LABORATÓRIO

Tipagem ABO/Rh: _____

Coombs direto:
( ) Positivo ( ) Negativo

Auto aglutinação:
( ) Positivo ( ) Negativo

Pesq. De Anticorpos irregulares:
( ) Positivo ( ) Fno (22° C)
( ) 37° C
( ) Fase Coombs
( ) Negativo

Painel nº _____ Lote nº _____

Especificidade: _____

Quantidade de testes adicionais:
- Painel _____
- ELUATO _____
- Pré-transfusional II _____
- Fenotipagem _____
- Outros PAI _____

_____ ____/____/____
Responsável Técnico Data

LABORATÓRIO DE IMUNO-HEMATOLOGIA - RESULTADOS DE EXAMES

Material _____

Tipagem ABO _____ RGHC/PF _____

Coombs Direto: ( ) Positivo ( ) Negativo Auto Aglutinação: ( ) Positivo ( ) Negativo

Pesq. de anticorpos anti-eritrocitários: ( ) Positivo ( ) Negativo

(coombs indireto) _____

____/____/____ _____
Data Responsável Técnico

Identificação do(s) anticorpo(s): _____

Título _____ Escore _____

Painel nº (_____) Lote nº (_____)

Obs. _____

____/____/____ _____
Data Responsável Técnico

P. M. A
Fls. 26
Ass.

P. M. A
Fls. 1028
Ass.

( ) Hemograma (contagem global)
( ) Tipagem ABO
( ) Tipagem Rh
( ) Coombs direto
( ) Coombs direto monoespecífico
( ) PAI (Pesquisa de Anticorpos Irregulares)
( ) IAI (Identificação de Anticorpos Irregulares) (Painel)
( ) ELUATO
( ) Adsorção de anticorpos
( ) Titulação
( ) Pesquisa de hemolisina (Anti-A e/ou Anti-B)
( ) Fenotipagem eritrocitária do sistema Rh-Hr
( ) Fenotipagem eritrocitária de outros sistemas: _____
( ) Teste de compatibilidade (pré-transfusional II)
( ) Pesquisa de hemoglobina S
( ) Eletroforese de hemoglobina
( ) Genotipagem: ( ) Teste direto da antiglobulina positivo
( ) Pacientes com transfusão recente (menos de 90 dias)
( ) Auxílio na identificação da especificidade dos anticorpos de pacientes politransfundidos
( ) Identificação de risco na Doença Hemolítica Peri-Natal
( ) Resolução de fenótipos duvidosos ou discrepantes

* Caso a indicação não se encaixe entre as alternativas acima descritas, o caso deverá ser discutido com o médico responsável pelo laboratório de Imuno-hematologia.

Obs.: Para toda transfusão dever ser requisitado Tipagem ABO, Tipagem Rh, PAI e teste de compatibilidade.

Nome: _____
RG/CPF/PF: _____
Quarto: _____ Leito: _____
SUS ☐ Part ☐ Conv: _____
DATA:

P. M. A
Fls. 27
Ass.

P. M. A
Fls. 1920
Ass.

2.1.4.6 CADASTRO DE PACIENTES

		REV.: 0
	CADASTRO DO PACIENTE	P.: 01/01

Nome do Serviço Conveniado: _____

1. Informações Referentes ao Paciente:

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Cor: _____

Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____

Número do RG: _____ Órgão: _____

Outro Documento: _____ Tipo: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone para contato: _____

Data da coleta das amostras: _____

P. M. A
Fls. 33
Ass.

P. M. A
Fls. 1080
Ass.

2.1.4.7 – RESULTADO DE EXAMES

	RESULTADO DE EXAME	Rev 0

Nome do Paciente: _____

Materna: _____ Data do recebimento: ___/___/___

Fenotipagem ABO: _____ Fenotipagem RhD: _____

Método: _____ Método: _____

Pesquisa de Anticorpo Irregular (PAI): _____

_____ Método: _____

Identificação de Anticorpo Irregular (IAI): _____

_____ Método: _____

Outros Exames: _____

Data de Emissão: ___/___/___ _____

Responsável

P. M. A
Fls. 92
Ass.

2.1.4.8 EXAMES SOROLÓGICOS

P. M. A
Fls. 1091
Ass.

São realizados mediante contrato específico com esta finalidade. Para o envio das amostras deverá ser seguido o procedimento

- Acondicionamento das amostras para exames sorológicos:

a) Para exame confirmatório em amostra de doador de sangue - acondicionar a amostra de soro ou plasma em recipiente plástico, com tampa, isento de contaminação microbiana, com volume mínimo de 1 ml.

b) Para exames de triagem sorológica de doador de sangue - enviar dois tubos primários de soro (contendo gel separador de coágulo – marca BD) centrifugados (1.900 x g por 7 min.).

2.1.4.8.1 IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA

Identificar a amostra, com etiqueta fornecida pelo Hemocentro (estas etiquetas deverão ser solicitadas ao Hemocentro conforme a necessidade). No caso de amostras para triagem sorológica de doador de sangue, além da etiqueta de código de barras, anotar no próprio tubo o número da bolsa e as iniciais do nome do doador com caneta específica. Descartar as etiquetas de mesmo código de barras que não foram usadas.

Para o transporte de amostras deverão ser seguidas as normas vigentes do país. Ver item "Transporte de amostras e hemocomponentes"

No caso de exame confirmatório, informar o Lab. de Sorologia sobre a data do envio do material (via telefone ou e-mail).

2.1.4.8.2 PEDIDOS DE EXAMES: - PARA TRIAGEM SOROLÓGICA DE DOADORES DE SANGUE

Para exames confirmatórios "Solicitação de Exames" Enviar os pedidos de exames ao Laboratório de Sorologia juntamente com a amostra que foi previamente identificada com o código de barras. Entrega de amostra para exames sorológicos.

a) Amostra para exame confirmatório: deverá ser entregue diretamente ao Laboratório de Sorologia. No momento da entrega da amostra, as devidas conferências serão feitas na presença do entregador do Serviço Conveniado. Uma das vias da "Solicitação de Exames" com registro de recebimento pelo Laboratório de Sorologia do Hemocentro será devolvida ao Serviço Conveniado.

P. M. A Fls. 30 Ass.

Obs.: No caso de não conformidade durante o recebimento, o material será devolvido ao serviço conveniado juntamente com uma das vias da "Solicitação de Exames" com o motivo registrado.

b) Amostra para triagem sorológica de doador de sangue: deverá ser entregue diretamente a Unidade do Hemocentro mais próxima. No momento da entrega da amostra, as devidas conferências serão feitas na presença do entregador do Serviço Conveniado.

P. M. A Fls. 1092 Ass.

Obs.: No caso de não conformidade durante o recebimento, o material será descartado e o serviço será informado. A notificação dos casos reagentes, positivo e inconclusivo ao órgão de saúde competente é de responsabilidade do cliente.

Obs.: Caso necessário, o serviço conveniado deverá enviar nova amostra conforme solicitação do Laboratório de Sorologia. O resultado do exame será entregue para a pessoa devidamente autorizada pelo serviço conveniado, com recebimento na segunda via, de acordo com a agenda do Laboratório de Sorologia.

P. M. A
Fls. 31
Ass.

P. M. A
Fls. 1033
Ass.

Especificação para transporte de amostras *5 *9 *10 *12

Tabela I - Especificação para Transporte de Amostras

Tipo de amostras	Condições iniciais	Quantidade (unidades)	Quantidade Substância Resfriadora	Disposição Do gelo	Tipo de Caixa	Tempo Máximo Transporte
Plasma (sem centrifugar) e/ou soro	Não necessita refrigerar	Até 50 unidades	1 Kg	* Parte superior ao lateral (sem contato direto com as amostras)	(P)	Até 2 h
Plasma (sem centrifugar) e/ou soro	Não necessita refrigerar	De 51 a 100 unidades	1,5 Kg	* Parte superior ao lateral (sem contato direto com as amostras)	(M)	Até 2 h
Plasma (sem centrifugar) e/ou soro	Não necessita refrigerar	De 101 a 150 unidades	2 Kg	* Parte superior ao lateral (sem contato direto com as amostras)	(G)	Até 2 h
Plasma (sem centrifugar) e/ou soro	Não necessita refrigerar	De 151 a 200 unidades	3 Kg	* Parte superior ao lateral (sem contato direto com as amostras)	(G)	Até 2 h
Plasma (centrifugado) e/ou soro	Geladeira (2 à 8ºC)	Até 50 unidades	1,5Kg gelo	* Parte superior ou lateral (sem contato direto com as amostras)	(P)*	48 h
Plasma (centrifugado) e/ou soro	Geladeira (2 à 8ºC)	De 51 a 120 unidades	3Kg gelo	* Parte superior (sem contato direto com as amostras)	(M)*	48 h
Plasma (centrifugado) e /ou soro	Geladeira (2 à 8ºC)	Mais que 120 unidades	5Kg gelo	* Parte superior (sem contato direto com as amostras)	(G)*	48 h
Plasma (centrifugado) e/ou Soro	Geladeira (2 à 8ºC)	De 01 a 200 unidades	3,7 Kg gelo	* Parte inferior (sem contato direto com as amostras)	**30 - 32 litros	48 h

Legenda

* Transporte utilizando caixas protetoras metálicas:
- Colocado sobre as amostras após revestimento com plástico protetor.
(P) – Caixa térmica tamanho pequena = 7 a 12 litros.
(M) – Caixa térmica tamanho Média = 24 a 26 litros.
(G) – Caixa térmica tamanho Grande = 54 a 56 litros.

** Transporte das amostras dos Núcleos para o Lab. de Sorologia - quando a transportadora for a Empresa Biologística

2.1.4.8.3 SOLICITAÇÕES DE HEMOCOMPONENTES PARA TRANSFUSÃO (COM TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS PRONTOS)

Para solicitar hemocomponentes para transfusão, deverá ser preenchido o impresso "Requisição de Transfusão" conforme modelo (página 26) e o impresso "Cadastro do paciente" conforme modelo.

Todos os campos desses impressos são de preenchimento obrigatório. As transfusões de urgência e emergência terão atendimento prioritário.

- Para a realização dos Testes pré-transfusionais, as amostras do receptor (paciente) serão válidas até 48 horas após a coleta, mantidas sob refrigeração e estando isentas de hemólise mecânica;
- Preencher todos os espaços constantes do primeiro grupo de informações do formulário;
- Na linha "Produto Hemoterápico a ser Transfundido" mencionar o nome do produto e, em casos especiais, citar os requisitos (irradiado e lavado), conforme indicações previstas na literatura;

P. M. A
Fls. 32
Ass.

- Os campos: "Nome do Médico", "CRM", "Assinatura" e "Rubrica" - em se tratando de Agência Transfusional, deverão ser preenchidos com os dados do(a) Médico(a) Responsável Técnico pela mesma ou seu substituto constante no cadastro do Hemocentro. Em se tratando de "Atendimento à Distância", deverão ser preenchidos com os dados do(a) médico(a) solicitante, constando seu nome legível, CRM e assinatura.

P. M. A
Fls. 1059
Ass.

- Para permitir uma análise inicial a Unidade Conveniada poderá verificar os resultados dos testes pré-transfusionais no próprio cartão de receptor que acompanham a bolsa preparada e enviada para transfusão.
- Os resultados dos exames imuno-hematológicos serão enviados, quando possível, junto com o hemocomponente solicitado ou posteriormente em um laudo "Resultado de Exame", por correspondência
- Em caso de paciente que será submetido a cirurgia deverão ser informados na requisição de transfusão a data e horário da mesma

P. M. A
Fls. 33
Ass.

P. M. A
Fls. 1033
Ass.

Requisição de Transfusão

Nome _____ Data Nasc. _____

PF _____ Sexo _____ Idade _____ SUS ☐ PART ☐ CONV _____

Cartão Nacional de Saúde: _____

Nome do Hospital: _____

Clínica: _____ Leito: _____

Diagnóstico: _____ Indicação: _____

Produto Hemoterápico a ser Transfundido: _____ Quant.: _____

☐ Aprovado ☐ Reprovado Assinatura _____ Justificativa _____

Já foi transfundido anteriormente? _____ Quando? _____ Qual produto? _____

Reação transfusional prévia? ( ) Sim ( ) Não Tipo: _____

História gestacional: G ___ P ___ A ___ Peso: _____

MEDICAMENTOS EM USO: ☐ Metildopa ☐ Penicilina/cefalosporina

☐ Imunoglobulina Anti-D ☐ Imunoglobulina Humana ☐ Anticorpo monoclonal Qual? _____

DADOS LABORATORIAIS

Hb _____ g/dL Ht _____ % Glic _____ / mm³ Plaquetas _____ / mm³

TTPa _____ TP (INR) _____ Fibrinogênio: _____

QUANTO À URGÊNCIA:

Programada ☐ Rotina (≤24h) ☐ Urgente (≤3h) ☐ Emergência ☐

Exame solicitado	Exames complementares	Quantidade realizada
( )	Exames Pré-transfusionais (grupo sanguíneo ABO/Rh, pesquisa de anticorpo irregular e prova de compatibilidade)	GS _____ PAI _____ PC _____

Exames Adicionais

( )	Adsorção	
( )	Anticorpos eritrocitários naturais e imunes - titulagem	
( )	Fenotipagem de outros sistemas eritrocitários - por fenótipo - gel teste	
( )	Fenotipagem de outros sistemas eritrocitários - por fenótipo (tubo)	
( )	Fenotipagem do sistema Rh-Hr - gel teste	
( )	Fenotipagem do sistema Rh-Hr (tubo)	
( )	Grupo sanguíneo ABO e Rh	
( )	Grupo sanguíneo ABO e Rh - gel teste	
( )	Hemograma (eritrograma + avaliação de plaquetas)	
( )	Hemograma com histograma e contagem de plaquetas automatizadas	
( )	Ident. anticorpos séricos irregulares eritr. c/painel hemácias - trabalhos por eritrócitos	
( )	Ident. anticorpos séricos irregulares eritr. c/painel hemácias (tubo)	
( )	Ident. anticorpos séricos (meg. artrável) - c. hemácias enzimático - gel teste	
( )	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares anteritrocitários - a fria	
( )	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares anteritrocitários - gel teste	
( )	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares anteritrocitários - método de eluição	
( )	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares anteritrocitários (tubo)	
( )	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa - gel teste	
( )	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa (tubo)	
( )	Teste de Coombs Direto - gel teste	
( )	Teste de Coombs Direto - misto específico - gel teste	
( )	Teste de Coombs Direto (tubo)	

Responsável pela coleta

Nº DA AMOSTRA

Biologista Responsável

_____ de _____ de 20____ Hora _____

P. M. A
Fls. 34
Ass.

P. M. A
Fls. 1936
Ass.

2.1.4.8.4 ARMAZENAMENTO DE HEMOCOMPONENTES

Os hemocomponentes devem ser armazenados na seguinte conformidade:

- Concentrado de Hemácias 2 a 6°C (câmara de refrigeração específica para bolsas)
- Concentrado de Plaquetas 20 a 24°C, em agitação contínua
- Plasma (PFC, PFC24, PCIC*) < - 20°C (freezer)
- Crioprecipitado < - 20°C (freezer)
- Hemoderivados: Fator VIII, IX, Albumina e outros 2 a 6°C (câmara de refrigeração). *PCIC= Plasma Comum Isento de Crio

É recomendável que as câmaras de conservação para CH, CP e plasma possuam registrador gráfico contínuo de temperatura. Se isto não for possível deve ser feita verificação e registro da temperatura a cada quatro horas se o equipamento estiver em uso rotineiro ou quando as portas estiverem permanentemente fechadas, a monitoração pode ser a cada doze horas com instalação de termômetro de máxima e mínima. Os registros de temperatura devem ser periodicamente, revisado por pessoa qualificada.

2.1.4.8.5 ADMINISTRAÇÃO DE TRANSFUSÃO

1.Coleta de amostras pré-transfusionais:

- Esta é uma fase muito importante do processo transfusional em que qualquer erro de identificação de paciente e/ou amostra poderá acarretar consequências fatais.
- As amostras usadas para os testes pré-transfusionais deverão ser coletadas apenas para este fim específico e tem validade de 48 horas
- As amostras para exames pré–transfusionais deverão ser colhidas em um tubo seco (± 5 ml) preferencialmente com gel e um tubo com EDTA (± 5ml). Imediatamente após a coleta os tubos deverão ser homogeneizados delicadamente de 5 a 10 vezes. Sempre que forem colhidas amostras para vários exames utilizando-se a mesma punção, para garantir a qualidade das amostras, a seguinte sequência deverá ser seguida baseando-se no tipo de frascos a serem utilizados:

1) Frascos para Hemocultura;
2) Tubos com tampa azul claro;
3) Tubos com tampa amarelo ou vermelho;

P. M. A
Fls. 33
Ass.

P. M. A
Fls. 1097
Ass.

4) Tubos com tampa verde;
5) Tubos com tampa roxa;
6) Tubos com tampa cinza;

Todo paciente internado deve ser identificado através de pulseira. Contudo, se no serviço não existir esta prática, deve-se programar a rotina de identificação com pulseira para todo paciente candidato a receber transfusão. A colocação desta pulseira poderá acontecer no momento da coleta das amostras para os testes pré–transfusionais.

Para pacientes cuja identificação completa não estiver disponível, como no caso de situações de urgência, traumas etc., recomenda-se convencionar o uso do termo desconhecido, até que seja possível a identificação completa do paciente, quando deverá ser colhida uma nova amostra, identificada corretamente e encaminhada ao Serviço de Hemoterapia que sempre deverá estar ciente deste tipo de ocorrência.

2.1.4.8.6 ETIQUETAGEM

Os tubos contendo as amostras deverão ser rigorosamente identificados imediatamente após a coleta, na beira do leito do paciente, com etiquetas que se colem firmemente aos tubos. Nelas deverão ser escritas as seguintes informações com letra legível: nome completo sem abreviaturas, número de identificação do paciente, data da coleta e a identificação de quem realizou a coleta, sendo recomendável a identificação por código de barras ou etiqueta impressa. Deverá ser utilizada tinta que não se apague com a umidade. Tubos que não estejam corretamente identificados não deverão ser aceitos pelo Serviço de Hemoterapia

2.1.4.8.7 INSTALAÇÃO DE TRANSFUSÃO E CUIDADOS PERITRANSFUSIONAIS

- As bolsas com hemocomponentes só deverão ser retiradas das condições ideais de conservação no momento da instalação. Os componentes eritrocitários poderão permanecer à temperatura ambiente por, no máximo, 30 minutos antes da instalação; os componentes plasmáticos deverão ser transfundidos no máximo 6 horas após o descongelamento, se armazenados a 22± 2ºC, e 24h se armazenados a 4 ± 2ºC.
- Os concentrados de plaquetas devem ser transfundidos no máximo 24 horas após saírem do agitador contínuo.

P. M. A Fls. 36 Ass.

P. M. A Fls. 1038 Ass.

- Os hemocomponentes nunca devem permanecer por muito tempo sobre os balcões das unidades, aguardando instalação e nem serem inadequadamente conservados em refrigeradores domésticos dos postos de enfermagem. Se houver algum impedimento para a imediata instalação do hemocomponente, este deve ser devolvido à agência transfusional para retornar às condições ideais de conservação, o mais rápido possível.

2.1.4.8.8 INSTALAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA TRANSFUSÃO

Esta é uma das fases mais críticas da transfusão e estatisticamente é a mais vulnerável em relação a ocorrências de erros que podem trazer prejuízos ao paciente. Sendo assim a observação dos seguintes passos é indispensável:

Toda transfusão deve ser solicitada formalmente, com letra legível, através de uma requisição de transfusão com nome completo do receptor, sexo, idade, peso, registro, número do leito (para pacientes internados), diagnóstico, antecedentes transfusionais, descrição do hemocomponente solicitado, volume ou quantidade, tipo de transfusão, resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do hemocomponente, data, nome, assinatura e número do CRM do médico responsável. Esta requisição deverá permanecer arquivada no Serviço de Hemoterapia que preparou a transfusão por, no mínimo, 20 anos. Requisições incompletas, inadequadas ou ilegíveis não devem ser aceitas pelos Serviços de Hemoterapia.

As bolsas com hemocomponentes destinados a transfusão devem possuir uma etiqueta colada contendo dados referentes ao produto hemoterápico (identificação numérica, tipo de hemocomponente, tipagem ABO e Rh e outras especificações – ex: produto lavado ou irradiado etc.) e o cartão de receptor com todos os dados exigidos na fase de liberação. Este cartão de receptor deve conter dados referentes ao receptor (nome completo, registro, leito, tipagem ABO e Rh), aos testes pré-transfusionais (data, resultados e nome do técnico responsável) e conter campo para anotação dos dados transfusionais (data e hora da transfusão, nome do médico responsável e do profissional que instalou a transfusão, bem como se houve alguma ocorrência e tipo de reação transfusional). A etapa das conferências prévias à instalação da transfusão deve ser realizada ao lado do paciente, em dois profissionais ou com auxílio de tecnologia, sem interrupções, devendo essa etapa ser repetida se profissional for interrompido.

- Os dados da etiqueta referentes à bolsa devem ser conferidos com o cartão de receptor da mesma e os dados referentes ao paciente devem ser confirmados imediatamente antes da instalação da transfusão (para pacientes conscientes e orientados isto deve ser feito com a participação ativa do

P. M. A
Fls. 37
Ass.

P. M. A
Fls. 1035
Ass.

mesmo, perguntando–lhe diretamente o nome e confirmando com ele os demais dados e, para pacientes anestesiados ou inconscientes, deve-se usar o bracelete de identificação). O cartão de receptor deve permanecer acoplado à bolsa até o término da transfusão e posteriormente deve ser anexado ao prontuário do paciente

- A bolsa também deve ser inspecionada quanto à data de validade, ao aspecto e ao tipo ABO e Rh que deve ser compatível com o tipo ABO e Rh do paciente.
- No momento da instalação do hemocomponente, além da rigorosa conferência dos dados relativos à prescrição médica, identificação do paciente e da bolsa, devem também ser levantados os sinais e sintomas que o paciente vem apresentando e devem ser verificados os seus sinais vitais imediatamente antes da transfusão. Estes dados serão utilizados como parâmetros para avaliação do andamento da transfusão e diante da ocorrência de reações transfusionais.
- O tempo máximo para a infusão de um hemocomponente deve ser de quatro horas, lembrando–se que o concentrado de plaquetas e crioprecipitado devem ser infundidos com pinça aberta.
- A transfusão só poderá ocorrer com equipos de filtro padrão, estéreis, apirogênicos e descartáveis que devem ser trocados a cada quatro horas ou sempre que parecerem saturados. Podem ser utilizados também os filtros para retenção de leucócitos, porém sob prescrição médica.
- O priming dos equipos de transfusão deverá ser realizado conforme as instruções do fabricante. O lote do equipo de transfusão utilizado em cada hemocomponente deverá ser registrado para que, se necessário, seja rastreado.
- É proibida a adição de medicamentos ou outras substâncias aos hemocomponentes (exceto solução fisiológica, quando absolutamente necessário).
- É proibido o aquecimento dos hemocomponentes exceto quando indispensável e utilizando-se equipamentos especiais criados para este fim específico e com rigoroso controle de temperatura. Antes da instalação do hemocomponente a ser transfundido o cliente/receptor deverá ser orientado sobre os sinais e sintomas em relação às reações transfusionais. Esta orientação deverá ser reforçada sempre que uma nova bolsa for instalada. O início de cada transfusão deve ocorrer em gotejamento lento e o cliente deverá permanecer sob vigilância constante, principalmente nos dez minutos iniciais de cada bolsa a ser transfundida. Após os 10 minutos, o gotejamento poderá ser acertado conforme prescrição médica.
- Caso haja abertura do sistema fechado de qualquer hemocomponente, o mesmo deverá ser utilizado imediatamente.

P. M. A Fls. 38 Ass.

P. M. A Fls 1040 Ass.

- Quando o hemocomponente transfundido for concentrado de hemácias ou plasma é obrigatória a verificação de sinais vitais imediatamente entre a troca de uma bolsa e outra, levando-se em consideração que cada unidade a ser transfundida, deverá ser considerada como uma transfusão diferente.

2.1.4.8.9 RECONHECIMENTO E NOTIFICAÇÃO DAS INTERCORRÊNCIAS:

- A instituição de Assistência à Saúde que realiza transfusões deve possuir sistema de detecção, notificação, avaliação e atendimento a reações adversas à transfusão.
- Toda equipe, médicos, enfermagem e os profissionais do Hospital e do Serviço de Hemoterapia devem estar aptos e alertas para identificar precocemente as reações transfusionais agudas.
- Todo o processo de identificação do cliente deve ser revisto, considerando a possibilidade de erro na instalação do hemocomponente e o aspecto da bolsa deve ser observado a fim de detectar possíveis alterações.

DIANTE DA SUSPEITA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL A PRIMEIRA CONDUTA É SUSPENDER TRANSFUSÃO, MANTER UM ACESSO VENOSO E COMUNICAR AO MÉDICO DO PACIENTE.

2.1.4.9 RECONHECIMENTO, CUIDADO E NOTIFICAÇÃO

A transfusão de hemocomponentes e hemoderivados pode acarretar reações adversas graves no receptor. Tradicionalmente, classificam-se essas reações em imediatas (até 24 horas após o término da transfusão), depois de 24 horas. É importante que os médicos e a equipe de enfermagem sejam capazes de reconhecer os sinais e sintomas relacionados às reações transfusionais, de modo que sejam tomadas medidas tão logo quanto possível.

Sinais e sintomas mais comumente relacionados às reações transfusionais:

- ✓ Febre, calafrios e tremores
- ✓ Dor torácica e/ou em região lombar
- ✓ Dor no local da infusão
- ✓ Sangramento anormal
- ✓ Cefaleia
- ✓ Náuseas/vômito

P. M. A Fls. 39 Ass.

P. M. A Fls. 1041 Ass.

- ✓ Sibilos/tosse/dispnéia/cianose
- ✓ Edema de pulmão
- ✓ Rubor facial
- ✓ Mialgia
- ✓ Oligúria/anúria/ soro e/ou urina com aspecto escurecido
- ✓ Prurido/urticária/exantema
- ✓ Hipotensão ou hipertensão arterial
- ✓ Ao se identificar potencial reação adversa à transfusão de sangue deve-se tomar as seguintes medidas:
- ✓ Interromper a transfusão
- ✓ Manter acesso venoso com solução fisiológica
- ✓ Conferir as identificações do receptor e do doador
- ✓ Notificar o médico assistente do paciente e responsável pela prescrição
- ✓ Notificar o serviço de hemoterapia.

2.1.4.9.1. RETORNO DAS INFORMAÇÕES

Bolsas Transfundidas ou Eliminadas

Junto à retirada dos hemocomponentes pelas ATs, o setor de Distribuição e Estoque fará a entrega de 02 formulários que deverão ser preenchidos pela Agência Transfusional. Quando de sua eliminação, a bolsa deverá ser devolvida juntamente com o formulário constando inclusive o motivo da eliminação conforme quadro no verso do formulário.

Quando os produtos forem transfundidos, é necessário que todos os campos dos formulários estejam completos, principalmente quanto aos dados pessoais do paciente/receptor, pois essas informações são imprescindíveis para o registro do destino dos hemocomponentes distribuídos, bem como para dar cumprimento às regulamentações vigentes mantendo a rastreabilidade dos produtos. O retorno das informações acima referidas deverá ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a transfusão ou a necessidade de eliminação do hemocomponente.

Sempre que algum paciente apresentar uma reação adversa à transfusão, a mesma deverá ser informada a Unidade fornecedora do hemocomponente no verso do impresso mencionando o(s) número(s) da(s) bolsa(s) envolvida(s), conforme exigência da Portaria CVS – 4, de 22/04/2002.

P. M. A
Fls. 940
Ass.

P. M. A
Fls. 941
Ass.

No caso de hospitais atendidos em regime de Atendimento hemoterápico à distância, esta responsabilidade é do hospital onde ocorreu a transfusão. Os referidos cadastros deverão ser assinados pelo Responsável Técnico da Agência Transfusional ou seu substituto. Para os casos de atendimento à distância, os referidos cadastros deverão ser assinados pelo Diretor Clínico do Hospital.

O número de identificação ficou maior e agora possui algumas letras. Além disso, além do tipo de hemocomponente também consta na etiqueta um código do produto. No preenchimento dos Cadastros de Pacientes Transfundidos e Relação de Bolsas Eliminadas será necessário incluir estes números que devem ser retirados do rótulo das bolsas. Os cadastros devem ser preenchidos da seguinte forma:

- Número da bolsa: colocar no cadastro o código completo incluindo as letras. Dentro do quadradinho poderá constar um número ou uma letra.
- Código do produto: colocar o código incluindo as letras.
- Tipo de hemocomponente: Colocar nos espaços definidos no modelo

P. M. A
Fls. 41
Ass.

P. M. A
Fls. 1043
Ass.

2.1.5. PROPOSTA MANUAL DE ROTINA DE FARMÁCIA

2.1.5.1. FARMÁCIA HOSPITALAR

A responsabilidade da farmácia hospitalar é garantir a qualidade da assistência com excelência, prestando aos pacientes e usuários, métodos de aplicabilidade com a devida segurança e a melhor adequação na utilização de medicamentos e correlatos, buscando alcançar o maior aproveitamento e consequentemente os melhores resultados, através das mais renomadas praticas que existem, garantindo a todos os pacientes, os mais variados métodos, como por exemplo, os assistenciais, preventivos, docentes, de investigações e entre outros, tendo como base, farmacêuticos devidamente registrados em seus respectivos órgãos de classe, todos altamente qualificados e em número suficiente, de acordo com as exigências formais dos órgãos reguladores a da Legislação Específica do Conselho Regional de Farmácia - CRF.

Os Serviços prestados pelos diversos profissionais, têm por escopo, o conjunto de atividades farmacêuticas, exercidas em organismos hospitalares ou serviços a eles ligados, que são denominados por "**atividades de Farmácia** ", tais atividades são desenvolvidas e compostas por departamentos de total responsabilidade e autonomia técnica e científica, estando estes sujeitos à orientação geral dos Órgãos que regulam as Administrações Hospitalares, perante os quais, deverão responder pelos resultados dos respectivos exercícios.

A direção dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares é exclusivamente assegurada a um profissional farmacêutico regularmente inscrito no seu respectivo conselho de classe que assumirá o papel de RT e demais profissionais farmacêuticos para atendimentos nas Unidades de 24 horas, conforme legislação. Os diversos serviços prestados, asseguram a melhor terapêutica medicamentosa aos pacientes, garantindo qualidade, eficácia e segurança, integrando as equipes de cuidados com a saúde e promovendo as ações necessárias de investigações científicas e de ensinos.

A Farmácia é um órgão de abrangência assistencial, técnico-científica e administrativa, onde se desenvolvem atividades ligadas à produção, armazenamento, controle, dispensação e distribuição de medicamentos e correlatos. É igualmente responsável pela orientação de pacientes internos e ambulatoriais, visando sempre a eficácia da terapêutica, além da redução de custos, voltando-se também para o ensino e pesquisa, buscando constantemente o comprometimento e aprimoramento dos profissionais.

P. M. A Fls. 92 Ass.

P. M. A Fls. 1044 Ass.

Os serviços desenvolvidos pela farmácia são de extrema importância ao apoio clínico integrado, funcional e hierárquico, e são compostos por um grupo de serviços que dependem diretamente da Direção e interligados com a sua administração.

A principal razão de ser da farmácia é servir ao paciente, objetivando dispensar medicações seguras e oportunas. Sua missão compreende tudo o que se refere ao medicamento, desde sua seleção até sua dispensação, visando, a todo momento, por sua adequada utilização no plano assistencial, econômico, investigativo e docente. O profissional farmacêutico tem uma importante função clínica, administrativa e de consulta.

Para o bom funcionamento das farmácias, é de fundamental importância que exista uma equipe de profissionais, composta de farmacêuticos, técnicos e auxiliares de farmácia. Tal equipe, deve ser considerada como uma das principais dentro dos setores contidos em um serviço de saúde. Esta equipe conta com o Profissional farmacêutico, que é responsável pela aquisição, distribuição e acompanhamento do uso dos medicamentos e produtos para a saúde e demais insumos utilizados nos hospitais e serviços de saúde. Sua principal missão é contribuir para a segurança de todos os usuários.

Para cumprir essa missão, o farmacêutico realiza diversas atividades: logística de suprimentos (seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e controles de produtos), acompanhamento clínico do uso de medicamentos (fármaco vigilância, farmácia clínica e atenção farmacêutica), fracionamento de medicamentos, dispensação de medicamentos, entre outras. Também conta com os Técnicos de Farmácia que presta assistência dentro da farmácia. Dentre as funções exercidas por esses profissionais vale destacar as seguintes: prestação de apoio à equipe de Enfermagem, conferências das prescrições médicas, preparação de medicamentos (diluição e fracionamento), esclarecimento de dúvidas sobre o uso de medicações, organização dos medicamentos dentro da farmácia; conferência de estoque observando o lote e data de validade, recebimento dos pedidos de medicamentos e etiquetação, conferência e registros de notas fiscais e demais funções.

2.1.5.2. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Sua responsabilidade é baseada no desenvolvimento e supervisão de todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos, com intuito de assegurar os melhores resultados clínicos possíveis e consequentemente a diminuição de qualquer potencial de riscos, são atribuições exclusivas da Comissão de farmácia e terapêutica (CFT). Ademais, suas funções também englobam a assessoria a diretoria clínica nos assuntos relacionados a medicamentos e terapêutica fazendo a relação entre a farmácia e a equipe de saúde.

P. M. A
Fls. 93
Ass.

As ações educativas, assessoria técnica e divulgação sobre medicamentos, são realizadas pela comissão de farmácia e terapêutica (CFT). Esta é a comissão hospitalar mais importante para a farmácia. Dentre suas atribuições destacam-se as seguintes:

P. M. A
Fls. 1045
Ass.

1. Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição, produção, utilização e à administração de fármacos e agentes diagnósticos;
2. Padronizar, promover e avaliar o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos.
3. Redigir o guia fármacos-terapicos ou formulários farmacêuticos;
4. Avaliar periodicamente o arsenal terapêutico disponível, promovendo inclusões ou exclusões segundo critérios de eficácia, eficiência clínica e custo;
5. Normatizar procedimentos fármaco-clínicos que se relacionam com a terapêutica medicamentosa;
6. Coordenar avaliações clínicas e estudos de consumo de medicamentos em pesquisa ou recém-lançados;
7. Sugerir medidas que possibilitem a disponibilidade de recursos materiais e humanos, assegurando a viabilidade da política de medicamentos dentro da instituição;
8. Disciplinar a ação dos representantes da indústria farmacêutica;
9. Estudar medicamentos sob o ponto de vista clínico, biofarmaceuticos e químico, emitindo parecer técnico sob sua eficácia terapêutica como critério fundamental de escolha;
10. Divulgar informações relacionadas a estudos clínicos relativos aos medicamentos incluídos e excluídos do formulário farmacêutico;
11. Fazer estudos e/ou revisões bibliográficas sobre medicamentos;
12. Elaborar programas de notificação e acompanhamento de reações adversas.

Para otimizar os trabalhos a comissão deve elaborar um regimento, definir as pautas das regiões e documentar as ações e deliberações. A equipe de saúde deve ser rotineiramente comunicada das decisões da Comissão de farmácia e terapêutica (CFT). É recomendável que tal comissão se reúna pelo menos 06 (seis) vezes por ano.

P. M. A
Fls. 44
Ass.

P. M. A
Fls. 1046
Ass.

2.1.5.3 SISTEMA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A Farmácia precisa estar organizada para dispensar adequadamente os produtos que dispõe para os pacientes e usuários.

A escolha da forma de dispensação a ser adotada deve-se levar em consideração características particulares.

O sistema de dispensação de medicamentos deve ter como objetivo, alguns tópicos importantes, dos quais destacamos:

1. Uso racional de medicamentos;
2. Redução de custos e desperdícios com medicamentos;
3. Aumentar o controle sobre o uso dos medicamentos, permitindo acesso do farmacêutico às informações do paciente.
4. Diminuição dos erros de administração de medicamentos;
5. Colaboração na fármaco-terapia iniciada pelo médico;
6. Aumentar a segurança para os pacientes e usuários;

Podemos destacar 03 (três) tipos de sistemas utilizados na dispensação de medicamentos, vejamos:

- Dose Coletiva;
- Dose Individualizada;
- Dose Unitária.

2.1.5.4. DOSE COLETIVA

É o sistema pelo qual a farmácia fornece materiais e medicamentos, atendendo a um pedido feito pelo centro de custo - solicitante.

Estas requisições são feitas em nome do centro de custo, e não para os pacientes.

Na Dose Coletiva, a farmácia se torna um mero fornecedor de medicamentos.

2.1.5.5 DOSE INDIVIDUALIZADA

Este é um pré-requisito para implantação da Dose Unitária.

Neste caso, a farmácia recebe as solicitações de medicamentos através de uma transcrição de prescrição médica feita pela enfermagem, ou através do pedido médico, através de um esquema posológico rígido.

P. M. A Fls. 45 Ass.

2.1.5.6 DOSE UNITÁRIA

P. M. A Fls. 1047 Ass.

Sistema de dispensação existente nos Estados Unidos, desde os anos 60, apresentando inúmeras vantagens em relação aos outros modelos, principalmente pelo controle que proporciona à farmácia, no que se refere ao consumo de medicamentos.

Neste sistema os medicamentos são dispensados de acordo com a prescrição médica, sendo separados e identificados pelo nome do paciente, número do leito e os horários de administração, efetuando a saída do código de barras via sistema (software), afim de possuirmos uma rastreabilidade eficaz.

Objetivos da Dose Unitária:

1. Integrar o farmacêutico à equipe multidisciplinar;
2. Medicamento correto na hora certa;
3. Reduzir incidência de erros de administração de medicamentos;

2.1.5.7 C.A.F (CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICA)

Suas principais funções e atribuições (almoxarifado de especialidades farmacêuticas) são: **receber**, **armazenar** (estocar), **controlar estoque**, **distribuir** os medicamentos e materiais para as farmácias.

Após o recebimento, todos os produtos farmacêuticos são identificados através de códigos de barras, visando garantir a **rastreabilidade** por lote e validade. Critérios internos de armazenamento são seguidos para **preservar a qualidade** dos medicamentos e materiais adquiridos.

2.1.5.8 RESPONSABILIDADES DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

- Gestão (seleção, aquisição, armazenamento e distribuição) do medicamento;
- Gestão de outros produtos farmacêuticos (dispositivos médicos, reagentes, etc.);
- São os principais responsáveis pela implementação e monitorização da política de medicamentos, definida no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos e pela Comissão de Farmácia e Terapêutica;

P. M. A Fls. 46 Ass.

- Gestão dos medicamentos experimentais e dos dispositivos utilizados para a sua administração, bem como os demais medicamentos já autorizados, eventualmente necessários ou complementares à realização dos ensaios;
- Gestão da segunda maior rubrica do orçamento dos hospitais.

P. M. A Fls. 1948 Ass.

2.1.5.9 FUNÇÕES DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS ENTRE OUTRAS:

1. Seleção e aquisição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos;
2. O aprovisionamento, armazenamento e distribuição dos medicamentos experimentais e os dispositivos utilizados para a sua administração, bem como os demais medicamentos já autorizados, eventualmente necessários ou complementares à realização dos ensaios clínicos;
3. A produção de medicamentos;
4. A análise de matérias primas e produtos acabados;
5. A distribuição de medicamentos e outros produtos de saúde;
6. A participação em Comissões Técnicas (Farmácia e Terapêutica, Infecção Hospitalar, Higiene e outras);
7. A Farmácia Clínica, Farmacocinética, Farmacovigilância e a prestação de Cuidados Farmacêuticos;
8. A colaboração na elaboração de protocolos terapêuticos;
9. A participação nos Ensaios Clínicos;
10. A colaboração na prescrição de Nutrição Parentérica e sua preparação;
11. A Informação de Medicamentos;
12. O desenvolvimento de ações de formação.

- ✓ Na Farmácia o controle de temperatura e umidade é feito através de um check-list diário, respeitando as normas estabelecidas para cada tipo de produto/medicamentos (quando aplicável).
- ✓ Após o armazenamento os medicamentos devem ser fracionados e etiquetados antes da distribuição.
- ✓ O método utilizado para o armazenamento dos medicamentos é o PEPS (primeiro que entra, primeiro que sai) – FIFO.
- ✓ No estoque, o controle de validade dos medicamentos, é feito pelos auxiliares de farmácia, onde estes devem verificar mensalmente através do Relatório - administrativo/ produtos com prazo de validade, no dia 25 de cada mês. Caso tenha algum dos medicamentos com prazo próximo do vencimento, segue fluxo abaixo:

P. M. A
Fls. 47
Ass.

- Os auxiliares de farmácia devem verificar mensalmente a validade dos materiais/medicamentos nas farmácias de acordo com a planilha de responsabilidade elaborada pelo Farmacêutico.

P. M. A
Fls. 1049
Ass.

- Os auxiliares de farmácia, em conjunto com o farmacêutico, devem analisar as quantidades e verificar se esses materiais/medicamentos serão consumidos antes do vencimento. Os auxiliares de farmácia devem realizar a transferência para a unidade em que será consumido.
- As baixas dos medicamentos e materiais do estoque, devido ao prazo de validade, deverão ser realizadas pela equipe de assistência farmacêutica e almoxarifado que irá verificar o local adequado para realização do descarte (Conforme orientação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos) assinando a baixa e arquivando na pasta de medicamentos e/ou materiais vencidos.
- O Horário de atendimento da farmácia nas UPAS -24 horas, nos PS/PA 12 horas dia

2.1.5.10 DISTRIBUIÇÃO (DOSE UNITÁRIA)

- Todos os medicamentos e materiais são etiquetados com etiquetas com código de barras contendo lote, validade e descrição do produto.

Código de barras = rastreabilidade por paciente

✓ O auxiliar de farmácia realiza o trabalho de etiquetagem de todos os produtos com checagem e supervisão de um farmacêutico.

✓ O farmacêutico recebe as prescrições das clínicas e realiza a análise das prescrições (fármaco x fármaco e fármaco x alimento), as inconsistências são discutidas com o médico que as prescreveu e nutricionistas.

✓ As prescrições triadas são encaminhadas para a equipe de separação formada por técnicos de farmácia habilitados. Neste momento são realizados os kits de materiais

✓ A fita plástica individualizada por paciente por período e os kits de materiais são encaminhados para a conferência dos farmacêuticos e lançado os itens no sistema como a devida baixa pelo código de barras por paciente, este serviço é realizado pelos auxiliares de farmácia assim como as entregas nas clínicas.

✓ Nas clínicas a enfermagem realiza a conferência junto a relação do paciente

✓ As devoluções do período anterior são recolhidas e baixadas como devolução por paciente, onde será incluso o item no estoque através do seu código de barra via sistema (Software), disponibilizando o produto para consumo imediato.

P. M. A Fls. 95 Ass.

P. M. A Fls. 1059 Ass.

2.1.5.11 ABASTECIMENTO DO SETOR (CENTRO DE CUSTO)

- ✓ A distribuição é realizada com horário previamente definido para cada centro de custo, sendo ele diariamente a cada 12 horas e encaminhado o relatório (Requisição) de entrega para conferência e ciência do recebimento.
- ✓ As solicitações das áreas de emergência (Sala de Emergência, estabilização) são efetuadas no primeiro horário respeitando o cronograma interno.
- ✓ Padronização de catálogos dos produtos, respeitando a particularidade de cada centro de custo onde o sistema (Software) apontará o ponto de ressuprimento para o almoxarifado realizar a reposição dos itens.
- ✓ Realizado semanalmente atualização dos catálogos respeitando a sazonalidade com cada supervisor dos diversos centro de custo.
- ✓ A dispensação do carrinho de emergência é realizada através da prescrição médica e ckecklist efetuado pela farmácia juntamente com a enfermagem.

2.1.5.12 SEPARAR/TRANSFERIR/DISPENSAR/FARMÁCIA

- ✓ Verificar a necessidade no ponto de pedido do sistema ou necessidades específicas do centro de custo.
- ✓ Separar através do sistema FIFO (Primeiro que Vence é o Primeiro que Sai) PEPS, transferir e/ou Baixar o material e medicamento no sistema (Software) através do seu código de barra e encaminhar ao centro de custo solicitante.

2.1.5.13 EMITIR RELATÓRIO GERENCIAIS – FARMÁCIA

- ✓ Após fechamento do mês feito pela Controladoria, emitir Relatório de Histórico de Entrada X Saída Consolidada para acompanhamento do prazo médio de estoque e encaminha à Gerência.
- ✓ O Relatório de Saída / Devolução de Produtos por Setor/Pacientes é encaminhado à controladoria.
- ✓ Outros relatórios gerenciais utilizados como ferramenta para gestão de estoque são:

– Consumo de Estoque; Balanço Contábil e Curva ABC XYZ PQR 123de Consumo.

P. M. A Fls. 49 Ass.

P. M. A Fls. 1051 Ass.

- Relatório de Consumo de Estoque: serve para buscar e analisar o histórico de consumo dos produtos durante um determinado período. Exemplo: tirar o histórico de saída dos últimos três meses, dois meses, etc.
- Relatório Balanço Contábil: demonstra todas as movimentações financeiras (entrada de nota fiscal, saída e etc) que tivemos dentro do mês. Para termos estas informações o mês necessariamente deve está consolidado.
- Curva ABC XYZ PQR 123de Consumo: este relatório aponta quais itens do estoque apresenta maior custo para a Instituição. Em mãos com estes números, são tomadas ações para maior controle destes itens, a fim de evitar custos desnecessários, verificando sua criticidade.

Almoxarifado: Responsável pelo gerenciamento do estoque, e pela reposição da farmácia.

Farmácia: Responsável pelo armazenamento dos materiais e sua distribuição ao Centro Cirúrgico.

A contagem dos itens é realizada mensalmente para que seja identificado as divergências e tomar as devidas providências.

✓ Na farmácia as medicações são controladas via sistema de gestão atualizados mensalmente, onde a rastreabilidade previne o desvio de medicamentos tendo impacto direto na saúde do paciente. Permitindo a identificação da rastreabilidade reversa, medicação administrada em horário e dosagem correta.

2.1.5.14 LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA

- Resolução RDC nº 44 de 2009 Dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.
- Lei nº 5.991/73 Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências.
- Resolução nº 300/97 Ementa: regula o exercício profissional em Farmácia e unidade hospitalar, clínicas e casa de saúde de natureza pública ou privada.
- RDC nº 50/02 Dispõe sobre Regulamento Técnico para projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde.
- Portaria SVS/MS nº 344/98 Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos a controle especial.

P. M. A Fls. 39 Ass.

- RDC Anvisa nº 67/07 Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparação Magistrais e Oficionais para Uso Humano em Farmácia.
- RDC Anvisa nº 220/04 Aprova o regulamento técnico de funcionamento dos serviços de terapia antineoplásica.
- Resolução nº 288/96 Ementa: Dispõe sobre a competência legal para o exercício da manipulação de drogas antineoplásicas pelo farmacêutico.
- RDC nº 80/06 Dispõe sobre boas práticas para fracionamento de medicamentos.
- Portaria MS nº 2.616/98 Controle de Infecção Hospitalar.
- Portaria MS nº 3.916/98 Política Nacional de Medicamentos.
- Portaria SAS/MS 1.017/02 Estabelece que as Farmácias Hospitalares integrantes do SUS devem estar sob a responsabilidade do farmacêutico.
- Lei 13.021/2014 Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, e suas atualizações**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 maio 1998.
- NR 32 Tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em gera.
- RDC Anvisa No 36 de 2013 Institui ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

P. M. A Fls. 1932 Ass.

2.1.5.15 IMPLANTAÇÃO DE DOSE UNITÁRIA

INTRODUÇÃO

É inegável a importância dos medicamentos no tratamento da maioria das doenças e a necessidade de o hospital manter um sistema efetivo de sua distribuição para garantir que o paciente os receba de acordo com a prescrição médica.

No final da década de 50, com o aumento do uso de medicamentos mais potentes, mas também causadores de graves efeitos colaterais, iniciou-se a publicação de trabalhos sobre a incidência de erros de medicação em hospitais.

P. M. A Fls. 31 Ass.

P. M. A Fls. 1093 Ass.

Os dados obtidos relataram que, em média, para cada seis doses administradas ao paciente uma estava errada. Incidência superior à prevista pelos autores, mostrando que os sistemas tradicionais de distribuição de medicamentos necessitavam ser repensados, visando a melhorar a segurança na distribuição e na administração dos medicamentos.

Nos anos 60, farmacêuticos hospitalares apresentaram um novo sistema: a **Dose Unitária**, capaz de reduzir a incidência de erros de medicação, o custo dos medicamentos, as perdas e os furtos dos mesmos, de melhorar o aproveitamento dos profissionais envolvidos e de melhorar o nível de assistência oferecido ao paciente internado.

Os resultados de vários estudos comprovaram as afirmações descritas acima e fizeram a *American Society of Hospital Pharmacists* preconizar o uso da Dose Unitária em hospitais americanos.

Apesar do Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária - SDMDU - estar sendo utilizado com êxito nos países da América do Norte e Europa, são raros os hospitais brasileiros que o adotam. Assim, este texto tem como objetivo aprimorar o conhecimento sobre o sistema e relatar o resultado da sua implantação em nossos hospitais.

2.1.5.16 MEDICAMENTOS CONTROLADOS

Objetivo

Otimizar a dispensação e o controle dos medicamentos da portaria 344/98.

Considerações

A Portaria 344/98 aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. São listados abaixo os medicamentos da Portaria 344 padronizados na Rede Básica.

A3 – Notificação Amarela – Metilfenidato (Ritalina®).

Validade da prescrição: 30 dias em todo Território Nacional, sendo necessário que seja acompanhada da receita médica com justificativa de uso, quando para aquisição em outra Unidade Federativa. Quantidade máxima da prescrição: 1 (uma) substância para 30 dias de tratamento.

Respeitando os seguintes critérios:

P. M. A
Fls. 1034
Ass.

O uso deste medicamento no **Município** é orientado somente aos pacientes que atendam os critérios de inclusão constantes no Protocolo Municipal de Uso do Metilfenidato.

P. M. A
Fls.
Ass.

A notificação proveniente do SUS deverá conter carimbo de identificação da Unidade, identificação legível e assinatura do prescritor;

A notificação proveniente de serviço privado deverá conter identificação legível e assinatura do prescritor e endereço do local de atendimento.

B1 – Notificação Azul – Clonazepam, Diazepam.

Validade da prescrição: 30 dias a partir da data de emissão **e somente dentro da Unidade Federativa** que concedeu a numeração.

Quantidade máxima por prescrição: 1 (uma) substância, 5 (cinco) ampolas e demais formas farmacêuticas para 60 dias de tratamento.

C1 – Receituário de Controle Especial – Ácido Valpróico, Amitriptilina, **Biperideno**, **Carbamazepina**, Carbonato de Lítio, Clomipramina, Clorpromazina, **Fenitoína, Fenobarbital**, Fluoxetina, Haloperidol, Imipramina, Levomepromazina, Nortriptilina, Sertralina

Validade da prescrição: 30 dias a partir da data de emissão, em todo território nacional.

Quantidade máxima por prescrição: 3 (três) substâncias, 5 (cinco) ampolas e demais formas farmacêuticas para 60 dias de tratamento, exceto os **anticonvulsivantes e antiparkisonianos,** que podem ser dispensados para 180 dias. Os anticonvulsivantes e antiparkisonianos disponíveis na rede são: Ácido Valpróico, Biperideno, Carbamazepina, Fenitoína e Fenobarbital

C3 – Talidomida. Obs.: Dentro de 72h devem ser apresentadas à autoridade sanitária local as receitas procedentes de outras Unidades Federativas para averiguação e visto.

Procedimento

1 Acolher o usuário;

2 Analisar a receita, observar tipos de medicamentos, tipo de receita, data de emissão, posologia e quantidade prescrita;

Obs.: A numeração da notificação das receitas deverá se iniciar pelo número do Município.

P. M. A
Fls. 1055
Ass.

Ao identificar irregularidade, o medicamento poderá ser dispensado, mas a cópia da notificação deverá ser encaminhada para VISA;

3 Orientar o paciente sobre a maneira adequada da administração do medicamento.

4 Anotar nas receitas:

a) O nome de quem está dispensando;

b) Data;

c) Quantidade dispensada

d) Preencher na 1ª na via da receita o nome, RG e telefone do responsável pela retirada do medicamento.

e) Anotar a identificação do registro (número da movimentação gerada no sistema–número da receita)

5 Arquivar a documentação relativa à movimentação pelo periodo de 2 (dois) anos para o controle das autoridades sanitárias, conforme solicitado pela Portaria 344.

6 Realizar uma contagem diária dos medicamentos para um maior controle.

7 Gerar o livro de medicamentos controlados todo 5º dia útil do mês, gravado em CD/Pen drive ou impresso.

8 As quantidades a serem dispensadas de medicamentos que se apresentarem em embalagens que não permitam o atendimento exato da quantidade prescrita deverão seguir o informe de "orientações sobre fracionamento de medicamentos rede municipal de saúde".

Obs: Atentar para as apresentações disponibilizadas

Riscos/Limitações

Desvios e uso irracional de medicamentos controlados pela Portaria 344.

P. M. A
Fls. 1056
Ass.

2.1.5.17 PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO
2.1.5.17.1. LIMPEZA GERAL

Título: Limpeza Geral da Farmácia		
Tipo: Procedimento Operacional Padrão		
Aplicação: Farmácia		
Elaborado: 03/2025	**Elaborado: 03/2026**	

1. **Objetivo**

Manter a farmácia limpa e organizada, evitando a proliferação de insetos, o acúmulo de lixo e de sujidades.

2. **Responsabilidade e Área De Atuação:**

Auxiliar de serviços gerais da Unidade, farmacêuticos e auxiliares de farmácia.

3. **Frequência:** Diária

4. **Descrição do Procedimento**

- Ao iniciar a jornada de trabalho, em todos os turnos, o farmacêutico e auxiliar de farmácia devem realizar a limpeza das mesas e bancadas com pano limpo e umedecido com álcool 70%, ou limpador multiuso ou solução de hipoclorito de sódio 1%;
- Solicitar ao auxiliar de serviços gerais a remoção dos lixos e reposição dos cestos com sacos novos e apropriados;
- Solicitar ao auxiliar de serviços gerais que realize a limpeza diária do chão, removendo as sujidades e após limpando com pano molhado em água e sabão;
- Antes de repor bins e prateleiras, realizar a limpeza com pano limpo e umedecido com álcool 70%, ou limpador multiuso ou solução de hipoclorito de sódio 1%;
- Sempre que esvaziar um palete, removê-lo e realizar a limpeza do palete e do piso;
- A Farmácia da **Unidade** deve realizar a limpeza semanal do estoque com aspirador de pó para remoção de poeira e sujidades;

P. M. A
Fls 937
Ass.

- Bimestralmente, quando o estoque de insulina estiver baixo, retirar os medicamentos da geladeira, colocar em caixa térmica previamente preparada e com a temperatura estabilizada, e realizar a limpeza da geladeira com esponja limpa, previamente umedecida com água e sabão. Após esse procedimento, passar pano limpo umedecido com álcool 70% na parte interna e externa. Não esquecer de retirar as prateleiras e gavetas para realizar a limpeza.
- Mensalmente, retirar o filtro do ar-condicionado, lavar com água e sabão e secar com pano limpo.

DATA	ELABORADO	APROVADO	GESTOR LOCAL

P. M. A
Fls. 1054
Ass.

2.1.5.17.2. VERIFICAÇÃO DA VALIDADE DOS ITENS

Título: VERIFICAÇÃO DA VALIDADE DOS ITENS	
Tipo: Procedimento Operacional Padrão	
Aplicação: FARMACIA	
Elaborado: 03/2025	**Elaborado: 03/2026**

1. Objetivo

Evitar a perda de medicamentos que estão com o prazo de validade curto e podem ser consumidos em uma farmácia de outra unidade.

2. Responsabilidade e Área de Atuação

Farmacêuticos e Auxiliares de Farmácia que atuam na Farmácia Hospitalar

3. Descrição do Procedimento

- Acessar a área de relatório do sistema
- Solicitar o relatório *Movimentação de Estoque – Lotes e validades por unidade.* Inserir os dados obrigatórios. No campo data, colocar a data inicial o dia atual e a data final 4 meses após, por exemplo inicial 01/04/2025 final 01/08/2025. Selecionar *apenas produtos com estoque positivo.*
- Observar o estoque gerado pelo sistema e realizar análise crítica, verificando se tais itens serão dispensados antes de vencerem;
- Ao dispensar medicamentos com validade curta, atentar-se ao fato de que o medicamento não pode vencer durante o tratamento. Dessa maneira, observar a posologia e o tempo de tratamentos estipulados pelo prescritor.
- Ao constatar que um item não será consumido, entrar em contato com os demais farmacêuticos para efetuar o remanejamento e evitar o desperdício.

DATA	ELABORADO	APROVADO	GESTOR LOCAL

P. M. A
Fls. 1035
Ass.

2.1.5.17.3. CONFERÊNCIA DE PEDIDOS E ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Título: Conferência de pedidos e armazenamento de medicamentos e insumos		
Tipo: Procedimento Operacional Padrão		
Aplicação: Farmácia		
Elaborado: 03/2025	**Elaborado: 03/2026**	

1. Objetivo

Verificar se os pedidos solicitados para o almoxarifado estão de acordo com as guias de solicitação e com os quantitativos solicitados e armazená-los de maneira adequada.

2. Responsabilidade e Área de Atuação

Farmacêuticos e Auxiliares de Farmácia que atuam na Farmácia da **Unidade**

3. Descrição do Procedimento

- Receber as caixas e as guias de solicitação;
- Verificar o número de volumes e a integridade das caixas (se estão molhadas, rasgadas, perfuradas). Caso os volumes apresentem alguma avaria antes de serem abertos, anotar no verso da guia de transferência e informar a matriz após a conferência;
- Abrir as caixas com o auxílio de uma tesoura ou estilete;
- Retirar os medicamentos e insumos das caixas;
- Verificar se a quantidade enviada está de acordo com a guia de solicitação;
- Verificar se o lote é mesmo que está digitado na guia;
- Verificar se a validade é a mesma que está digitada na guia;
- Fazer esse procedimento com todos os itens recebidos;
- Caso apresente alguma avaria, anotar na guia de solicitação;
- Após conferência de todos os volumes, enviar correio eletrônico via sistema SIG
- Na hora de guardar, atentar-se para que as caixas não fiquem no chão, encostadas na parede ou no teto.

- Não armazenar medicamentos e materiais em locais com exposição a luz solar;
- Preferencialmente, armazenar as caixas hospitalares de comprimidos atrás do bin correspondente;
- Comparar a validade dos itens recebidos dos itens já estocados na farmácia.
- Organizar o estoque e armazenar caixas sempre considerando a metodologia PVPS – primeiro que vence, primeiro que sai.
- Evitar a exposição direta a luz solar.

DATA	ELABORADO	APROVADO	GESTOR LOCAL

P. M. A
Fls. 1061
Ass.

2.1.5.17.4. REPOSIÇÃO DE BINS E PRATELEIRAS

Título: Reposição de bins e prateleiras		
Tipo: Procedimento Operacional Padrão		
Aplicação: Farmácia		
Elaborado: 03/2025	**Elaborado: 08/2025**	

1. Objetivo

Manter as prateleiras e bins devidamente abastecidas com os medicamentos, agilizando do atendimento ao paciente.

2. Frequência

Diariamente

3. Descrição do Procedimento

- Diariamente, observar quais prateleiras e quais bins estão com estoque baixo;
- Antes de repor, limpar as prateleiras e bins que estão vazios;
- Observar o estoque no sistema para saber qual o lote está disponibilizado primeiro para saída;
- Repor as prateleiras e bins com os lotes observados;
- Caso o estoque do bin e das prateleiras estejam baixos, porém não zerados, separar os lotes, para que os mesmos não sejam confundidos;
- Organizar o estoque e repor as prateleiras e bins sempre considerando a metodologia PVPS – primeiro que vence, primeiro que sai.

DATA	ELABORADO	APROVADO	GESTOR LOCAL

P. M. A
Fls. 1062
Ass.

2.1.5.17.5 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Título: Dispensação de Medicamentos	
Tipo: Procedimento Operacional Padrão	
Aplicação: Farmácia	
Elaborado: 03/2025	**Elaborado: 03/2026**

1. **Objetivo**

Garantir a correta dispensação de medicamentos, proporcionando eficácia da terapia medicamentosa proposta pelo médico

2. **Frequência**

Sempre que solicitado

3. **Descrição do Procedimento**

- Acolhimento do usuário
- Receber a prescrição;
- Solicitar o cartão municipal de saúde;
- Observar todos os dados obrigatórios que devem constar na prescrição (data, identificação do prescritor, identificação do paciente, se há rasuras);
- Conferir se o nome do paciente no cartão municipal de saúde é o mesmo nome da prescrição;
- Realizar análise crítica da prescrição, observando a coerência da posologia, possíveis interações medicamentosas, dose máxima recomendada, se na mesma prescrição há medicamentos de uma mesma classe que realizam a mesma função, por exemplo Atenolol e Propranolol.
- Caso o auxiliar tenha alguma dúvida, consultar o farmacêutico para saber qual conduta tomar;
- Caso o farmacêutico visualize alguma inconsistência, informar o paciente e utilizar o bilhete de comunicação com o prescritor. Anexar o bilhete e orientar o paciente a levar para o prescritor;
- Caso não haja nenhuma inconsistência, acessar o cadastro do paciente e verificar se está na data correta de retirar os medicamentos. Se não estiver na data correta, orientar o paciente quando ele deve retornar;
- Separar os medicamentos;

P. M. A
Fls 1062
Ass.

- Digitar os medicamentos no sistema e conferir com a receita e com os itens separados;
- Digitar a demanda reprimida;
- Após, registrar no sistema, etiquetar os itens com a posologia recomendada na prescrição;
- Carimbar "medicamentos fornecidos" nos itens dispensados. Se for de uso continuo, anotar a data e quantidade dispensada;

DATA	ELABORADO	APROVADO	GESTOR LOCAL

P. M. A
Fls. 1264
Ass.

2.1.5.17.6 SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO

Título: Solicitação de Medicamento não Padronizado	
Tipo: Procedimento Operacional Padrão	
Aplicação: Farmácia	
Elaborado: 03/2025	**Elaborado: 03/2026**

Objetivo

Descrever a metodologia de solicitação de: Material e Medicamento não – padronizado.

Responsabilidades

Farmacêutico: responsável pela verificação técnica do medicamento não - padrão.

colaborador do CAF: responsável pelo controle e solicitação de medicamento não - padronizado. Responsável pela solicitação ou envio de empréstimos.

Documentos Complementares

Manual de Boas Práticas da Farmácia

Manual da Qualidade

Definições

Farmácia

Descrição

- ✓ Medicamentos não – Padronizados: o Farmacêutico recebe o Formulário de Justificativa de Compra de não padrão, previamente preenchido pelo médico solicitante e verifica se existe medicamento similar padronizado para ser utilizado no lugar do solicitado, passando esta informação para o médico. Ao receber o Formulário de Justificativa de Compras o Farmacêutico deve informar a quantidade do medicamento que será necessário para o tratamento do paciente.
- ✓ Caso não tenha outra opção, o Farmacêutico deverá enviar a justificativa de compras para a Diretoria para autorização e após aprovação encaminhar ao compras para realizar o orçamento

P. M. A
Fls 065
Ass.

Nota: quando a solicitação de produtos não padrão é feito por médico residente, é necessária a assinatura do chefe de equipe para dar andamento no processo de aprovação da justificativa. Em caso negativo comunicar imediatamente o solicitante.

- ✓ Assim que o medicamento for recebido, fazer a conferência, dar entrada no sistema informatizado, transferir para o estoque de destino, e encaminhar de preferência para o Farmacêutico, e este armazena o medicamento no local adequado, e informa o setor solicitante para realizar a digitação e proceder à saída para o paciente.

Nota: Arquivar o formulário na pasta de justificativas de compras autorizadas ou não para controle.

Nota: Quando acabar o tratamento do medicamento não padrão, o farmacêutico avisa via e-mail ao estoque para que o medicamento seja bloqueado no sistema.

Nota: para a compra não padrão, encontra-se na Intranet Formulário de Justificativa para Compra de Medicamento Não Padronizado.

DATA	ELABORADO	APROVADO	GESTOR LOCAL

P. M. A
Fls. 1066
Ass.

2.1.5.17.7 SOLICITAÇÃO E RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS POR DOAÇÃO

Título: Solicitação e Recebimento de Medicamentos por Doação	
Tipo: Procedimento Operacional Padrão	
Aplicação: Farmácia	
Elaborado: 03/2025	**Elaborado: 03/2026**

Objetivo

Descrever a sistemática utilizada para solicitar os medicamentos que são enviados por doação, conforme orientação do Ministério da Saúde.

Responsabilidades

Farmácia: controlar o estoque, encaminhar a solicitação e relatório para o Órgão competente.

Assistência Farmacêutica: verificação técnica dos medicamentos.

Comissão de Homologação de fornecedores: responsável por avaliar a marca do fornecedor.

Documentos Complementares

Manual de Boas Práticas da farmácia.

Manual da Qualidade

Descrição

- ✓ ***Medicamentos para TB:*** o responsável pelo estoque deve verificar o consumo dos medicamentos para TB durante o mês. As informações são lançadas no formulário de controle de fornecimento de medicação do programa de tuberculose. Este formulário é específico para solicitação dos medicamentos. Após o preenchimento do formulário encaminhar formalmente para a Vigilância em Saúde do Município, pelo contato telefônico. Assim que a Vigilância em Saúde do Município autorizar a retirada, agendar motorista para retirar os medicamentos.

P. M. A
Fls. 1067
Ass.

Indicadores de Gestão

- Notificação de reações adversas a medicamentos
- Notificações de desvios técnicos de qualidade
- Interações medicamentosas identificadas
- Número de itens dispensados
- Valor dos medicamentos dispensados
- Índice de devolução
- Porcentagem de erros de dispensação
- Pacientes orientados
- Porcentagem de prescrições avaliadas pelo farmacêutico
- Número de intervenções farmacêuticas realizadas
- Taxa de não aderência à recomendação de adequação da prescrição de antimicrobianos
- Informações sobre medicamentos solicitadas/ fornecidas
- Número de pacientes com acompanhamento farmacoterapêutico
- Número de Eventos no processo de aplicação medicamentosa

DATA	ELABORADO	APROVADO	GESTOR LOCAL

P. M. A
Fls. 168
Ass.

2.1.5.17.8 CONTROLE DE TEMPERATURA DA FARMÁCIA

Título: Controle de temperatura da Farmácia	
Tipo: Procedimento Operacional Padrão	
Aplicação: Farmácia	
Elaborado: 03/2025	**Elaborado: 03/2026**

1. Objetivo

Controlar a temperatura e umidade ambiente da farmácia anotando, diariamente, na planilha de registro mensal de temperatura e umidade os valores corretos a fim de garantir a estabilidade dos medicamentos

2. Material Utilizado

Planilha de registro mensal de temperatura de geladeira e outra de ambiente, caneta esferográfica e termômetro digital interno/externo, máximo/mínimo.

3. Descrição do Procedimento

- A verificação da temperatura e da umidade deve ocorrer três vezes ao dia, sempre no iníciode cada turno às 07h, a tarde às 13h e a noite às 19h.
- Anotar a temperatura atual, máxima e mínima diariamente da farmácia (ambiente) Umidade e da geladeira por 3 vezes ao dia.
- Deve-se anotar a data e o horário da verificação na planilha de controle de temperatura e na planilha de umidade ambiente;
- Verificar a **temperatura** atual interna (geladeira) e externa (farmácia) no termômetro digital localizado ao lado da geladeira e registrar nas planilhas;
- Apertar o botão *Máx/Min* para verificar a **temperatura** máxima e mínima, interna da geladeira e externa da farmácia, registradas e, anotar na planilha.
- Verificar a **umidade** atual ambiente no termômetro digital localizado ao lado da geladeira e registrar na planilha;

P. M. A
Fls. 1069
Ass.

- Apertar o botão *Máx/Mín* para verificar a **umidade** mínima e máxima ambiente no e registrar na planilha;
- Após a verificação da temperatura e da umidade apertar o botão *Reset/Clear* do termômetro digital para apagar os registros anteriores;
- Assinar no campo "ASSINATURA".

4. Periodicidade

3 vezes ao dia

5. Referências de Controle

Temperatura ambiente: 15º C a 25°C

Temperatura geladeira: 2ºC a 8° C

Umidade Relativa (UR): 35% a 65%

Cuidados: Caso a temperatura ambiente atual esteja maior que 25°C, deve-se reduzir a temperatura do ar-condicionado, usando o controle remoto, para manter o ambiente refrigerado.

Obs.: Caso a temperatura esteja inferior a 2°C ou superior à 8°C, deve-se fazer a diminuição ou aumento da potência da geladeira, se não resolver, comunicar imediatamente a gerência imediata e chamar o Setor de Manutenção. O plano de contingência será utilizar uma outra geladeira.

A planilha de registro mensal de temperatura será arquivada pelo farmacêutico responsável.

6. Responsável(S)

Farmaceutico/ Auxiliar de Farmácia

7. Referências

Guia de Orientação do Exercício Profissional em Farmácia Hospitalar. Paraná: Comissão de farmácia hospitalar, 2012. 72 p. Disponível em: www.crf-pr.org.br/uploads/comissao/27057/Guia_Farmacia_Hospitalar.pdf. Acesso em Mai. 2023.

DATA	ELABORADO	APROVADO	GESTOR LOCAL

P. M. A
Fls. 1070
Ass.

2.1.6 SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Serviço complementar de assistência direta ao paciente por meio de visita, anamnese, avaliação e orientação inclusive na alta. O desenvolvimento do trabalho do assistente social junto ao paciente se realiza por meio da intervenção em questões sociais vivenciadas pelo mesmo e seus familiares, ampliando informações, viabilizando e mobilizando recursos na perspectiva de garantir direitos, qualidade e humanização do atendimento, integrando a equipe interdisciplinar contribuindo com a eficiência e otimização dos serviços prestados. O assistente social é um profissional especializado que trabalha para que as políticas públicas sejam efetivas, informando e garantindo que elas sejam cumpridas, fazendo com que os direitos do cidadão sejam respeitados. Orienta os pacientes quanto aos seus direitos garantidos por lei

O Serviço Social no hospital tem como objetivo:

- Defender os direitos dos pacientes
- Promover a saúde e prevenir doenças
- Educar os pacientes sobre os recursos disponíveis
- Entender as necessidades dos pacientes
- Desenvolver estratégias para atender às necessidades identificadas
- Supervisionar iniciativas voltadas para a promoção da saúde
- Realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais

As atividades do assistente social no hospital incluem:

- Análise de situações
- Elaboração de planos
- Coordenação de programas
- Acolhimento
- Escuta sensível
- Construção e fortalecimento de vínculos

2.1.6.1 PROTOCOLOS E PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

É política DO Hospital é a garantia da qualidade e segurança da assistência, portanto, considera necessária a disponibilização de Protocolos e Procedimentos técnicos padronizados para toda a equipe profissional, de forma a promover o conhecimento e execução dos cuidados de acordo com o estabelecido institucionalmente.

P. M. A
Fls. 107
Ass.

Os Protocolos e Procedimentos técnicos utilizados pela Assistência Social, estarão disponíveis em manuais operacionais atualizados, conforme modelos detalhados. Estes documentos foram desenvolvidos pela Organização Social, e serão disponibilizados para que os profissionais do PS providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais. Na sequência serão submetidos a aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermagem, Administração).

A partir da aprovação serão cadastrados e disseminados para toda equipe através de treinamentos.

- •Protocolos de Segurança:
- Protocolo de avaliações do Serviço Social
- Protocolo de acompanhamento do Serviço Social
- Protocolo de Identificação do Paciente
- Protocolo de Comunicação Segura
- Protocolo de Higienização das Mãos

2.1.6.2 PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

Acolhimento e orientação aos familiares de pacientes que foram a óbito.

Ao ocorrer óbito de paciente a equipe interdisciplinar comunica o serviço social, que realizará contato com familiares, solicitando que compareçam brevemente ao **Hospital Municipal Santo Antonio**. Os familiares serão acolhidos pela equipe interdisciplinar, e receberá a comunicação do óbito pelo médico. O serviço social prestará informações relacionadas ao funeral, a rotina hospitalar e documentação necessária para a liberação do corpo.

Orientação aos familiares sobre condições agravantes de saúde/ tratamento do paciente.

A equipe médica informa a enfermagem e/ou o serviço social, para entrar em contato com familiares e/ou responsáveis pelo paciente, para que compareçam ao **Hospital Municipal Santo Antonio.**, onde o médico informará a família de qual o procedimento está sendo tomado pela equipe médica frente ao estado clínico do paciente.

Orientação de Alta ao paciente

A equipe médica e/ou enfermagem informará ao serviço social, da alta do paciente, o serviço social, verifica se todas as orientações e/ou encaminhamentos foram compreendidos pelo paciente, familiar ou responsável, quanto à necessidade de retorno à unidade de saúde na data agendada.

P. M. A
Fls. 1072
Ass.

Caso o paciente esteja impossibilitado de deambular e/ou apresentando sintomas de confusão mental o serviço social, deverá entrar em contato com familiares e/ou responsáveis orientando que é necessário um acompanhante junto do paciente. Se houver necessidade, solicitar transporte. Não tendo familiar e/ou responsável, o Serviço Social deverá encaminhar o usuário a rede integrada social do município para tratamento. Em horário fora do expediente a enfermeira de plantão irá desenvolver a mesma rotina.

Alta do paciente sem condições sociais de transporte

A assistente social deverá identificar este paciente durante a triagem social do serviço e providenciar para o momento da alta o recurso de transporte para a alta do paciente. Em casos de pacientes não identificados e que necessitem de transporte para alta, a Assistente Social irá verificar-se o paciente possui familiar e/ou responsáveis que possam usca-lo no **Hospital Municipal Santo Antônio**. Caso o paciente não possua familiares e/ou responsáveis

O Serviço Social deverá verificar se este se enquadra nos critérios para solicitação do transporte, que são:

- Pacientes acima de 60 anos, impossibilitado de deambular, e desorientados;
- Pacientes que realizaram cirurgia;
- Conforme avaliação do serviço social.

Apoio a Paciente sem vestuário

O Serviço Social providenciará sempre que possível o atendimento a estes usuários disponibilizando vestimentas adequadas para a permanência ou saída da PS diante da solicitação do serviço de enfermagem.

Pacientes sem documentos

O serviço social identificará através da avaliação social, pacientes que não possuam documentações. Também poderão ser identificados os casos pela equipe interdisciplinar e recepção. Paciente sem documentos, receberão orientações e encaminhamentos do serviço social para os órgãos competentes, Secretaria de Ação Social do Município, CRAS- Centro de Referência de Assistência Social.

Apoio ao familiar de outro município

A equipe interdisciplinar ou mediante a avaliação social identificará familiar e/ ou acompanhante de paciente que tenha dificuldade de permanência no município durante o período de internamento. O serviço social realizará contato com a rede socioassistencial no sentido de conseguir que familiar e/ou acompanhante, seja acolhido em casa de apoio do município.

P. M. A
Fls. 1073
Ass.

Orientações sobre benefícios previdenciários

A equipe interdisciplinar ou a recepção comunica ao Serviço Social que paciente e/ou familiar, necessita de informação sobre benefícios previdenciários. O Serviço Social orienta o paciente sobre os benefícios existentes e encaminha os a Agência do INSS Instituto Nacional de Seguro Social ou para o CRAS- Centro de Referência Especializada de Assistência Social.

Internamento de paciente acompanhado de menor de idade

A recepção deverá comunicar o Serviço Social que o paciente está sendo internado com acompanhante menor de idade. Checar no internamento o número do telefone de um familiar e/ou responsável que possa vir buscar o menor de idade e preencher o internamento do usuário. Caso não conseguir contato telefônico deve-se entrar em contato com Conselho Tutelar, solicitando que venham buscar o menor. A responsabilidade pelo menor bem como, pela busca de seus familiares é do Conselho Tutelar.

Evasão de paciente internado

A enfermagem deverá comunicar ao Serviço Social que o paciente internado se evadiu. Preenche formulário próprio e encaminha ao serviço social. Esse solicita ao médico responsável o preenchimento do formulário, se paciente corre risco de morte ou não. Se confirmada a primeira hipótese deverá ser realizado pelo serviço social um Boletim de Ocorrência e esse arquivado no prontuário do mesmo.

2.1.6.3 INDICADORES DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Nº de avaliações realizadas

Nº de atendimentos consultas/interconsultas realizadas

% de Eventos

2.1.6.4 INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

Estrutura do Serviço

O Serviço Social **Hospital Municipal Santo Antônio**. Atuará dentro de uma perspectiva mediadora entre cliente, família e instituição, desenvolvendo ações que ofereçam respostas à dimensão social do paciente. Recepcionará o usuário e a família de maneira humanizada, definindo uma parceria e compromisso no tratamento proposto.

P. M.
Fls.
Ass.

P. M. A
Fls. 1049
Ass.

O assistente social tem como objetivo representar a Instituição Hospitalar na solução de problemas diversos que afligem família e/ou paciente, mantendo sempre uma posição de coerência, clareza, orientação e solução dos problemas que surgem durante o período de atendimento, fazendo muitas vezes a ponte entre a família, equipe técnica, comunidade e unidade de saúde.

Normas e Rotinas

O Serviço Social deverá seguir um Regimento Interno, que constará as atribuições, normas, rotinas, requisitos

Atividades Desenvolvidas:

- ✓ Resolução de problemas de ordem social;
- ✓ Intervenção como mediador;
- ✓ Orientação ao paciente e/ou familiares;
- ✓ Acolhimento e atendimento humanizado;
- ✓ Realizar entrevista social com o paciente;
- ✓ Contra referenciar o paciente aos serviços de atenção básica;
- ✓ Realizar encaminhamentos para os CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), secretarias de saúde/ assistência social/direitos humanos, Ministério Público, Conselhos Tutelares;
- ✓ Desenvolver campanhas educacionais e projetos assistenciais e sociais junto à comunidade;
- ✓ Entrevista social; Viabilização de serviços, tais como: transporte, casa de apoio, dentre outros;
- ✓ Orientação aos pacientes sobre direitos e benefícios legais;
- ✓ Apoio psicossocial grupal e individual;
- ✓ Visitas hospitalares e domiciliares.
- ✓ O Serviço Social terá seu horário de atendimento de segunda a sexta feira, 8h/dia.

2.1.6.5 REGIMENTO SERVIÇO SOCIAL

Capítulo I - Da Finalidade

Art.1° - Através de uma linguagem clara, acessível e disponibilizando de informações, o Serviço Social tem por finalidade, conhecer, orientar, mediar, acolher, encaminhar, resolver intercorrências de ordem social, apreender, compreender e atender as demandas do usuário de maneira humanizada, oferecendo-lhe à devida atenção, encaminha as ações e as direciona para a resolutividade. Trata-se de um processo de inclusão do usuário do serviço de saúde na rede de atendimento médico e psicossocial, conforme as expectativas e necessidades, percebidas ou não, do paciente.

P. M. A
Fls. 075
Ass.

Capítulo II - Da Organização

Art.2º- O setor de Serviço Social é representado por Assistente Social de acordo com organograma do **Hospital Municipal Santo Antônio**.

Capítulo III - Da Competência

Art.3º- Compete ao Setor de Serviço Social:

- ✓ Resolução de problemas de ordem social;
- ✓ Intervenção como mediador;
- ✓ Orientação ao paciente;
- ✓ Acolhimento ao usuário;
- ✓ Realização de entrevista social com o paciente;
- ✓ Contra referenciar o usuário à atenção básica;
- ✓ Realização de encaminhamentos;
- ✓ Desenvolvimento de campanhas educativas e projetos sociais junto à comunidade;
- ✓ Humanização para usuários, visitantes, acompanhantes e funcionários.

Capítulo IV - Do Pessoal e Suas Atribuições

Art.4º- São atribuições do Assistente Social:

- ✓ Conhecer o paciente através de uma entrevista, que de acordo com as condições do mesmo, poderá ser realizada com ele ou com o responsável;
- ✓ Orientar o usuário mediante suas necessidades, informando-os sobre as normas, direitos e deveres;
- ✓ Usar de todos os meios possíveis de comunicação (telefone, telegrama, visita domiciliar) para entrar em contato com familiares e/ou responsáveis de pacientes que estão sozinhos e necessitam de acompanhantes;
- ✓ Solicitar documento do paciente e do responsável no momento da entrevista para confirmação dos dados de identificação;
- ✓ Verificar se os dados de identificação colhidos pelo Assistente Social conferem com os dados impressos na ficha de internamento. Havendo divergência, o mesmo deverá solicitar a retificação;
- ✓ Intervir como mediador, conforme as demandas do usuário, de forma que, tanto o cliente quanto à instituição fique satisfeitos;
- ✓ Acolher de maneira humanizada, ou seja, cumprimentar, dirigir-se à pessoa pelo nome, manter contato visual, demonstrar disponibilidade de tempo e vontade de atendê-la;

P. M. A
Fls. 1076
Ass.

- ✓ Autorizar visita para pacientes em observação no repouso, como também, autorizar a liberação de refeição para acompanhantes com necessidades sociais especiais;
- ✓ Realizar ligações telefônicas, de acordo com a necessidade do paciente;
- ✓ Solicitar no departamento financeiro passagem de ônibus ou de táxi para pacientes sem condições financeiras de retornarem à suas casas, ou ainda viabilizar ambulância para pacientes que não deambulam e estão desacompanhados;
- ✓ Resolver intercorrências de ordem social, e/ou encaminhar para outras unidades (CRAS, Conselho Tutelar, Ministério Público, diretos humanos, entre outros);
- ✓ Informar ao paciente a importância do preenchimento do questionário de satisfação do cliente no momento da alta;
- ✓ Contra referenciar o usuário aos serviços prestados pela atenção primária;
- ✓ Desenvolver e colocar em prática campanhas educativas junto à comunidade;
- ✓ Desenvolver e colocar em prática projetos assistenciais e sociais
- ✓ Promover humanização para os funcionários da Instituição;
- ✓ Solicitar a presença do familiar e/ou responsável em caso de óbito;
- ✓ Realizar visitas periódicas aos PSFs para fortalecer a parceria e trocar informações sobre a comunidade e sobre os atendimentos realizados;
- ✓ Organizar mensalmente a comemoração dos funcionários aniversariantes;
- ✓ Ajudar na organização de eventos, campanhas, palestras e datas comemorativas dentro da UPA com os funcionários;
- ✓ Registrar todos os atendimentos realizados, no livro de ocorrência;
- ✓ Fazer relatório mensal das atividades do Serviço Social para conhecimento da chefia;
- ✓ O assistente Social atuará em todas as áreas assistenciais, tanto com o usuário quanto com funcionários;

Capítulo V - Das Disposições Gerais

Art.5°- Cabe ao responsável do serviço manter este regimento devidamente atualizado.

Art.6º- Todos cumprirão horário de trabalho estabelecido.

Art.7º- Não será permitida a permanência de estranhos à seção, sem autorização da chefia.

Art.8º- Todos os funcionários seguirão as instruções contidas neste regimento.

Art.9º- Toda e qualquer saída de funcionário da seção deverá ser autorizada, por escrito, pele chefia.

Art.10º- Este regimento deverá ser observado na integra por todos os funcionários da unidade.

Art.11º- O presente regimento serve como instrumento de definição de atividade e instalação de autoridade, devendo ser aplicado a todos sem qualquer exceção.

Art.12º- Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Coordenação Geral.

Art.13º- O presente regimento entra em vigor a partir da data de implantação do mesmo e a devida assinatura da Diretoria e Responsável

Áreas de Abrangência

O Serviço Social irá prestar atendimento a todos os usuários, que estejam **Hospital Municipal Santo Antônio**. A orientação em todos estes casos é fundamental para que o usuário siga as orientações dadas na Instituição, respeitando assim o fluxo de referência e contrarreferência.

Quadro de Metas

Metas:

- ✓ Treinar todo o quadro funcional com foco em Humanização;
- ✓ Promover palestras voltadas para a comunidade local, de acordo com as necessidades previamente identificadas;
- ✓ Promover o bem estar entre a família e paciente;
- ✓ Estabelecer um atendimento especializado, no sentido de aproximar e garantir o correto e melhor acesso aos serviços de saúde;
- ✓ Intervir em situações que extrapolam a questão da saúde do usuário nos plantões, e que exigem uma intervenção social, implantando um fluxo de encaminhamentos para a Rede Sócio-Assistencial e orientando o usuário quanto aos direitos sociais;
- ✓ Orientar os familiares e/ou responsáveis por pacientes que estão em sala de observação realizando a mediação entre o familiar e a equipe de saúde;
- ✓ Realizar atendimento em sala de espera com o objetivo de informar a população sobre a rede de atendimento à saúde e a de Direitos Sociais;
- ✓ Notificar os casos de violência e outras, realizando as devidas orientações, encaminhamentos e justificativas necessárias, tanto à vítima e/ ou acompanhante;
- ✓ Levantar dados e contatar a Unidade de Referência, familiares e outros em caso de usuários que requeiram acompanhamento e atendimento resolutivo;
- ✓ Comunicar à Rede Assistencial os casos de violência, abuso, negligência, abandono, omissões e outros atendimentos realizados;

P. M. A
Fls. 1078
Ass.

Legislação de Referência

- ✓ Lei 8.662/1993 Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências;
- ✓ Resolução CFESS 273/1993 Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências.
- ✓ ✓ Lei 8.742/1993 Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.
- ✓ NR 32 Tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em gera.
- ✓ RDC Anvisa No 36 de 2013 Institui ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

P. M. A
Fls. 1079
Ass.

2.1.7 NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

ENFERMARIAS – CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA CIRÚRGICA E PEDIATRIA- UNIDADE HOSPITALAR

Capítulo I – Disposições Iniciais

Art. 1º – Este documento estabelece normas e rotinas para o Serviço de Fisioterapia nas enfermarias da Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Pediatria da Unidade Hospitalar, incluindo:

- Composição da equipe;
- Funcionamento do serviço;
- Atribuições dos fisioterapeutas.

Art. 2º – O fisioterapeuta é o profissional da saúde com formação superior, habilitado a:

- Diagnosticar disfunções cinético-funcionais;
- Prescrever e executar condutas fisioterapêuticas;
- Acompanhar a evolução clínica e definir critérios para alta.

Art. 3º – A atuação do fisioterapeuta abrange assistência individual e coletiva, promoção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação e cuidados paliativos, conforme os princípios do SUS.

Art. 4º – A Fisioterapia é uma ciência voltada para prevenção, diagnóstico e tratamento de distúrbios funcionais do corpo humano, utilizando recursos próprios baseados em conhecimentos científicos e clínicos.

Capítulo II – Composição e Funcionamento do Serviço

Art. 5º – O Serviço de Fisioterapia integra a área assistencial, funcionando de segunda a sexta-feira, com cobertura mínima de 6 horas diárias.

Art. 6º – A equipe é composta por fisioterapeutas que realizam atendimentos aos pacientes internados nas enfermarias da Clínica Médica, Cirúrgica e Pediatria, com orientações também aos familiares e cuidadores.

Art. 7º – As rotinas do fisioterapeuta incluem:

- Passagem de plantão;
- Avaliação e reavaliação dos pacientes;
- Intervenções fisioterapêuticas conforme prescrição;

P. M. A
Fls. 1080
Ass.

- Participação em visitas multiprofissionais;
- Evolução em prontuário;
- Orientação a familiares e cuidadores.

Parágrafo Único: Ausências por férias, licenças ou afastamentos serão administradas pelas chefias imediatas em conjunto com a Unidade Multiprofissional e o Responsável Técnico do Serviço de Fisioterapia.

Capítulo III – Atribuições do Fisioterapeuta

Art. 8º – As atribuições seguem os códigos éticos e legais vigentes e abrangem:

1. Avaliar o estado funcional do paciente com base em exames, anamnese e exame físico.
2. Elaborar diagnóstico fisioterapêutico e definir o plano terapêutico.
3. Prescrever, executar e ajustar condutas conforme evolução clínica.
4. Solicitar exames complementares quando necessário.
5. Registrar todas as condutas e evolução no prontuário.
6. Participar ativamente da equipe multiprofissional.
7. Atuar com foco na prevenção, reabilitação e promoção da saúde.
8. Prescrever órteses, próteses e dispositivos auxiliares não relacionados ao ato cirúrgico.
9. Desenvolver programas e ações educativas para pacientes e cuidadores, inclusive no contexto pediátrico.
10. Realizar treinamentos, capacitações.
11. Participar de pesquisas e comissões institucionais.
12. Avaliar e acompanhar indicadores de qualidade do serviço prestado.

Capítulo IV – Rotinas Operacionais

Art. 9º – As condutas fisioterapêuticas devem ser pautadas em protocolos, boas práticas e evidências científicas. As rotinas incluem:

1. Apresentar-se à equipe, ao paciente e familiares/cuidadores.
2. Participar das visitas e discussões clínicas multiprofissionais.
3. Avaliar diariamente as solicitações de interconsulta.
4. Documentar condutas, evolução e alta fisioterapêutica.
5. Informar o paciente e familiares sobre o diagnóstico e o plano terapêutico.
6. Coletar dados e indicadores sobre a evolução funcional.
7. Orientar os cuidadores, com ênfase especial em pacientes pediátricos quanto ao posicionamento, estimulação precoce, mobilização e cuidados em domicílio.

P. M. A
Fls. 1081
Ass.

8. Atuar como preceptor de estudantes, conforme ética profissional e legislação vigente.
9. Prescrever órteses e próteses não cirúrgicas e realizar medições antropométricas para tal finalidade.
10. Zelar pelo ambiente seguro e adequado às intervenções, considerando as especificidades pediátricas (como humanização, lúdico e interação com o cuidador).

Capítulo V – Disposições Finais

Art. 10º – Situações não previstas neste documento serão avaliadas pelas chefias das Clínicas Médica, Cirúrgica e Pediatria, pela Unidade Multiprofissional e pelo Responsável Técnico do Serviço de Fisioterapia.

Referências

- Resolução COFFITO nº 424/2013
- Portaria SAS/MS nº 661/2010
- COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
- EBSERH – Descrição Sumária das Atribuições dos Cargos (2014)

2.1.7.1 MANUAL DE ROTINA DE ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA AO PACIENTE CRÍTICO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

INTRODUÇÃO

A assistência fisioterapêutica em Paciente Crítico / Intensivo/Intermediário é realizada por equipe composta por fisioterapeutas com experiência e/ou titulação na área. Estes profissionais atuam de forma integrada à equipe multiprofissional, com disponibilidade durante os turnos em que estão escalados, sendo responsáveis pela avaliação, acompanhamento, evolução e conduta fisioterapêutica individualizada.

De acordo com a Resolução nº 509/2019 do COFFITO, as atribuições do fisioterapeuta na assistência à saúde nas unidades de Emergência e Urgência envolvem avaliação, diagnóstico, prescrição e execução de condutas voltadas à funcionalidade respiratória, motora e neuromuscular, com base em critérios técnicos e éticos. A atuação também inclui monitoramento ventilatório, titulação de oxigenoterapia, condutas de desmame ventilatório e suporte à mobilização precoce, entre outras.

A sistematização das rotinas garante maior segurança, padronização e qualidade da assistência, organizando os fluxos de trabalho e orientando os profissionais sobre suas responsabilidades.

P. M. A
Fls. 1082
Ass.

OBJETIVO

Padronizar as rotinas e fluxos da assistência fisioterapêutica nas Unidade Hospitalar, desde a admissão até a alta do paciente, assegurando cuidado integral, seguro e baseado em diretrizes técnico-científicas.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Todos os pacientes admitidos são elegíveis para avaliação fisioterapêutica. A reavaliação deve ocorrer a cada turno, e a conduta será adaptada conforme o estado clínico e funcional do paciente.

- **Estáveis**: receberão condutas amplas, com foco em funcionalidade respiratória e motora.
- **Instáveis**: receberão condutas específicas, com foco em segurança e melhora clínica.

RECURSOS HUMANOS

A equipe fisioterapêutica é composta por fisioterapeutas plantonistas ou diaristas, distribuídos nos turnos manhã, tarde e noite.

DURAÇÃO DO ATENDIMENTO

A duração do atendimento é variável, conforme a complexidade e demanda do paciente. Pode haver necessidade de mais de uma intervenção por turno.

MATERIAIS UTILIZADOS

- CPAP, BIPAP e ventiladores mecânicos.
- Equipamentos de reexpansão pulmonar, espirometria e treinamento respiratório.
- Avaliadores funcionais (manovacuômetro, dinamômetro, peak flow).
- Materiais para mobilização: halteres, faixas elásticas, bola suíça, andadores, cicloergômetro.
- Recursos para posicionamento: poltronas, lençóis, rolos, toalhas.
- Sistemas de aspiração (fechado e aberto).

CRITÉRIOS DE ALTA DA FISIOTERAPIA

O paciente deve ser assistido pela fisioterapia até sua alta, momento em que será realizada reavaliação funcional e finalização dos registros assistenciais.

COMPORTAMENTOS E CONDUTAS

- Seguir normas éticas e regulamentos dos respectivos conselhos profissionais.
- Manter ambiente de trabalho seguro e colaborativo.

P. M. A
Fls. 1086
Ass.

- Registrar todas as ações com clareza, no sistema informatizado e instrumentos físicos.
- Utilizar EPIs conforme recomendações da CCIH e SESMT.
- Evitar uso de adornos.
- Prestar informações com base na ética e na legislação vigente.

ROTINA ASSISTENCIAL FISIOTERAPÊUTICA

Admissão

- Avaliar o paciente no turno de entrada na URGÊNCIA, EMERGÊNCIA.
- Estabelecer diagnóstico cinético-funcional e plano terapêutico.
- Registrar avaliação (sistema + ficha impressa).
- Preencher: indicadores, prevenção de PAV, plano assistencial, e passagem de plantão.

Reavaliação por Turno

- Avaliar sistemas vitais e funcionais.
- Usar escalas como MRC (força muscular) e PERME (funcionalidade).
- Verificar e registrar pressão do cuff.
- Priorizar atendimentos conforme critérios clínicos e logísticos.

Atividades Gerais (todos os turnos)

- Checar exames complementares.
- Cumprir plano terapêutico.
- Realizar higiene brônquica, reexpansão pulmonar e treinamento muscular.
- Promover mobilização precoce.
- Corrigir assincronias, avançar desmame ventilatório.
- Participar de transportes intra e extra hospitalares.
- Registrar atendimentos no sistema.
- Assinar indicadores de qualidade.

Manhã

- Registrar balanço hídrico e temperatura.
- Analisar gasometria.
- Otimizar parâmetros ventilatórios.
- Realizar TRE e extubação, conforme critérios.

P. M. A
Fls. 1084
Ass.

Tarde

- Novo atendimento.
- Incentivar mobilização fora do leito.
- Checar exames e registros.

Noite

- Avaliar conforto ventilatório.
- Estar presente e em sobreaviso.
- Na manhã seguinte, verificar pacientes com necessidade imediata de intervenção.

Alta

- Confirmar com equipe se há alta prevista.
- Reavaliar nível funcional (PERME) e força muscular (MRC).
- Finalizar registros e arquivamento dos formulários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

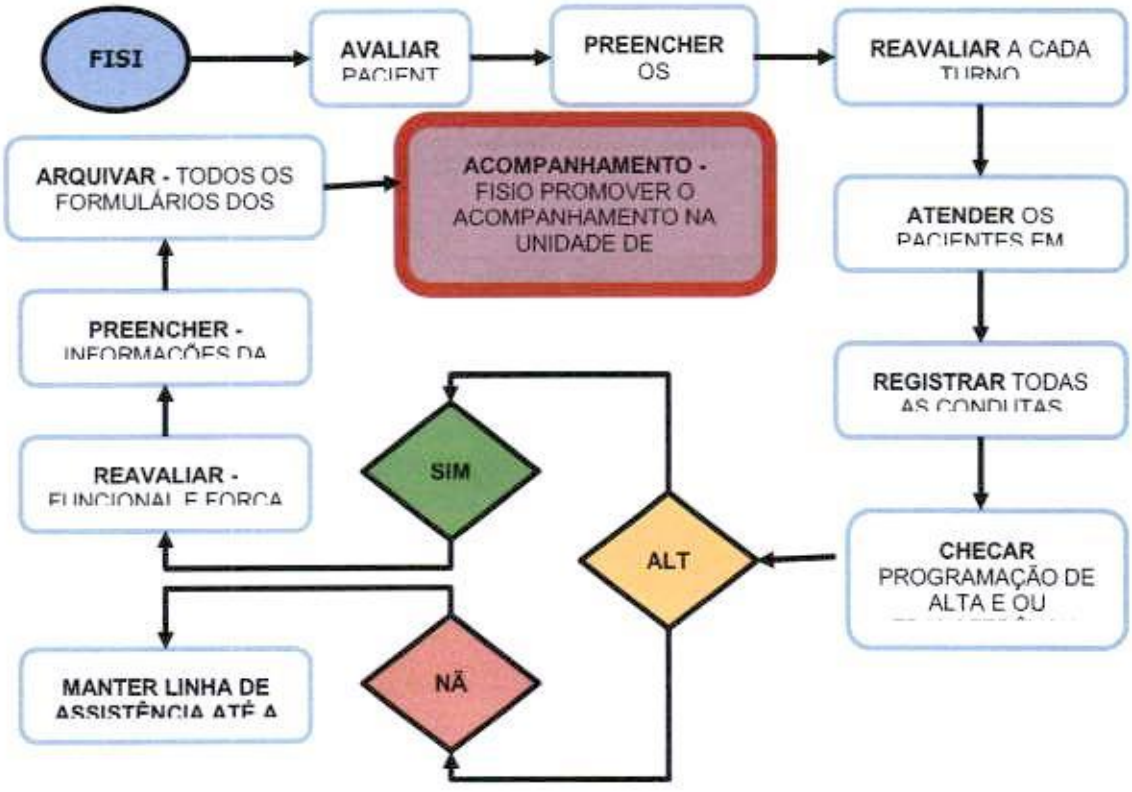
BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria colegiada nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010. Brasília: ANVISA; 2010. C

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução nº 402, de 03 de Agosto de 2011.Brasília: DOU; 2011. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS

HOSPITALARES. Código de Ética e Conduta. Brasília: EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2020

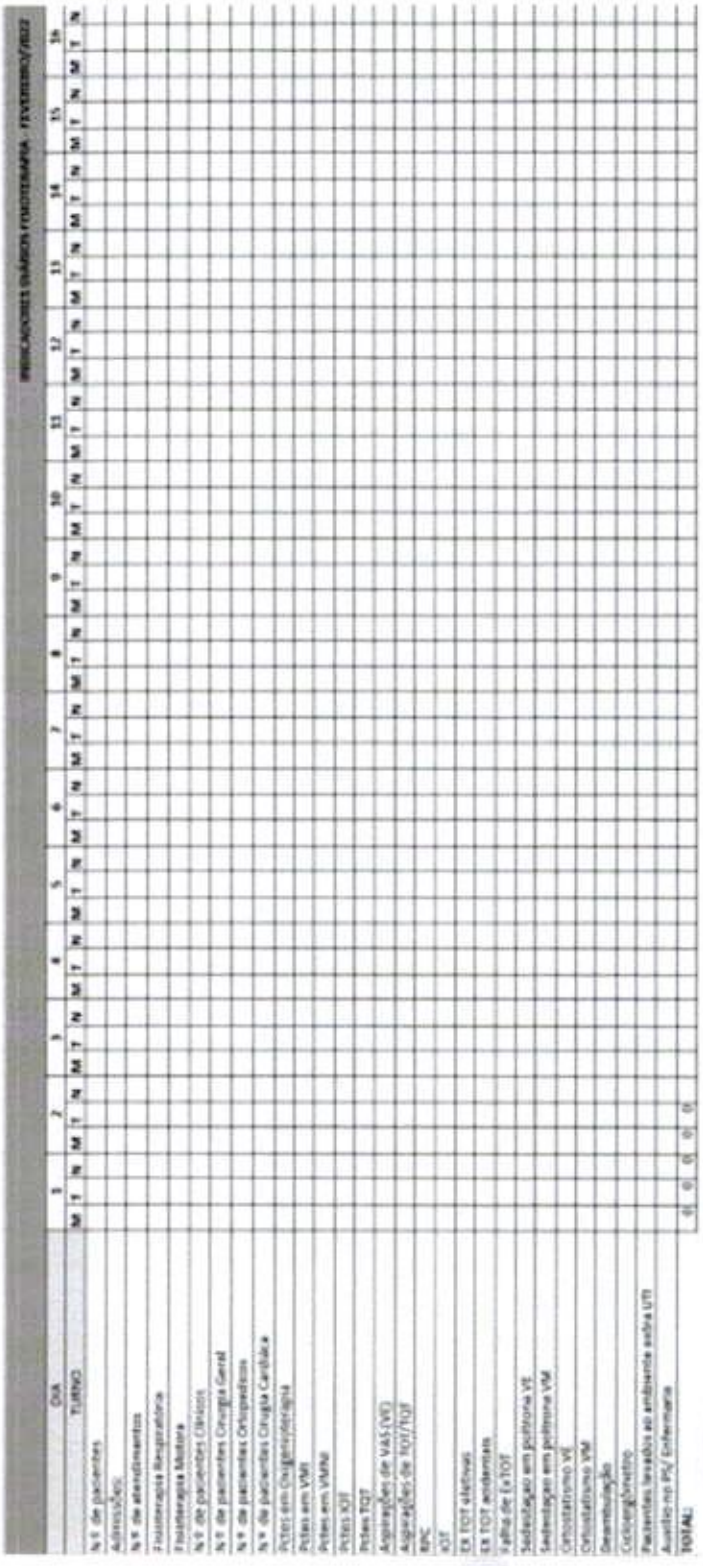
P. M. A
Fls: 1085
Ass.

2.1.7.2 FLUXOGRAMA



P. M. A
Fls. 1086
Ass.

2.1.7.3 ANEXO 1 - PLANILHA DE INDICADORES



P. M. A
Fls. 1087
Ass.

2.1.7.4 ANEXO II - FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPIA

Formulário de Avaliação Fisioterapêutica – Paciente Crítico

1. Identificação do Paciente

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: ( ) M ( ) F Leito: _____ DT Int. ____/____/___

Diagnóstico médico: _____

Médico responsável: _____

2. Histórico Clínico

Motivo da internação: _____

Comorbidades:_____ Uso atual de medicações:

_____

Cirurgias prévias relevantes: _____

Data e tipo de procedimento cirúrgico (se houver): _____

3. Suporte Ventilatório

- ( ) Ventilação Espontânea
- ( ) Ventilação Não Invasiva (CPAP/BIPAP)
- ( ) Ventilação Mecânica Invasivan Modo: _____
  - Parâmetros atuais:
    - VC/PS: _____
    - PEEP: _____
    - FiO_7: _____

- Traqueostomia: ( ) Sim ( ) Não
- Sinais de desconforto respiratório: ( ) Não ( ) Sim Tipo:

_____

P. M. A
Fls. 1984
Ass.

4. Avaliação Respiratória

- Frequência respiratória: _____ irpm
- Ausculta pulmonar:
  - ( ) MV presente
  - ( ) Roncos
  - ( ) Estertores
  - ( ) Sibilos
  - ( ) MV diminuído
- Padrão respiratório: _____
- $SatO_2$: _____ % (em ar ambiente ou com oxigenoterapia: _____ L/min)
- Uso de musculatura acessória: ( ) Sim ( ) Não
- Tosse:
  - ( ) Eficaz
  - ( ) Ineficaz
  - ( ) Ausente

5. Avaliação Motora e Funcional

- Nível de consciência:_____
- Escala de Coma de Glasgow: _____/15
- Força muscular (MRC):
  - Membro Superior D: _____
  - Membro Superior E: _____
  - Membro Inferior D: _____
  - Membro Inferior E: _____
- Mobilidade atual:
  - ( ) Restrito ao leito
  - ( ) Sedestação assistida
  - ( ) Ortostatismo
  - ( ) Deambulação assistida
  - ( ) Deambulação independente
- Escore de Mobilidade PERME: _____

P. M. A
Fls. 089
Ass.

7. Exames Complementares:

RX:_____

( )Tomografia ( ) Ressonância:_____

Gasometria: pH: ___ $PaCO_2$: ___ PaO_2: ___ Sat O_2: __

HCO_3: _____

ECG:_____

Ecocardiograma: _____

CAT: _____

Hemograma:_____Espirometria: CVF:__ VEF1: __ VEF1/CVF: _____

Outros:_____

7. Diagnóstico Fisioterapêutico:

8. Objetivos do Plano Terapêutico:

- ( ) Melhorar troca gasosa
- ( ) Reexpansão pulmonar
- ( ) Fortalecimento muscular respiratório
- ( ) Treinamento de marcha
- ( ) Recondicionamento funcional
- ( ) Desmame ventilatório

- Outros: _____

9. Conduta Inicial Planejada:

Fisioterapeuta Responsável:

Nome: _____

CREFITO: _____

Assinatura: _____

Data: _____

P. M. A
Fls. 1090
Ass.

2.1.8. PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DA LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

2.1.8.1 INTRODUÇÃO:

Os medicamentos, que costumam receber um tratamento diferenciado devido a sua importância estratégica para as ações de saúde, serão considerados como um grupo igual aos demais, uma vez que essa diferenciação não garante um gerenciamento satisfatório se comparado com os demais grupos de materiais.

Pode-se, atualmente, definir almoxarifado como o local destinado à fiel guarda e conservação de materiais, em recinto coberto ou não, adequado a sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna condicionada à política geral de estoques da empresa.

Rotinas rigorosas para a retirada dos produtos no almoxarifado preservarão os materiais armazenados, protegendo-os contra furtos e desperdícios. A autoridade para a retirada do estoque deve estar definida com clareza e somente pessoas autorizadas poderão exercer essa distribuição. Da mesma forma que a retirada de numerário de um banco se dá mediante apresentação do correspondente cheque, a retirada de materiais do almoxarifado deve estar condicionada à apresentação da respectiva requisição. Depositar materiais no almoxarifado é o mesmo que depositar dinheiro em um banco. Seu objetivo é claro: proteger.

A eficiência de um almoxarifado depende fundamentalmente da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do consequente aumento das viagens de ida e volta do aumento do tamanho médio das unidades armazenadas, da melhor utilização de sua capacidade volumétrica.

O almoxarifado é o reduto onde se encontram os "insumos", materiais necessários à sustentação do processo e do sistema produtivo, seja ele de bens, sejam de serviços.

Segundo o regimento interno deste departamento, o mesmo tem como finalidade controlar e analisar gerencialmente todos os estoques existentes na instituição, provendo todos os materiais e medicamentos necessários ao desenvolvimento adequado das atividades hospitalares. Compreende os setores de: gestão dos estoques, farmácia central e satélites, almoxarifado, gerenciamento de materiais consignados, recebimento de mercadorias e transportes.

P. M. A
Fls. 1091
Ass.

2.1.8.2 GESTÃO DE ESTOQUE

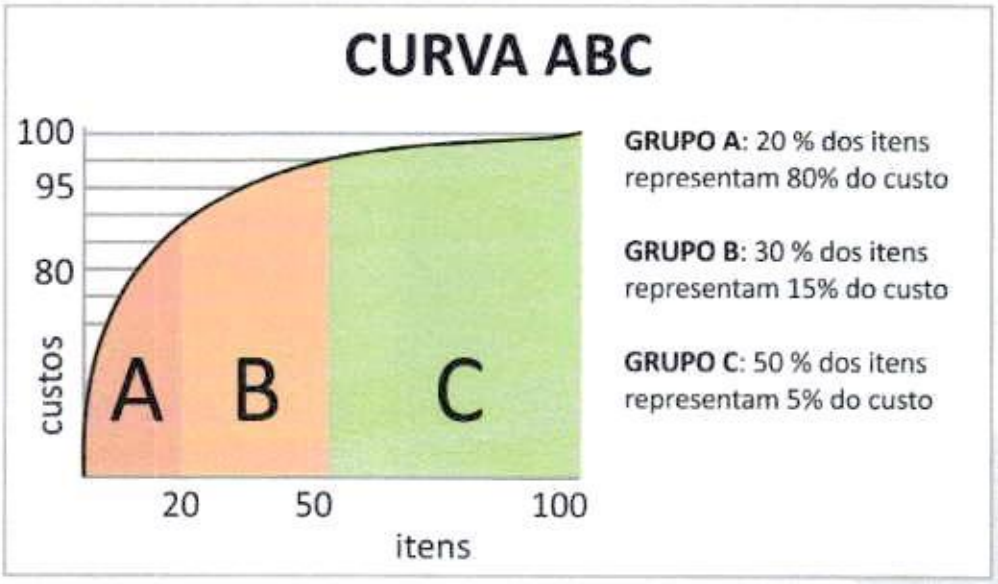
Neste setor ocorre a definição de "quanto" e "quando" comprar. O sistema utilizado é o de reposição dos estoques através do ponto de pedido que baseia-se na definição de parâmetros de controle conforme a classificação ABC.

A classificação ABC, também conhecida como classificação de Pareto, é um método de gestão que visa identificar os produtos em função dos valores que eles representam e, com isso estabelecer formas de gestão apropriadas à importância de cada item em relação ao valor total considerado. Essa classificação pode ser feita sob diferentes valores, por exemplo, classificação ABC do consumo de materiais; de estoque e de fornecedores, sendo a primeira a mais importante para gestão de materiais.

É um importante instrumento para o administrador, pois permite identificar aqueles itens que justificam atenção e tratamento adequados quanto à sua administração. Obtém-se a curva ABC através da ordenação dos itens conforme a sua importância relativa e impacto orçamentário.

Verifica-se, portanto, que uma vez obtida à sequência dos itens e sua classificação ABC, disso resulta imediatamente a aplicação preferencial das técnicas de gestão administrativa, conforme a importância dos itens. A curva ABC tem sido usada para a administração dos estoques, para a definição de política de gestão de estoques, estabelecimento de prioridades para a programação de abastecimento da unidade de saúde.

Após terem sido ordenados pela importância relativa, as classes da curva ABC, podem ser definidas das seguintes maneiras:



P. M. A
Fls. 1092
Ass.

Neste setor ocorre também a previsão da demanda. As previsões sobre a demanda ou o consumo de materiais são fundamentais para a consecução dos objetivos da administração de materiais, que consistem em prover o usuário do material certo na organização.

Previsão de demanda é um processo pelo qual se procura antever o que ocorrerá no futuro para antecipar as providências necessárias para atender aqueles objetivos. Faz parte, portanto, do planejamento da organização e quanto melhor for a capacidade de antevisão das demandas futuras, melhor será o desempenho da gestão de material no alcance desses objetivos. Planejar é sempre uma atividade voltada para o futuro, e o futuro só se pode prever, daí a importância das previsões de modo geral e da demanda em particular.

Classificação XYZ.

Outro conceito bastante utilizado em gestão de estoques é a Classificação XYZ.

Avalia o grau de criticidade ou imprescindibilidade do material no desenvolvimento das atividades realizadas. Parte integrante da gestão de qualidade a classificação XYZ, implica numa avaliação adicional do impacto que determinado item causará nas operações de gestão de estoque.

No âmbito do **Hospital Municipal Santo Antônio- Aripuanã** facilita a identificação para obtenção ou substituição de um item por outra baseada na criticidade que cada item representara na assistência ao paciente.

Itens	Características
Classe X	Materiais de baixa criticidade; Sua falta não interrompe as atividades da organização; Elevada possibilidade de substituição.
Classe Y	Materiais de criticidade média; São vitais para a realização das atividades; Podem ser substituídos por outros com relativa facilidade.
Classe Z	Materiais de máxima criticidade; Sua falta provoca a paralisação de uma ou mais fases operacionais da organização; Não podem ser substituídos por outros equivalentes.

P. M. A
Fls. 1093
Ass.

2.1.8.3 GESTÃO DE COMPRAS

Definido coma área de fator estratégico na cadeia de suprimentos, do setor de saúde, voltada em gestão de recursos financeiros com ênfase no abastecimento de materiais, medicamentos e correlatos do âmbito de saúde.

Atividade que compactua com todas as unidades direta ou indiretamente, tem como objetivo de eficiência a obtenção de insumos certos, das quantidades corretas, das entregas em tempo programado e dos valores mais vantajosos.

Fundamental para o sucesso da organização, pois dentem função direta nos bons resultados tanto financeira como no âmbito de assistência ao cliente.

2.1.8.4 MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO E FARMÁCIA

2.1.8.4.1 OBJETIVO

Estabelecer os critérios para recebimento de produtos hospitalares, medicamentos, materiais consignados, equipamentos hospitalares e outros, a fim de garantir a qualidade de acordo com a legislação vigente.

Responsabilidades

Almoxarifado / Farmácia

Documentos Complementares

Manual de procedimentos

Manual da Qualidade

Definições

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

ONA: Organização Nacional de Acreditação;

N.F.: Nota-Fiscal;

P. M. A
Fls. 1074
Ass.

2.1.8.5 CENTRAL DE ABASTECIMENTO ALMOXARIFADO

Suas principais funções e atribuições (almoxarifado de especialidades farmacêuticas) são: **receber**, **armazenar** (estocar), **controlar estoque**, **distribuir** os produtos para os centros de custos da Unidade. Após o recebimento, todos os produtos são identificados através de códigos de barras, visando garantir a **rastreabilidade** por lote e validade. Critérios internos de armazenamento são seguidos para **preservar a qualidade** dos produtos adquiridos.

Responsabilidades dos Serviços

- Gestão (seleção, aquisição, armazenamento e distribuição) dos produtos;
- Gestão de outros produtos farmacêuticos (dispositivos médicos, reagentes, etc.);

2.1.8.6 RECEBIMENTO E INSPEÇÃO DOS PRODUTOS – ALMOXARIFADO

- ✓ O departamento de compras encaminha duas vias de ordem de Fornecimento para o almoxarifado.
- ✓ O almoxarifado recebe a Nota-Fiscal, confere com a Ordem de fornecimento, verificando descrição do produto, quantidade, valor, CNPJ, razão social e data de emissão da NF.
- ✓ No almoxarifado, há uma área específica para o recebimento dos produtos (Quarentena).
- ✓ Para medicamentos, materiais médico hospitalares, insumos e dietas enterais, são analisados: quantidade; validade; integridade física; especificações técnicas; lote e embalagem.
- ✓ Os produtos com algum tipo de divergência são acondicionados e identificados, até que seja resolvido.
- ✓ No ato da conferência dos produtos, efetua–se o checklist da Nota fiscal, atestando a veracidade e juntamente com a Ordem de fornecimento, encaminha-se para contas a pagar. Posteriormente é realizado o lançamento no sistema de gestão gerando etiquetas com código de barras individualizado constando nome do produto, lote e validade, para que a rastreabilidade seja eficaz.

Nota: O recebimento de dietas enterais é realizado por uma nutricionista e dietas parenterais por um Farmacêutico.

- ✓ Para equipamento médico-hospitalar, encaminha o equipamento e a N.F. para a análise técnica do setor de Engenharia Clínica. Depois de analisado e testado o equipamento será patrimoniado e encaminhado para o setor solicitante. A N.F. será devolvida para o Almoxarifado.

P. M. A
Fls. 1095
Ass.

- ✓ Para medicamentos Termolábeis à inspeção é realizada através de um termômetro digital, onde este nos mostra a temperatura do medicamento, que pode variar de 2º à 8º, segundo instruções do fornecedor que vem na própria embalagem.
- ✓ Quando ocorrer reincidência de não conformidade, notifica o setor de compras, solicitando que se tome a ação necessária, a fim de evitar problemas futuros.

2.1.8.7 AVALIAÇÃO E PERFORMANCE DO FORNECEDOR – ALMOXARIFADO

- ✓ No ato da entrega é realizada uma avaliação de performance do fornecedor, preenchendo a ficha no sistema, onde contém informações técnicas e específicas do transporte, integridade dos produtos, segurança e acuracidade das entregas.

2.1.8.8 MANUSEIO DE PRODUTOS – ALMOXARIFADO

O manuseio é realizado por equipamentos adequados, respeitando as normas técnicas e boas práticas farmacêuticas.

2.1.8.9 ARMAZENAR OS PRODUTOS – ALMOXARIFADO

A estocagem, devem ser em pallets, prateleiras e armários, permitindo fácil visualização e perfeita identificação dos produtos, quanto ao nome, seu número de lote e seu prazo de validade.

- ✓ Na Farmácia Central o controle de temperatura e umidade é realizado através de um checklist diário, respeitando as normas estabelecidas para cada tipo de produto/medicamentos (quando aplicável). Através do sistema de alerta é possível detectar defeitos no equipamento para pronta reparação.
- ✓ O método utilizado para o armazenamento dos materiais e medicamentos é o PEPS (primeiro que entra, primeiro que sai) ou FEFO (Primeiro que Vence é o Primeiro que Sai).
- ✓ No almoxarifado os insumos são controlados via sistema de gestão atualizados mensalmente, onde sua rastreabilidade previne o desvio de medicamentos tendo impacto direto na saúde do paciente. Permitindo a identificação da rastreabilidade reversa, medicação administrada em horário e dosagem correta.
- ✓ Para as dietas enterais, parenterais e fórmula infantil é realizada uma verificação do "Laudo Microbiológico" onde será arquivado na UND ou Farmácia.

- ✓ No estoque, o controle de validade dos medicamentos e materiais, é realizado através do sistema de gestão (Software) em relatórios trimestrais apontando os itens com validade próxima, onde o gestor e o farmacêutico providência o giro do produto em questão. Caso não seja possível o consumo e algum produto atinja o prazo de validade deverá ser excluído do sistema de gestão (Software) com as devidas informações e descartado (Conforme orientação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos do **Hospital Municipal Santo Antônio- Aripuanã** assinado a baixa e arquivando-a na pasta de medicamentos e/ou materiais vencidos.

2.1.8.10 SEPARAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

- ✓ Padronização de catálogos dos produtos, respeitando a particularidade de cada centro de custo onde o sistema (Software) apontará o ponto de ressuprimento para o almoxarifado realizar a reposição dos itens.
- ✓ Realizado semanalmente atualização dos catálogos com cada supervisor dos diversos centro de custo.
- ✓ Separar através do sistema FIFO (Primeiro que Vence é o Primeiro que Sai) PEPS, Transferir e/ou Baixar o material e medicamento no sistema (Software) através do seu código de barra e encaminhar ao centro de custo solicitante.

2.1.8.11 DISTRIBUIÇÃO

- ✓ A distribuição é realizada com horário previamente definido para cada centro de custo, sendo ele diariamente a cada 12 horas e encaminhado o relatório (Requisição) de entrega para conferência e ciência do recebimento.
- ✓ As solicitações das áreas de emergência são efetuados no primeiro horário respeitando o cronograma interno.
- ✓ As prescrições médicas são verificadas pelo farmacêutico, onde é efetuado a assistência farmacêutica e em seguida encaminhado ao setor solicitante. A cada passagem de plantão o enfermeiro responsável verifica as medicações e materiais dos pacientes de alta para fazer a devolução ao almoxarifado, onde será incluso o item no estoque através do seu código de barra via sistema (Software), disponibilizando o produto para consumo imediato.

P. M. A
Fls. 1097
Ass.

2.1.8.12 EMITIR RELATÓRIO GERENCIAIS – ALMOXARIFADO

- ✓ Após fechamento do mês feito pela Controladoria, emitir Relatório de Histórico de Entrada X Saída Consolidada para acompanhamento do prazo médio de estoque e encaminha à Gerência.
- ✓ O Relatório de Saída / Devolução de Produtos por Setor/Pacientes é encaminhado à controladoria.
- ✓ Outros relatórios gerenciais utilizados como ferramenta para gestão de estoque são:

– Consumo de Estoque; Balanço Contábil, curva ABC XYZ PQR 123 de Consumo.

– Relatório de Consumo de Estoque: serve para buscar e analisar o histórico de consumo dos produtos durante um determinado período. Exemplo: tirar o histórico de saída dos últimos três meses, dois meses, etc.

– Relatório Balanço Contábil: demonstra todas as movimentações financeiras (entrada de nota fiscal, saída e etc) que tivemos dentro do mês. Para termos estas informações o mês necessariamente deve está consolidado.

– Curva ABC XYZ PQR 123 de Consumo: este relatório aponta quais itens do estoque apresenta maior custo para o **Hospital Municipal Santo Antônio- Aripuanã** em mãos com estes números, são tomadas ações para maior controle destes itens, a fim de evitar custos desnecessários

– Padronização de produtos e kits para processos médicos, otimizando custos.

– Relatórios de ponto de ressuprimento ao setor de suprimento para que seja realizado a compra ou entrega dos itens em questão.

Almoxarifado: Responsável pelo gerenciamento do estoque, e pela reposição da farmácia.

Farmácia: Responsável pelo armazenamento dos materiais e sua distribuição

A contagem dos itens é realizada mensalmente para que seja identificado as divergências e tomar as devidas providências.

2.1.8.13 SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA SUB ESTOQUE

Objetivo

Solicitação de materiais para o subestoque.

Responsabilidade

Técnico de Enfermagem/Farmácia

P. M. A
Fls. 1098
Ass.

Documentos complementares

Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

Definições

Não se aplica

Descrição

- ✓ O subestoque permanece fixo na unidade;
- ✓ A baixa dos produtos devem ser feitas via sistema pela equipe de enfermagem no nome do paciente durante 3 vezes por dia. No período da manhã, as baixas dos produtos deverão ser feitas até às 11:30hs, à tarde até às 17:30hs e no período noturno até às 04:00hs. Os horários das baixas deverão ser seguidos criteriosamente, pois caso ultrapasse o horário citado acima o material será reposto apenas para o plantão seguinte;
- ✓ A farmácia ficará responsável em tirar o relatório dos subestoques, repondo apenas as quantidades necessárias para o plantão;
- ✓ O auxiliar / técnico de enfermagem deverá conferir o pedido e assinar no momento que for retirar.

Objetivo

Descrever a sistemática utilizada para solicitar os medicamentos que são enviados por doação, conforme orientação do Ministério da Saúde.

Responsabilidades

Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF): controlar o estoque e encaminhar a solicitação e relatório para o Órgão competente.

Assistência Farmacêutica: verificação técnica dos medicamentos.

Documentos complementares

Manual de procedimento

Manual da Qualidade

No almoxarifado, após toda rotina de recebimento, conferência e entrada de nota fiscal, os medicamentos devem ser transferidos para a Farmácia.

P. M. A
Fls. 1099
Ass.

2.1.8.14 COMPRAS

Documentação do Processo De Compra

O processo de documentação deverá ser composto pela solicitação de compra, as cotações realizadas e a ordem de compra.

Este processo deverá ser arquivado e mantido sua guarda pelo período de 5 anos.

Da Contratação de Serviços Por Ordem se Compra

Será considerado serviço toda reforma, recuperação, manutenção realizada com mão-de-obra de terceiro jurídica, bem como a utilização de empresas voltadas para execução administrativas, treinamentos e prestação de serviços.

Para a contratação do serviço o gestor da área solicitante deverá consultar procedimento interno que descreverá os critérios de seleção, autorização, homologação e acompanhamento do desempenho de fornecedores de produtos e serviços.

A contratação de empresa, para a execução dos serviços, será autorizada pela Diretoria, após apresentação de propostas pelos interessados, levando-se em conta as disposições contidas neste Regulamento, em que couber.

Testes de Produtos

O Suprimentos receberá as amostras com documento formal da empresa fornecedora e encaminhará à comissão de homologação de fornecedores para avaliação legal e técnica do produto. Após a avaliação, a comissão formaliza o parecer técnico para Suprimentos inserir ou não o produto (fornecedor e marca) no banco de dados próprio, a partir de então o PA poderá adquirir ou não o produto.

Em todas as compras de bens e serviços deverá ser emitida, pelo fornecedor, nota fiscal, devidamente preenchida.

Faz parte integrante da Política de Compras os procedimentos:

a) Fluxo de Aquisição;
b) Cronograma de solicitação de compras e recebimento de produtos;
c) Fluxo de Teste de Produto;
d) Seleção, Autorização, Homologação e Acompanhamento do Desempenho do Fornecedor
e) de Produto ou Serviço.
f) Compras de urgência.

P. M. A
Fls. 1100
Ass.

Fluxo de Aquisição

Objetivo

Descrever a metodologia de aquisição, a fim de assegurar que os mesmos estejam em conformidade com os requisitos específicos.

Responsabilidades

Compras

Documentos Complementares

Manual da Qualidade

Manual Brasileiro de Acreditação - Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares

Requisito Legal / Documento Externo

Critérios para Homologação dos Fornecedores

Plano de compras

Requisitos Mínimos para Prestação de Serviços

Compras de Urgências

Descrição

Identificar a Necessidade de Aquisição - Gestores dos processos

- ✓ **Padronizado**: os gestores do Almoxarifado e Farmácia avaliam a necessidade de aquisição em função do consumo médio, saldo em estoque ou ponto de pedido e emitem o pedido de Compras no sistema de gestão, Suprimentos faz a avalição orçamentária e libera ao comprar para cotar e negociar.
- ✓ **Não padronizado**: os gestores emitem o pedido de Compras, solicitam aprovação da Diretoria e encaminha a mesma aprovada às compras.

Receber a Solicitação de Compras - Auxiliares e compradores:

- ✓ **Padronizado**: O pedido é recebido via sistema informatizado e nesse caso não requer verificação da especificação, pois o sistema já possui esses dados cadastrados.
- ✓ **Não padronizado:** Verificar se os dados estão corretos: descrição do item, centro de custo e aprovação da Gerência da área, em caso negativo, devolver ao solicitante para ajustes.
- ✓ Verificar ainda, se requer especificação técnica, e em caso positivo entrar em contato com o setor responsável para definição ou revisão da especificação.

P. M. A
Fls. 1101
Ass.

Realizar cotações de Compras – Compradores

- ✓ Para os itens de consumo, lançar no portal eletrônico de compras para que o mercado possa cotar. Tendo a data e horário pré-determinado para fechamento.
- ✓ Resgatar do portal eletrônico de compras, a cotação, negociar e despachar com o gestor de compras para análise.
- ✓ Passo a Passo:

1 Receber o pedido de compra via sistema;

2 Fazer integração do sistema com o portal de compras (Upload).

3 Determinar tempo de cotação via plataforma;

4 Analisar os custos dos produtos;

5 Selecionar os produtos e disparar pedido aos fornecedores ganhadores;

6 Fazer integração do sistema com o portal de compras (download).

- ✓ Regras para cotação:
- ✓ Itens de consumo com valor global da compra até de 1.000,00 no mínimo duas cotações
- ✓ Itens de consumo com valor global da compra acima de 1.000,00 no mínimo três cotações

Nota: Quando o fornecedor for único no mercado, não são necessárias três cotações, o processo deverá ter carta de justificativa técnica ou carta de exclusividade.

Nota: Fornecedores que tenham contrato de distribuição de produtos são necessários que no momento do pedido, sejam verificados os valores acordados e formalizados através de contrato de fornecimento ou acordo comercial.

Nota: Para urgências, será necessária uma justificativa, não sendo necessário seguir as regras de cotação.

Analisar cotações – Compradores e Gerente

- ✓ **Padronizado**: lançar os dados no sistema para análise de valores e definição da compra.
- ✓ **Não padronizado**: lançar os dados no quadro de Cotação para análise de valores e definição da compra

Definir a Compra - Gerente de Compras e Suprimentos

- ✓ A aquisição deverá ser realizada de fornecedor homologado.

Nota: O fornecedor tem que estar aprovado pela Comissão de Homologação de fornecedores.

P. M. A
Fls. 102
Ass.

Emitir a Ordem de Compras – Compradores

- ✓ Emissão da Ordem de Compra de acordo com a análise do quadro de cotação, anexar e encaminhar para aprovação da Gerência e Diretoria.

Confirmar a Ordem de Compras com fornecedor – Compradores

- ✓ Aguardar aprovação da Diretoria para formalização do pedido em caso de produto não padronizado e equipamentos. Produtos padronizados podem ser confirmados de acordo com solicitação dos estoques.

Encaminhar Ordem de Compras ao setor responsável pelo recebimento - Auxiliares ou Compradores

- ✓ Todas Ocs encaminhadas para o almoxarifado são protocoladas, serão conferidas com a nota fiscal no momento do recebimento.

Arquivar as Ordens de Compras - Auxiliares

- ✓ As OCs são arquivadas em seus respectivos processos por número sequencial e durante 5 anos.

Follow-Up – Compradores

- ✓ O Follow-Up é feito de modo preventivo para acompanhar se os fornecedores estarão entregando os produtos nos prazos acordados no momento da venda.
- ✓ Para analisar qual o status de entrega dos fornecedores é emitido um relatório de acompanhamento das datas de entrega.
- ✓ Quando o fornecedor não garante a entrega do pedido, o responsável pelo follow-up comunica o comprador para cancelamento e recompra. Após este processo, lançar as informações no controle de Follow-up para pedidos cancelados. Os motivos para cancelamentos são os seguintes: não tem produto em estoque, cotou errado e atraso de entrega. Esta informação faz parte da avaliação do fornecedor.

2.1.8.14.1 FLUXO DE TESTE DE PRODUTOS

Objetivo

Estabelecer critérios para testar produtos, a fim de garantir a qualidade dos mesmos conforme a legislação vigente.

Responsabilidades

Compras / Comissão de homologação de fornecedores / Farmácia / SCIH / Manutenção / Enfermagem / SESMT / UAN / SADT

P. M. A
Fls. 1103
Ass.

Documentos Complementares

Manual de procedimentos

Manual da Qualidade

Critérios para Homologação ou Autorizar Fornecedores de Produtos e Serviços

Critérios para Realização de teste dos produtos

Descrição

Receber necessidade interna ou externa para testar material médico hospitalar, equipamento e insumos hospitalares (produtos químicos) – Suprimentos (Compras)

- ✓ Necessidades Internas: Diversas áreas do P.A
- ✓ Necessidades Externas: Fornecedores oferecendo novos produtos.

Solicitar a documentação "Ficha Técnica" do produto ao fornecedor (Quando não disponível) e ISPQ quando for teste de produto químico - Suprimentos (Compras)

- ✓ Encaminhar FISPQ para análise do SESMT para viabilidade ocupacional e ambiental.

Avaliar se o fornecedor atende aos critérios para realização de teste.

- ✓ Se atender aos critérios, encaminhar para teste prático. Se não atender, encerrar o processo e avisar o solicitante.

Solicitar o teste do produto.

- ✓ Encaminhar ao responsável para o teste:
- – Material / Equipamento a ser testado.
- – Formulário de Avaliação de Desempenho – Teste de produtos.
- – Ficha Técnica do produto.

Testar o produto

- ✓ Aguardar retorno do teste por parte da área técnica.

Receber o resultado do teste prático e avaliação do SESMT quando produto químico

- ✓ Se reprovado encerra o processo, avisa o solicitante e inclui o mesmo na lista de produtos "Reprovados" nos testes.
- ✓ Se aprovado encaminha o resultado à Suprimentos e inclui o produto na lista de produtos "Aprovados nos testes".
- ✓ Atualizar o banco de dados do sistema

P. M. A
Fls. 1104
Ass.

Analisar o processo para a padronização:

- Técnicas de qualidade (teste de produtos);
- Preço (quadro de cotação);
- Demanda quando aplicável;
- Tratativa de estoque existente;
- Quando se tratar de produto químico, analisar a resposta do SESMT quanto a FISPQ.

✓ Se aprovado, preencher o formulário "Inclusão de Medicamento ou Material na Padronização e encaminha para Compras e Almoxarifado" e incluir o produto na lista de produtos "Aprovados" nos testes.

✓ Se não aprovado, incluir na lista de produtos "Reprovados" nos testes encerra o processo e avisa o solicitante.

Incluir na padronização – Suprimentos

✓ Consiste em cadastrar o produto no sistema.

2.1.8.14.2 HOMOLOGAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO DESEMPENHO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS

Objetivo

Descrever o procedimento utilizado para selecionar, autorizar, homologar os fornecedores de produtos que tenham impacto direto no atendimento ao paciente e prestadores de serviço. Descrever a avaliação dos fornecedores de produtos com impacto direto no paciente.

Responsabilidade

Da equipe multidisciplinar que integra a comissão, formada por profissionais internos: Enfermeiros, Médico, Farmacêutico, Nutricionista, Administrativo, Suprimentos e SESMT.

Documentos Complementares

Lista de Fornecedores Homologados / Autorizados (Sistema).
Manual Qualidade.
Manual Brasileiro de Acreditação - Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares.
Critérios para Homologar ou Autorizar Fornecedor de Produtos ou Serviços.
Requisitos Mínimos para Prestação de Serviço.
Tratamento de Não conformidade Real ou Potencial e Sugestão de Melhoria.

P. M. A
Fls. 1103
Ass.

Definições

Autorizados – conceito utilizado para os fornecedores de produtos e prestadores de serviço, que esporadicamente forneçam para a instituição ou fornecedores e prestadores que suas atividades não tenham impacto diretamente no atendimento ao paciente.

Homologados – conceito utilizado para os fornecedores de produtos e prestadores de serviço, que tenham impacto direto no atendimento ao paciente. Ex.: Fornecedores de Dietas Enterais, Material Médico Hospitalar, Medicamentos, Medicamentos Manipulados e Equipamentos. Fornecedores homologados serão avaliados periodicamente.

Descrição

Homologar ou Autorizar fornecedor de produtos ou prestador de serviço - Gestor Contratante e Departamento de Compras:

- ✓ Quando houver a necessidade de contratar/comprar de um fornecedor ou prestador de serviço por Ordem de Compra, compras consulta a tabela de em que constam os fornecedores aprovados e reprovados pela comissão.
- ✓ Caso o gestor contratante verifique a necessidade, de alterar alguns dos critérios ou incluir, negocia a alteração com a comissão de acordo com critérios.
- ✓ O formulário Seleção de Fornecedores deverá ser preenchido para todos os fornecedores homologados e arquivados junto com as outras documentações.

Nota: O fornecedor ou prestador de serviço uma vez autorizado poderá ser reprovado pelos seguintes critérios:

1 – Deixar de fornecer por um período

2 – Mau desempenho em sua avaliação.

2.1.8.14.3 AVALIAR DESEMPENHO DOS FORNECEDORES DE PRODUTO QUE TENHAM IMPACTO DIRETO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE - GESTOR DE SUPRIMENTOS (COMPRAS)

- ✓ Mensalmente o gestor de suprimentos realiza análise do desempenho do fornecedor através de relatório emitido pelo Sistema "Curva do Fornecedor". O fornecedor que estiver abaixo do critério de aceitação conforme critério abaixo, o Gestor emitirá o gráfico, e arquivará na pasta.
- ✓ Caso esteja acima do critério de aceitação abre NCR, de acordo com o procedimento "Tratamento de não conformidade Real ou Potencial e Sugestão de Melhorias".

P. M. A
Fls. 196
Ass.

- ✓ Quando identificados problemas técnicos com os materiais durante a utilização, o Gestor de Suprimentos (Compras) é comunicado pelo gestor do processo via NCR ou e-mail. Neste caso Gestor de Suprimentos (Compras) abre NCR de acordo com o procedimento já relatado anteriormente.
- ✓ Critério de aceitação de desempenho:

Descrição	Faixa de Valores
Bom	0 à 4
Em Análise	5 à 10
Crítico	11 à 17

- ✓ As avaliações são realizadas nos seguintes grupos:
- Materiais Médicos
- Hospitalares, Medicamentos,
- Medicamento Manipulado e Dietas Enterais.

Reprovar os Fornecedores de produto que tenham impacto direto no atendimento ao paciente - Gestor de Suprimentos (Compras)

- ✓ Não havendo uma melhora após o prazo das ações propostas na NCR o fornecedor é reprovado, ficando fora do processo no período de 90 dias, aguardando nova homologação.
- ✓ Quando recebida notificação da vigilância sanitária sobre determinado produto ou marca de produto, bloquear a aquisição do mesmo no sistema imediatamente.

Nota: Quando compras receber solicitações de Material e Medicamento e no resultado das cotações apenas a empresa que estiver reprovada, for a ganhadora, por ser a única que fornece o produto. A decisão de compra será compartilhada entre a comissão e a diretoria.

2.1.8.14.4 COMPRAS DE URGÊNCIA

Objetivo

Descrever a metodologia para compras de urgência, a fim de assegurar que mesmo esteja em conformidade com os requisitos específicos.

Responsabilidade

Setor de Compras

Setor de Almoxarifado

Setor de Manutenção

P. M. A
Fls. 1107
Ass.

Documentos Complementares

Manual da Qualidade

Manual Brasileiro de Acreditação – Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares

Fluxo de Aquisição

Definições

N.P – Não Padrão

Descrição

Compras de Urgência - Gestor de Compras:

- ✓ **Padronizados** o gestor de Suprimentos e Manutenção avaliam a necessidade de aquisição, caso precisem adquirir produtos em critério de urgência, emitem uma Solicitação de Compra no Sistema Informatizado.
- ✓ **Não padronizados** o gestor da área avalia a necessidade da aquisição e encaminha o formulário preenchido, e validado pela Gerência da área.

Em caso de Material de Enfermagem ou Medicamento Não Padronizados para uso em paciente específico deverá ser preenchido formulário e encaminhado para Farmácia/ Almoxarifado. Após autorização esses formulários deverão ser encaminhados para o Departamento de Compras.

Nota: os motivos para compra de urgência deverão ser descrito por carta justificativa e autorizado pela gerência.

Nota: os formulários devem ser impressos, pois **não serão recebidos** formulários que não estejam no controle de documento.

Receber a Solicitação de Compras – Compradores

- ✓ As Compras de Urgências são priorizadas pelos compradores, para não termos interrupções no atendimento ao paciente.
- ✓ É considerado urgência de itens padronizados, todos os produtos que forem solicitados fora do cronograma de Compras ou com prazo de entrega menor que 5 dias, essa análise é realizada também pelo comprador.

Realização da Compra – Compradores

- ✓ De acordo com o prazo estabelecido para entrega da Urgência o item poderá ser inserido na plataforma eletrônica de compras para realização das cotações.

P. M. A
Fls. 1109
Ass.

- ✓ Caso a entrega seja para o mesmo dia, o comprador irá fazer a pesquisa de preço por telefone com os fornecedores que possuírem logística de entrega imediata em caráter de urgência.

Nota: Compra de Material ou Medicamento via formulário, será realizada a cotação por telefone e anotado no formulário para que seja autorizados por duas pessoas da Comissão de Suprimentos ou pela Diretoria. Essa compra só será finalizada após essas autorizações.

Nota: Para urgência será necessária uma carta de justificativa, não sendo necessário seguir as regras de cotação.

Nota: Urgência de itens padronizados não serão necessárias a autorização da diretoria. Deverá ter justificativa no campo observação na solicitação de compras via sistema

2.1.8.14.5 INVENTÁRIO

É a contagem de todos os itens em estoque para verificar se a quantidade encontrada nas prateleiras coincide com os valores informados no Sistema.

Deve ser realizado, mensalmente, com amostras seletivas de 10 a 20% dos produtos em estoque e dos itens de maior rotatividade e registro das irregularidades encontradas.

É imprescindível a realização de inventário de todos os itens a cada seis meses.

2.1.8.15 FARMÁCIA

A responsabilidade da farmácia é garantir a qualidade da assistência com excelência, prestando aos pacientes e usuários, métodos de aplicabilidade com a devida segurança e a melhor adequação na utilização de medicamentos e correlatos, buscando alcançar o maior aproveitamento e consequentemente os melhores resultados, através das mais renomadas praticas que existem, garantindo a todos os pacientes, os mais variados métodos, como por exemplo, os assistenciais, preventivos, docentes, de investigações e entre outros, tendo como base, farmacêuticos devidamente registrados em seus respectivos órgãos de classe, todos altamente qualificados e em número suficiente, de acordo com as exigências formais dos órgãos reguladores a da Legislação Específica do Conselho Regional de Farmácia - CRF.

Os Serviços prestados pelos diversos profissionais, têm por escopo, o conjunto de atividades farmacêuticas, exercidas em organismos hospitalares ou serviços a eles ligados, que são denominados por "**atividades de Farmácia Hospitalar**", tais atividades são desenvolvidas e compostas por departamentos de total responsabilidade e autonomia técnica e científica, estando estes sujeitos à orientação geral dos Órgãos que regulam as Administrações Hospitalares, perante os quais, deverão responder pelos resultados dos respectivos exercícios.

P. M. A
Fls. 109
Ass

A direção dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares é exclusivamente assegurada a um profissional farmacêutico, regularmente inscrito no seu respectivo conselho de classe.

A Farmácia é um órgão de abrangência assistencial, técnico-científica e administrativa, onde se desenvolvem atividades ligadas à produção, armazenamento, controle, dispensação e distribuição de medicamentos e correlatos. É igualmente responsável pela orientação de pacientes internos e ambulatoriais, visando sempre a eficácia da terapêutica, além da redução de custos, voltando-se também para o ensino e pesquisa, buscando constantemente o comprometimento e aprimoramento dos profissionais.

Os serviços desenvolvidos pela farmácia são de extrema importância ao apoio clínico integrado, funcional e hierárquico, e são compostos por um grupo de serviços que dependem diretamente da Direção Central e interligados com a sua administração.

A principal razão de ser da farmácia é servir ao paciente, objetivando dispensar medicações seguras e oportunas. Sua missão compreende tudo o que se refere ao medicamento, desde sua seleção até sua dispensação, visando, a todo momento, por sua adequada utilização no plano assistencial, econômico, investigativo e docente. O profissional farmacêutico tem uma importante função clínica, administrativa e de consulta.

Para cumprir essa missão, o farmacêutico realiza diversas atividades: logística de suprimentos (seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e controles de produtos), acompanhamento clínico do uso de medicamentos (fármaco vigilância, farmácia clínica e atenção farmacêutica), fracionamento de medicamentos, dispensação de medicamentos, entre outras. Também conta com os Técnicos de Farmácia que presta assistência dentro da farmácia do PA. Dentre as funções exercidas por esses profissionais vale destacar as seguintes: prestação de apoio à equipe de Enfermagem, conferências das prescrições médicas, preparação de medicamentos (diluição e fracionamento), esclarecimento de dúvidas sobre o uso de medicações, organização dos medicamentos dentro da farmácia; conferência de estoque observando o lote e data de validade, recebimento dos pedidos de medicamentos e etiquetação, conferência e registros de notas fiscais e demais funções.

Comissão de Farmácia e Terapêutica

Sua responsabilidade é baseada no desenvolvimento e supervisão de todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos no PA com intuito de assegurar os melhores resultados clínicos possíveis e consequentemente a diminuição de qualquer potencial de riscos, são atribuições exclusivas da Comissão de farmácia e terapêutica (CFT). Ademais, suas funções também englobam a assessoria a diretoria clínica nos assuntos relacionados a medicamentos e terapêutica fazendo a relação entre a farmácia e a equipe de saúde.

P. M. A
Fls. 1119
Ass.

As ações educativas, assessoria técnica e divulgação sobre medicamentos, são realizadas pela comissão de farmácia e terapêutica (CFT) no PA. Esta é a comissão mais importante para a farmácia. Dentre suas atribuições destacam-se as seguintes:

1. Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição, produção, utilização e à administração de fármacos e agentes diagnósticos;
2. Padronizar, promover e avaliar o uso seguro e racional dos medicamentos
3. Redigir o guia fármacos-terápico ou formulários farmacêuticos;
4. Avaliar periodicamente o arsenal terapêutico disponível, promovendo inclusões ou exclusões segundo critérios de eficácia, eficiência clínica e custo;
5. Normatizar procedimentos fármaco-clínicos que se relacionam com a terapêutica medicamentosa;
6. Coordenar avaliações clínicas e estudos de consumo de medicamentos em pesquisa ou recém-lançados;
7. Sugerir medidas que possibilitem a disponibilidade de recursos materiais e humanos, assegurando a viabilidade da política de medicamentos dentro da instituição;
8. Disciplinar a ação dos representantes da indústria farmacêutica dentro no PA
9. Estudar medicamentos sob o ponto de vista clínico, biofarmaceuticos e químico, emitindo parecer técnico sob sua eficácia terapêutica como critério fundamental de escolha;
10. Divulgar informações relacionadas a estudos clínicos relativos aos medicamentos incluídos e excluídos do formulário farmacêutico;
11. Fazer estudos e/ou revisões bibliográficas sobre medicamentos;
12. Elaborar programas de notificação e acompanhamento de reações adversas.

Para otimizar os trabalhos a comissão deve elaborar um regimento, definir as pautas das regiões e documentar as ações e deliberações. A equipe de saúde deve ser rotineiramente comunicada das decisões da Comissão de farmácia e terapêutica (CFT). É recomendável que tal comissão se reúna pelo menos 06 (seis) vezes por ano.

Sistema de Dispensação de Medicamentos

A Farmácia precisa estar organizada para dispensar adequadamente os produtos que dispõe para os pacientes e usuários. A escolha da forma de dispensação a ser adotada deve-se levar em consideração características particulares.

O sistema de dispensação de medicamentos deve ter como objetivo, alguns tópicos importantes, dos quais destacamos:

P. M. A
Fls. 1111
Ass.

1. Uso racional de medicamentos;
2. Redução de custos e desperdícios com medicamentos;
3. Aumentar o controle sobre o uso dos medicamentos, permitindo acesso do farmacêutico às informações do paciente.
4. Diminuição dos erros de administração de medicamentos;
5. Colaboração na fármaco-terapia iniciada pelo médico;
6. Aumentar a segurança para os pacientes e usuários;

Podemos destacar 03 (três) tipos de sistemas utilizados na dispensação de medicamentos, vejamos:

- **Dose Coletiva;**
- **Dose Individualizada;**
- **Dose Unitária.**

Dose Coletiva

É o sistema pelo qual a farmácia fornece materiais e medicamentos, atendendo a um pedido feito pelo centro de custo - solicitante.

Estas requisições são feitas em nome do centro de custo, e não para os pacientes.

Na Dose Coletiva, a farmácia se torna um mero fornecedor de medicamentos.

Dose Individualizada

Este é um pré-requisito para implantação da Dose Unitária.

Neste caso, a farmácia recebe as solicitações de medicamentos através de uma transcrição de prescrição médica feita pela enfermagem, ou através do pedido médico, através de um esquema posológico rígido.

Dose Unitária

Sistema de dispensação existente nos Estados Unidos, desde os anos 60, apresentando inúmeras vantagens em relação aos outros modelos, principalmente pelo controle que proporciona à farmácia, no que se refere ao consumo de medicamentos.

Neste sistema os medicamentos são dispensados de acordo com a prescrição médica, sendo separados e identificados pelo nome do paciente, número do leito e os horários de administração, efetuando a saída do código de barras via sistema (software), a fim de possuirmos uma rastreabilidade eficaz.

P. M. A
Fls. 1112
Ass.

Objetivos da Dose Unitária:

1. Integrar o farmacêutico à equipe multidisciplinar;
2. Medicamento correto na hora certa;
3. Reduzir incidência de erros de administração de medicamentos;

2.1.8.16 C.A.F (CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICA)

Suas principais funções e atribuições (almoxarifado de especialidades farmacêuticas) são: **receber, armazenar** (estocar), **controlar estoque**, **distribuir** os medicamentos e materiais para a farmácia do PA. Após o recebimento, todos os produtos farmacêuticos são identificados através de códigos de barras, visando garantir a **rastreabilidade** por lote e validade. Critérios internos de armazenamento são seguidos para **preservar a qualidade** dos medicamentos e materiais adquiridos.

Responsabilidades Dos Serviços Farmacêuticos

- Gestão (seleção, aquisição, armazenamento e distribuição) do medicamento;
- Gestão de outros produtos farmacêuticos (dispositivos médicos, reagentes, etc.);
- São os principais responsáveis pela implementação e monitorização da política de medicamentos, definida no Formulário Nacional de Medicamentos e pela Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Gestão dos medicamentos experimentais e dos dispositivos utilizados para a sua administração, bem como os demais medicamentos já autorizados, eventualmente necessários ou complementares à realização dos ensaios;
- Gestão da segunda maior rubrica do orçamento dos hospitais.

Funções Dos Serviços Farmacêuticos, Entre Outras:

1 Seleção e aquisição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos;

2 O aprovisionamento, armazenamento e distribuição dos medicamentos experimentais e os dispositivos utilizados para a sua administração, bem como os demais medicamentos já autorizados, eventualmente necessários ou complementares à realização dos ensaios clínicos;

3 A produção de medicamentos;

4 A análise de matérias primas e produtos acabados;

5 A distribuição de medicamentos e outros produtos de saúde;

P. M. A
Fls. 1113
Ass.

6 A participação em Comissões Técnicas (Farmácia e Terapêutica, Infecção Hospitalar, Higiene e outras);

7 A Farmácia Clínica, Farmacocinética, Farmacovigilância e a prestação de Cuidados Farmacêuticos;

8 A colaboração na elaboração de protocolos terapêuticos;

9 A participação nos Ensaios Clínicos;

10 A colaboração na prescrição de Nutrição Parentérica e sua preparação;

11 A Informação de Medicamentos;

12 O desenvolvimento de ações de formação.

- ✓ Farmácia Central o controle de temperatura e umidade é feito através de um checklist diário, respeitando as normas estabelecidas para cada tipo de produto/medicamentos (quando aplicável).
- ✓ Após o armazenamento os medicamentos devem ser fracionados e etiquetados antes da distribuição.
- ✓ Para as dietas parenterais é realizada uma verificação do "Laudo Microbiológico" que será arquivado na Farmácia.
- ✓ O método utilizado para o armazenamento dos medicamentos é o PEPS (primeiro que entra, primeiro que sai) – FIFO.
- ✓ No estoque, o controle de validade dos medicamentos, é feito pelos auxiliares de farmácia, onde estes devem verificar mensalmente através do Relatório - administrativo/ produtos com prazo de validade, no dia 25 de cada mês. Caso tenha algum dos medicamentos com prazo próximo do vencimento, segue fluxo abaixo:

- Os auxiliares de farmácia devem verificar mensalmente a validade dos materiais/medicamentos nas farmácias de acordo com a planilha de responsabilidade elaborada pelo Farmacêutico.
- Os auxiliares de farmácia, em conjunto com o farmacêutico, devem analisar as quantidades e verificar se esses materiais/medicamentos serão consumidos antes do vencimento. Os auxiliares de farmácia devem realizar a transferência para a unidade em que será consumido.
- As baixas dos medicamentos e materiais do estoque, devido ao prazo de validade, deverão ser realizadas pela equipe de assistência farmacêutica e almoxarifado que irá verificar o local adequado para realização do descarte (Conforme orientação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos) assinando a baixa e arquivando na pasta de medicamentos e/ou materiais vencidos.

P. M. A
Fls. 1114
Ass.

Distribuição (Dose Unitária)

- Todos os medicamentos e materiais são etiquetados com etiquetas com código de barras contendo lote, validade e descrição do produto.

Código de barras = rastreabilidade por paciente

- ✓ O auxiliar de farmácia realiza o trabalho de etiquetagem de todos os produtos com checagem e supervisão de um farmacêutico.
- ✓ O farmacêutico recebe as prescrições das clínicas e realiza a análise das prescrições (fármaco x fármaco e fármaco x alimento), as inconsistências são discutidas com o médico que as prescreveu e nutricionistas.
- ✓ As prescrições triadas são encaminhadas para a equipe de separação formada por técnicos de farmácia habilitados. Neste momento são realizados os kits de materiais
- ✓ A fita plástica individualizada por paciente por período e os kits de materiais são encaminhados para a conferência dos farmacêuticos e lançado os itens no sistema como a devida baixa pelo código de barras por paciente, este serviço é realizado pelos auxiliares de farmácia assim como as entregas nas clínicas.
- ✓ Nas clínicas a enfermagem realiza a conferência junto a relação do paciente
- ✓ As devoluções do período anterior são recolhidas e baixadas como devolução por paciente, onde será incluso o item no estoque através do seu código de barra via sistema (Software), disponibilizando o produto para consumo imediato.

Abastecimento Do Setor (Centro De Custo)

- ✓ A distribuição é realizada com horário previamente definido para cada centro de custo, sendo ele diariamente a cada 12 horas e encaminhado o relatório (Requisição) de entrega para conferência e ciência do recebimento.
- ✓ As solicitações das áreas de emergência (Sala de Emergência) são efetuadas no primeiro horário respeitando o cronograma interno.
- ✓ Padronização de catálogos dos produtos, respeitando a particularidade de cada centro de custo onde o sistema (Software) apontará o ponto de ressuprimento para o almoxarifado realizar a reposição dos itens.
- ✓ Realizado semanalmente atualização dos catálogos respeitando a sazonalidade com cada supervisor dos diversos centro de custo.

P. M. A
Fls. 113
Ass.

- ✓ A dispensação do carrinho de emergência é realizada através da prescrição médica e ckecklist efetuado pela farmácia juntamente com a enfermagem.

Separar/Transferir/Dispensar/Farmácia

- ✓ Verificar a necessidade no ponto de pedido do sistema ou necessidades específicas do centro de custo.
- ✓ Separar através do sistema FIFO (Primeiro que Vence é o Primeiro que Sai) PEPS, transferir e/ou Baixar o material e medicamento no sistema (Software) através do seu código de barra e encaminhar ao centro de custo solicitante.

Emitir Relatório Gerenciais – Farmácia

- ✓ Após fechamento do mês feito pela Controladoria, emitir Relatório de Histórico de Entrada X Saída Consolidada para acompanhamento do prazo médio de estoque e encaminha à Gerência.
- ✓ O Relatório de Saída / Devolução de Produtos por Setor/Pacientes é encaminhado à controladoria.
- ✓ Outros relatórios gerenciais utilizados como ferramenta para gestão de estoque são:

– Consumo de Estoque; Balanço Contábil e Curva ABC XYZ PQR 123de Consumo.

– Relatório de Consumo de Estoque: serve para buscar e analisar o histórico de consumo dos produtos durante um determinado período. Exemplo: tirar o histórico de saída dos últimos três meses, dois meses, etc.

– Relatório Balanço Contábil: demonstra todas as movimentações financeiras (entrada de nota fiscal, saída e etc) que tivemos dentro do mês. Para termos estas informações o mês necessariamente deve está consolidado.

– Curva ABC XYZ PQR 123de Consumo: este relatório aponta quais itens do estoque apresenta maior custo para o PA. Em mãos com estes números, são tomadas ações para maior controle destes itens, a fim de evitar custos desnecessários, verificando sua criticidade.

Almoxarifado: Responsável pelo gerenciamento do estoque, e pela reposição da farmácia.

Farmácia: Responsável pelo armazenamento dos materiais e sua distribuição

A contagem dos itens é realizada mensalmente para que seja identificado as divergências e tomar as devidas providências.

- ✓ Na farmácia as medicações são controladas via sistema de gestão atualizados mensalmente, onde a rastreabilidade previne o desvio de medicamentos tendo impacto direto na saúde do paciente. Permitindo a identificação da rastreabilidade reversa, medicação administrada em horário e dosagem correta.

2.1.8.17 SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO

P. M. A
Fls. 1116
Ass.

Objetivo

Descrever a metodologia de solicitação de: Material e Medicamento não – padronizado.

Responsabilidades

Farmacêutico: responsável pela verificação técnica do medicamento não - padrão.

colaborador do CAF: responsável pelo controle e solicitação de medicamento não - padronizado. Responsável pela solicitação ou envio de empréstimos.

Documentos complementares

Manual de Boas Práticas da Farmácia

Manual da Qualidade

Definições

Farmácia

Descrição

- ✓ Medicamentos não – Padronizados: o Farmacêutico recebe o Formulário de Justificativa de Compra de não padrão, previamente preenchido pelo médico solicitante e verifica se existe medicamento similar padronizado para ser utilizado no lugar do solicitado, passando esta informação para o médico. Ao receber o Formulário de Justificativa de Compras o Farmacêutico deve informar a quantidade do medicamento que será necessário para o tratamento do paciente.
- ✓ Caso não tenha outra opção, o Farmacêutico deverá enviar a justificativa de compras para a Diretoria para autorização e após aprovação encaminhar ao compras para realizar o orçamento

Nota: quando a solicitação de produtos não padrão é feito por médico residente, é necessária a assinatura do chefe de equipe para dar andamento no processo de aprovação da justificativa. Em caso negativo comunicar imediatamente o solicitante.

- ✓ Assim que o medicamento for recebido, fazer a conferência, dar entrada no sistema informatizado, transferir para o estoque de destino, e encaminhar de preferência para o Farmacêutico, e este armazena o medicamento no local adequado, e informa o setor solicitante para realizar a digitação e proceder à saída para o paciente.

Nota: Arquivar o formulário na pasta de justificativas de compras autorizadas ou não para controle.

P. M. A
Fls 1117
Ass.

Nota: Quando acabar o tratamento do medicamento não padrão, o farmacêutico avisa via e-mail ao estoque para que o medicamento seja bloqueado no sistema.

Nota: para a compra não padrão, encontra-se na Intranet Formulário de Justificativa para Compra de Medicamento Não Padronizado.

2.1.8.18 SOLICITAÇÃO E RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS POR DOAÇÃO

Objetivo

Descrever a sistemática utilizada para solicitar os medicamentos que são enviados por doação, conforme orientação do Ministério da Saúde.

Responsabilidades

Farmácia: controlar o estoque, encaminhar a solicitação e relatório para o Órgão competente.

Assistência Farmacêutica: verificação técnica dos medicamentos.

Comissão de Homologação de fornecedores: responsável por avaliar a marca do fornecedor.

Documentos COMPLEMENTARES

Manual de Boas Práticas da farmácia.

Manual da Qualidade

Descrição

- ✓ ***Medicamentos para TB*:** o responsável pelo estoque deve verificar o consumo dos medicamentos para TB durante o mês. As informações são lançadas no formulário de controle de fornecimento de medicação do programa de tuberculose. Este formulário é específico para solicitação dos medicamentos. Após o preenchimento do formulário encaminhar formalmente para a Vigilância em Saúde do Município, pelo contato telefônico. Assim que a Vigilância em Saúde do Município autorizar a retirada, agendar motorista para retirar os medicamentos.

P. M. A
Fls. 1118
Ass.

2.1.8.19 LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA

- ✓ Resolução RDC nº 44 de 2009 Dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.
- ✓ Lei nº 5.991/73 Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências.

Resolução nº 300/97 Ementa: regula o exercício profissional em Farmácia e unidade hospitalar, clínicas e casa de saúde de natureza pública ou privada.

- ✓ RDC nº 50/02 Dispõe sobre Regulamento Técnico para projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde.
- ✓ Portaria SVS/MS nº 344/98 Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos a controle especial.
- ✓ RDC Anvisa nº 67/07 Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparação Magistrais e Oficionais para Uso Humano em Farmácia.
- ✓ RDC nº 80/06 Dispõe sobre boas práticas para fracionamento de medicamentos.
- ✓ Portaria MS nº 2.616/98 Controle de Infecção Hospitalar.
- ✓ Portaria MS nº 3.916/98 Política Nacional de Medicamentos.
- ✓ Portaria SAS/MS 1.017/02 Estabelece que as Farmácias Hospitalares integrantes do SUS devem estar sob a responsabilidade do farmacêutico.
- ✓ Lei 13.021/2014 Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas
- ✓ NR 32 Tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em gera.
- ✓ RDC Anvisa No 36 de 2013 Institui ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

P. M.
Fls. 119
Ass.

2.1.8.20 SETOR DE ALMOXARIFADO

Sua finalidade é solicitar as compras, armazenar todos os itens classificados na espécie "materiais não reembolsáveis", ou seja, tudo aquilo que é utilizado nos processos primários, mas que não são de uso direto ao paciente e, portanto, não são pagos pelas operadoras de saúde. Exemplos: Material de limpeza, manutenção, uniformes, impressos e materiais de expediente, etc.

2.1.8.21 SETOR DE TRANSPORTES

Todos os materiais e medicamentos adquiridos pelo Hospital são entregues pelos fornecedores.

2.1.8.22 ORGANIZAÇÃO DO ALMOXARIFADO:

Preliminarmente, se faz necessário descrever as funções desempenhadas pelo administrador de almoxarifados, agrupadas em atividades de:

- Receber materiais,
- Guardar materiais,
- Localizar materiais,
- Assegurar materiais,
- Preservar materiais,
- Entregar materiais.

Tais funções, podem ser distribuídas em dois grandes grupos, com características suigeneris. Um dos grupos sintetizam as atividades de planejamento dos almoxarifados, fundamentais para o desempenho de suas funções e principalmente das atividades consideradas operacionais, cujo estudo constitui uma das preocupações neste trabalho. Pode-se dizer que todas as atividades acima mencionadas possuem características de funções de planejamento e de funções operacionais.

P. M. A
Fls. 1129
Ass.

Em síntese, as organizações dos almoxarifados reúnem o conjunto de responsabilidades, tarefas e inter-relacionamentos capazes de gerar o planejamento das instalações dos almoxarifados e engloba as atividades de:

- Localização de materiais,
- Segurança de materiais,
- Preservação de materiais.

Que são consideradas preponderantemente nas funções de planejamento, enquanto:

- Recebimento de materiais,
- Segurança de materiais,
- Preservação de materiais,
- Guarda de materiais,
- Entrega de materiais,

Constituem o grupo de atividades com as quais se procede à operação dos almoxarifados.

As funções do administrador de almoxarifado consistem em planejar esse setor (localizar, preservar e assegurar), de modo a operá-lo (receber, guardar, entregar e controlar) preservando os materiais de deteriorações e desvios.

P. M. A
Fls. 1121
Ass.

2.1.9 PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE

O Regimento é um ato de caráter estável, aprovado pela Diretoria que visa normatizar a Instituição nos seus aspectos fundamentais. É um instrumento administrativo que conduz a uma maior organização da Instituição. Tem como finalidade introduzir uma estrutura administrativa que permite atingir nobres ideais, o primeiro dos quais de ser promotor da saúde.

2.1.9.1 MODELO DE REGIMENTO INTERNO

2.1.9.1.1 CAPÍTULO I- DAS FINALIDADES

Art. 1º - O **ISSSL – Instituto Social de Saúde São Lucas**, tem por finalidade:

I. Restituir a saúde e amenizar os sofrimentos dos pacientes sob os aspectos bio-psico e espiritual, de acordo com suas possibilidades, a quantos procurarem seus serviços, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, sexo, língua, religião, opinião política ou de qualquer outra condição;
II. Promover a saúde preventiva e apoiar as autoridades sanitárias neste objetivo;
III. Assumir e colaborar na formação de profissionais para a área de saúde e afins, podendo fundar e manter escolas, faculdades, cursos de atualização e outros e franqueá-los a quem de direito os procurar, concedendo, inclusive bolsas de estudo;
IV. Promover e colaborar na formação de equipe através da educação em serviço;
V. Realizar ou dispor de seus recursos técnico-profissionais para a realização de pesquisas voltadas para o aperfeiçoamento do cuidado ao enfermo;
VI. Cuidar do paciente com amor e eficiência;
VII. Preparar o paciente para o óbito, respeitando os diversos credos e etapas da Evangelização.

2.1.9.1.2 CAPÍTULO II – DA MANUTENÇÃO

Art. 2º - O **ISSSL – Instituto Social de Saúde São Lucas**, manter-se-á através de:

I. Celebração de contratos ou convênios com Instituição Públicas Federais, Estaduais ou Municipais;
II. Subvenções de Órgãos Públicos;
III. Subvenções, doações ou contribuições de Pessoas Físicas ou Jurídicas.

P. M. A
Fls. 11
Ass.

Art. 3º - O resultado econômico que o **ISSSL – Instituto Social de Saúde São Lucas**, obtiver, proveniente de suas atividades, será aplicado na melhoria de seus recursos técnico-científicos, bem como no aperfeiçoamento de seus Recursos Humanos.

2.1.9.1.3 CAPÍTULO III – DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 4º - Para o cumprimento de suas finalidades o **ISSSL**, manterá estrutura organizacional formada por órgãos de autoridade direta ou assessoria, dispostos na seguinte ordem hierárquica:

- O ISSSL
- Gestão Administrativa
- Serviço de Suprimentos
- Seção de Compras
- Seção de Almoxarifado
- Seção de Faturamento
- Serviço de Desenvolvimento e Treinamento
- Serviço de Pessoal
- Serviço de Prontuário de Paciente
- Serviço de Farmácia
- Serviço de Custos e Patrimônio
- Serviço de Informação ao Usuário
- Serviço de Atendimento ao Usuário
- Serviço de Análises Clínicas
- Serviço de Radiologia
- Serviço de Enfermagem
- Seção de Hotelaria
- Seção de Esterilização de Materiais
- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
- Serviço de Auditoria
- Diretoria técnica
- Corpo Médico

2.1.9.1.4 CAPÍTULO IV – DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

P. M. A
Fls. 1123
Ass.

Art. 5º - Compete à Diretoria:

I. Recebimento de donativos, legados e outros;

II. Representar por delegação da Diretoria Geral do **ISSSL** em juízo e fora dele e, representando-o também, junto a Associações de Classe, Sindicato e outros;

III. Assinar, por delegação da Diretoria Geral do **ISSSL,** livros e documentos, sacar, aceitar e endossar notas promissórias, duplicatas, cheques, títulos, créditos, receber dinheiro, passar recibos e dar quitações;

IV. Assegurar a regularidade de funcionamento do **Hospital Municipal Santo Antônio- Aripuanã** de acordo com os estatutos da Entidade Mantenedora, o Regulamento e os Regimento do mesmo, sendo os dois últimos implantados por ela mesma e aprovados pela Diretoria do **ISSSL**

V. Apresentar para deliberação da Diretoria da Entidade Mantenedora a proposta orçamentária anual, bem como, o programa que o **Hospital Municipal Santo Antônio- Aripuanã** pretende desenvolver no ano seguinte;

VI. Definir as assessorias o **Hospital Municipal Santo Antônio- Aripuanã** e encaminhar à Diretoria para homologação;

VII. Consultar a Diretoria do **ISSSL** quanto à aceitação, ou execução e cumprimento das deliberações da Diretoria;

VIII. Supervisionar a sistemática de compras, de pagamentos, bem como o fluxo de caixa;

IX. Definir a utilização das instalações existentes, prover e zelar pela manutenção do patrimônio:

X. Fazer com que o paciente e colaborador sejam tratados com carinho, dignidade e justiça;

XI. Implantar e verificar o atendimento aos princípios, filosofia e ética cristã, conjugando ciência e técnica com o compromisso evangélico.

XII. Abrir, movimentar e encerrar contas bancárias em conjunto ou separadamente;

XIII. Constituir procuradores e advogados, conferindo-lhes os poderes que julgar necessário.

Art. 6º O **Hospital Municipal Santo Antônio- Aripuanã** manterá um Diretor Técnico ao qual compete:

I. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

II. Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de Saúde, em benefício da população usuária da **Instituição**;

III. Representar a Unidade junto aos Órgãos Oficiais, Conselhos de Classe e outros;

P. M. A
Fls. 1124
Ass.

IV. Organizar, coordenar e supervisionar as atividades médicas e responsabilizar-se pelo funcionamento técnico e administrativo das atividades médica;

V. Propor a organização dos serviços médicos à administração, bem como a criação de novos serviços;

VI. Zelar pelo bom cumprimento dos princípios éticos e morais dos profissionais médicos em todas as áreas em que atuam esses profissionais;

VII. Propiciar a integração permanente entre a área médica e a administração;

VIII. Pesquisar e emitir parecer sobre novos serviços médicos a serem implantados no **Hospital Municipal Santo Antônio- Aripuanã**

IX. Orientar os médicos e fixar normas para que eles não prescrevam por telefone;

X. Manter contato permanente com a administração para o perfeito desempenho das suas funções;

XI. Organizar, coordenar e supervisionar as atividades médicas e responsabilizar-se pelo funcionamento técnico e administrativo da atividade médica;

XII. Assegurar o exercício da correta prática médica, conforme normas específicas.

Art. 7º - Compete a Gestão Administrativa e Financeira:

I. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento, bem como as determinações da entidade mantenedora, mantendo constante relacionamento com o Diretor Técnico/Clínico

II. Executar as políticas sociais, econômicas, de recursos humanos, administrativos, assistências e salariais aprovadas pelo **ISSSL**, cumprindo todas as determinações emanadas da Sede Administrativa e da Diretoria Geral, mantendo constante relacionamento com ambas;

III. Dirigir, coordenar, controlar e orientar todos os Serviços, dentro das delegações de poderes que lhe forem conferidas;

IV. Administrar, assegurando a regularidade de seu funcionamento, de acordo com este Regulamento e o Estatuto Social;

V. Planejar, organizar, comandar, coordenar, controlar, comunicar e orientar todos os Serviços, dentro das delegações de poderes que lhe forem conferidas;

VI. Administrar assegurando a regularidade de seu funcionamento, de acordo com este Regulamento e os Regimentos das Unidades Administrativas;

VII. Elaborar e submeter à aprovação, a proposta orçamentária anual e o programa a ser desenvolvido, tanto para aplicação de resultados quanto a receita;

P. M. A
Fls. 1125
Ass.

VIII. Preparar o Orçamento-Programa do exercício seguinte, relacionando as atividades que pretende desenvolver, tanto assistências quanto de recursos humanos, sociais, da pastoral da saúde, educacionais e econômicas e as aplicações dos resultados, submetendo-o à aprovação da Sede Administrativa prestação de contas mensal e anual, em quadros comparativos iguais aos da provisão orçamentária, em que aparecem Balanços, Demonstrativos de Receitas, Despesas e Resultados, além de execução de programas aprovados para o exercício;

IX. Analisar os relatórios e estatísticas do movimento das Instituições e da Contabilidade, remetendo-os em forma de Relatório Administrativo à Sede Administrativa;

X. Representar as instituições perante os poderes governamentais, inclusive a justiça do trabalho, Sindicatos, Associações de classe e outras;

XI. Fixar o quadro de pessoal em número e qualificação, bem como níveis de remuneração

XII. Contratar e/ou dispensar pessoal, de acordo com a lotação de Quadro e aplicar penas ou sanções disciplinares, de acordo com as leis vigentes e quando necessárias;

XIII. Elaborar e implantar rotinas de trabalho;

XIV. Convocar e presidir reuniões com chefes de seções e outro, para discussão de problemas e elaboração de programas a serem desenvolvidos;

XV. Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder as demais práticas necessárias ao controle e manipulação do numerário;

XVI. Manter rigoroso controle financeiro das entradas e saídas de numerário;

XVII. Examinar mensalmente os movimentos financeiros, os demonstrativos da receita e despesa para manter o controle das verbas;

XVIII. Desenvolver contratos de prestações de serviços e os demais necessários ao bom funcionamento das Unidades;

XIX. Manter a melhor utilização da capacidade instalada com leitos e serviços e zelar para que o **Hospital Municipal Santo Antônio- Aripuanã** apresente um melhor padrão de atendimento;

XX. Participar das reuniões dos Serviços Médicos e manter perfeito entrosamento com os profissionais médicos procurando facilitar o trabalho;

XXI. Zelar pela conservação do edifício, instalações, equipamentos, móveis, máquinas e instrumentos e pelo seu uso adequado;

P. M. A
Fls. 126
Ass.

XXII. Analisar com os encarregados os respectivos Manuais de Organização bem como acompanhar a sua execução, apresentando as sugestões necessárias a sua adaptação aos serviços;

XXIII. Manter em dia os Registros e Alvarás.

Art. 8º - Compete à Diretoria Clínica:

I. Propor a admissão de novos médicos;

II. Organizar e manter atualizado o cadastro dos médicos das Unidades;

III. Propor ao Diretor Técnico nomes para as funções de Coordenadores das Clínicas Básicas;

IV. Coordenar e harmonizar todas as atividades médicas, em colaboração com a

V. Comissão de Ética Médica;

VI. Representar o Corpo Médico junto à Administração;

VII. Desenvolver o espírito de crítica científica e estimular o ensino e a pesquisa;

VIII. Prestar contas de seus atos na Assembleia Geral do corpo médico;

IX. Mediar os possíveis conflitos que envolvam os médicos, procurando harmonizá-los em face dos postulados éticos;

X. Empenhar-se para que os componentes do Corpo Médico observem os princípios do Código de Ética Médica, as disposições legais em vigor, as ordens internas e as resoluções baixadas pelos órgãos e autoridades competentes;

XI. Cooperar com a Administração;

XII. Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno;

XIII. Transmitir o seu cargo ao Vice-diretor Clínico em caso de férias, licenças e impedimentos eventuais;

XIV. Nomear, quando pertinente, os membros médicos das Comissões, Estatutárias e Não-Estatutárias, valendo-se da colaboração do Diretor Técnico;

XV. Convocar e presidir as Assembleias Gerais do Corpo Médico e as Reuniões específicas;

XVI. Cumprir as resoluções exaradas pelos Conselhos Federal de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado.

Art. 9 º- Compete à gerência:

I. Respeitar e fazer com que respeitem a Instituição pela qual trabalhamos;

II. Coordenar as atividades, os profissionais e servidores que lhe são subordinados;

III. Exercer o poder de autoridade, com o objetivo de cumprir todas as atividades inerentes à prestação de serviço;

P. M. A
Fls. 1127
Ass.

IV. Fornecer todas as informações e dirimir dúvidas de seus subordinados, para que os mesmos possam desenvolver adequadamente as suas atividades;

V. Avaliar periodicamente, reunindo-se com seus subordinados, o desempenho de sua área e planos de ação para resolver os possíveis problemas;

VI. Zelar para que os Serviços estejam em perfeita ordem, bem como seus subordinados estejam com a apresentação pessoal adequada;

VII. Manter constante contato com a Diretoria Executiva para o recebimento de instruções, bem como resolução de problemas;

VIII. Agir como educador e multiplicador, orientando e estimulando seus subordinados no aperfeiçoamento técnico e também pessoal;

IX. Avaliar todos os pedidos de compra, verificando se há real necessidade de aquisição;

X. Estudar e avaliar os dados estatísticos e de produção de seus Serviços;

XI. Elaborar e manter atualizado os Regimentos de todos os serviços sob sua responsabilidade.

Normas para funcionamento do serviço de administração geral

Estrutura e área de abrangência:

Gerencia Administrativa / Financeira

Atribuições Gestor Administrativo Financeiro:

- Executar as políticas sociais, econômicas, de recursos humanos, administrativos, assistências e salariais aprovadas pela Associação, cumprindo todas as determinações emanadas da Sede Administrativa e da Diretoria Geral, mantendo constante relacionamento com ambas;
- Dirigir, coordenar, controlar e orientar todos os Serviços, dentro das delegações de poderes que lhe forem conferidas;
- Administraras Unidades, assegurando a regularidade de seu funcionamento, de acordo com este Regulamento e o Estatuto Social;
- Planejar, organizar, comandar, coordenar, controlar, comunicar e orientar todos os Serviços, dentro das delegações de poderes que lhe forem conferidas;
- Administrar, assegurando a regularidade de seu funcionamento, de acordo com este Regulamento e os Regimentos das Unidades Administrativas;
- Elaborar e submeter à aprovação a proposta orçamentária anual e o programa a ser desenvolvido, tanto para aplicação de resultados quanto a receita;

P. M. A
Fls. 1128
Ass.

- Representar a Unidade perante os poderes governamentais, inclusive a justiça do trabalho, Sindicatos, Associações de classe e outras;
- Fixar o quadro de pessoal em número e qualificação, bem como níveis de remuneração
- Convocar e presidir reuniões com chefes de seções e outro, para discussão de problemas e elaboração de programas a serem desenvolvidos;
- Manter a melhor utilização da capacidade instalada com leitos e serviços e zelar para o **Hospital Municipal Santo Antônio- Aripuanã** apresente um melhor padrão de atendimento;
- Manter em dia os Registros e Alvarás.

Coordenação Administrativa/Financeira e de Atendimento

Atribuições Coordenações:

- Coordenar as atividades e os profissionais que integram suas equipes;
- Dirimir dúvidas e fornecer todas as informações para que a equipe do serviço possa desenvolver, a contento, suas atividades;
- Reunir periodicamente a equipe para favorecer o entrosamento, examinar o desempenho do serviço e encontrar solução para os problemas;
- Vistoriar constantemente os locais de trabalho;
- Participar ativamente nas reuniões;
- Elaborar relatórios mensais contendo sugestões, dificuldades e indicadores, encaminhando-os ao Diretor Técnico até o décimo dia do mês subsequente;
- Implantar um livro de ocorrências, constando os fatos mais importantes;
- Observar constantemente o desempenho dos produtos em uso e pesquisar novos;
- Incentivar a equipe a estudarem e frequentarem cursos e palestras;
- Aplicar mecanismos de educação continuada para a equipe;
- Aplicar e atender toda legislação e orientação vigente dos órgãos competentes, pertinentes ao serviço e atividades desenvolvidas.

P. M. A
Fls. 1129
Ass.

Áreas da Coordenação Administrativa

Capítulo I – dos serviços administrativos

Secretaria

Art. 1º - A Diretoria terá uma secretária a quem competirá:

I.	O recebimento de toda correspondência e distribuição após destinação dada pelo Diretor;
II.	O controle de todo o arquivo da Administração;
III.	Filtragem de todas as ligações para a Diretoria;
IV.	Agendamento de todas as reuniões internas e externas da Diretoria Geral, Administrativa e Técnica;
V.	Digitação e ou elaboração das correspondências oriundas da Diretoria Geral, Administrativa e Técnica;
VI.	Realizar as atividades que os Diretores Geral, Administrativo e Técnico lhe confiar.

Seção de Compras

Art. 2º - À Seção de Compras, responsável pela aquisição de materiais, medicamentos e outros produtos, comandada por profissional qualificado e subordinada à Diretoria, compete:

I.	Atender as solicitações dos agentes requisitantes para não comprometer a prestação de serviços aos pacientes;
II.	Manter Cadastro atualizado de fornecedores;
III.	Efetuar cotações de preços, com o objetivo de adquirir materiais de boa qualidade ao menor custo;
IV.	Adotar uma política de negociação ética e legal.

P. M. A
Fls. 1139
Ass.

Serviço de Pessoal

Art. 3º - O Serviço do Pessoal, chefiado por profissional devidamente habilitado, compete:

I.	Fazer o registro de todos os funcionários de acordo com a legislação trabalhista em vigor;
II.	Elaborar a folha de pagamento, fixar o Regulamento dos Colaboradores, calcular férias e rescisões, preencher guias e formulários e praticar as demais obrigações decorrentes da correta aplicação legal;
III.	Manter o coeficiente de funcionários indicado e preconizado pela administração;
IV.	Implantar controles de frequências dos colaboradores, preparar e controlar os cartões de ponto;
V.	Levantar, mensalmente, em quadro comparativos, ao menos as seguintes informações: quantidades de colaboradores por categorias profissional e por centro de custo, punições, admissões, demissões e horas extra;
VI.	Manter atualizada a ficha de recolhimento dos encargos sociais;
VII.	Obter que todos os colaboradores usem o crachá;
VIII.	Zelar para que haja vestiários suficientes para todos os colaboradores, com serviços sanitários;
IX.	Abrir um prontuário para cada colaborador, mantendo nele, em ordem cronológica, todos os documentos que lhe for respeito.
X.	Organizar e manter o cronograma de treinamento de todas as categorias funcionais;
XI.	Elaborar relatórios contábeis e outros relatórios solicitados pela Diretoria;
XII.	Estabelecer, junto Direção da Entidade, a política de Cargos e Salários.
XIII.	Fazer com que as unidades mantenham rigorosamente em dia, as escalas de serviços dos colaboradores;
XIV.	Elaborar, em conjunto com a Coordenação Administrativa e a Diretoria Administrativa, o Regimento de Pessoal;
XV.	Elaborar um Regimento específico para o serviço;
XVI.	Cumprir e fazer cumprir o Regulamento e o Regimento do Serviço.

Serviço de Recursos Humanos

P. M. A
Fls. 1131
Ass.

Art. 4º Ao serviço de Recursos Humanos, chefiado por profissional devidamente habilitado compete:

I.	Recrutar, selecionar, e treinar os Recursos Humanos, obedecendo ao orçamento anual de pessoal e com a autorização da Coordenação Administrativa;
II.	Estabelecer junto a Diretoria Administrativa, a política de avaliação de desempenho;
III.	Sugerir, à administração, a organização de eventos e a celebração de efemérides para favorecer o congraçamento dos colaboradores entre si e destes com os profissionais;
IV.	Elaborar um Regimento especifico para o serviço;
V.	Cumprir e fazer cumprir o Regulamento e o Regimento do Serviço.

Farmácia

Art. 5º - À Seção de Farmácia, chefiada por um profissional qualificado em farmacologia e registrada no respectivo órgão de classe, compete:

I.	Manter sistema de localização e controle quantitativo dos estoques de medicamentos e material de consumo organizado em prateleiras;
II.	Estabelecer rotinas e escritos para aquisição, distribuição, devolução e controles de medicamentos e material médico hospitalar;
III.	Definir sistemas ou formulários apropriados para prescrição, distribuição e controle dos medicamentos;
IV.	Escriturar e controlar as requisições de entrada e saída dos entorpecentes e psicotrópicos de conformidade com a legislação vigente;
V.	Controlar e manter em dia a licença de funcionamento da Vigilância Sanitária;
VI.	Proceder à coleta dos produtos não utilizados e fazer os créditos físicos e contábeis;
VII.	Aplicar a curva ABC para os controles;
VIII.	Receber, conferir, controlar e distribuir, de acordo com a técnica definida no Manual e Normas da Unidade, todos os medicamentos e materiais médicos hospitalares;
IX.	Definir requisições de liberação por centro de custo e com documento hábil para contabilização;

P. M. A
Fls. 1132
Ass.

X.	Interagir com a área de Enfermagem e Médica e ou Serviços, Seções e Setores de interface, objetivando a implantação das cautelas de segurança dos medicamentos e materiais distribuídos e a sua metodologia de controle;
XI.	Realizar mensalmente o relatório de atividades;
XII.	Elaborar, Manual de Normas, Rotinas e Regimento do Serviço.

Serviço de Suprimentos

Art. 6º - O Serviço de Suprimentos, sob a direção de um profissional habilitado, compreenderá as Seções de Almoxarifado, e Compras, com regimento próprio e subordinado diretamente.

Seção de Almoxarifado

Art. 7º - A Seção de Almoxarifado subordinado ao Serviço de Suprimentos compete:

I.	Receber, conferir, controlar e distribuir, de acordo com a técnica definida no Manual e Normas da Unidade, todos os materiais;
II.	Observar com maior rigor possível às normas de segurança para inflamáveis e explosivos;
III.	Assegurar o armazenamento dos materiais e medicamentos, dentro dos padrões técnicos de qualidade, peso, observando sempre a saída dos produtos com maior tempo de estoque;
IV.	Conferir mensalmente os estoques contábeis com os estoques físicos;
V.	Manter controle de estoque contábil por sistema informatizado e ficha de prateleira para estoque físico;
VI.	Não liberar nenhum produto sem o comprovante hábil para contabilização;
VII.	Efetivar as baixas das requisições por centro de custos e preço médio;
VIII.	Proceder a coleta dos produtos não utilizados e fazer os créditos físicos e contábeis;
IX.	Aplicar a curva ABC para estoques;
X.	Informatizar a seção, integrando-a ao sistema utilizado no **Hospital Municipal Santo Antônio-Aripuanã**
XI.	Não permitir, nunca, o acesso de pessoas não pertencentes à seção, na unidade;
XII.	Introduzir rotinas e roteiros escritos para a unidade, contemplando recepção, guarda, armazenamento, distribuição e devolução do material;
XIII.	Definir formulários próprios para recepção, distribuição e devolução;

P. M. A
Fls. 1133
Ass.

XIV.	Interagir com os demais serviços, seções e setores, quanto a atrasos no recebimento das mercadorias;
XV.	Manter, mensalmente, relatórios de ocorrências e estatísticas;
XVI.	Elaborar em conjunto com a Gerência, Manual de Normas, Rotinas e Regimento da seção;
XVII.	Cumprir e fazer cumprir o regulamento e Regimento da Unidade.
XVIII.	Estabelecer limites mínimos e máximos de estoque, fixados para cada item de material e medicamento;

Qualidade

Art. 8º - A Seção de Qualidade, chefiada por profissional devidamente habilitado compete:

I.	Administrar e facilitar a implantação dos modelos de gestão da qualidade;
II.	Avaliar os modelos de gestão, com foco na qualidade do processo;
III.	Trabalhar, junto às equipes, em propostas de ação de melhoria;
IV.	Participar da elaboração dos indicadores da qualidade dos setores e acompanhá-los posteriormente;
V.	Multiplicar e envolver os demais colaboradores com a filosofia da instituição;
VI.	Elaborar, ministrar e avaliar os treinamentos relativos aos assuntos da área;
VII.	Supervisionar as atividades de comunicação interna e externa da Casa;
VIII.	Orientar a criação de formulários, normas e políticas para a padronização de procedimentos das áreas;
IX.	Dar suporte e realizar treinamentos junto aos colaboradores, para esclarecimentos e orientações sobre os procedimentos da qualidade;
X.	Realizar levantamentos de dados junto aos colaboradores para elaboração das normas e procedimentos, rotinas administrativas, analisando, organizando, executando e implementando os fluxos de trabalho (informações/ processos);
XI.	Desenvolver trabalhos na elaboração de modelos (layout) de apostilas, comunicados (interno/externo) e outros, seguindo padrões técnicos em conformidade com o solicitado;
XII.	Buscar a adequação de não-conformidades junto aos setores das Instituições
XIII.	Participar ativamente no Planejamento Estratégico da Instituição

Custos e Patrimônio

Art. 9º - Ao Serviço de Custos e Patrimônio, compete:

P. M. A
Fls. 1134
Ass.

I.	Apurar o custo segundo metodologia implantada;
II.	Repassar a informação aos setores envolvidos:
III.	Estar a disposição para discussão da apuração e orientação aos colaboradores;
IV.	Informar a SMS os dados mensalmente solicitados;
V.	Controlar e zelar pelos bens móveis;
VI.	Cumprir e fazer cumprir este regulamento.

Assessoria Jurídica/Contratos

Art. 10º - As Instituições deverão ter sempre uma Assessoria Jurídica para que todas as suas pendências judiciais sejam equacionadas da forma mais aperfeiçoada possível, através da contratação de um advogado e com contrato de prestação de serviços e instrumentos procuratórios específicos, à qual compete:

I. Elaborar todos os contratos de prestação de serviços que mantém com terceiros;

II. Examinar as procurações e a situação de cada mandatário;

III. Defender os interesses das Unidades, judicial e extrajudicialmente;

IV. Efetuar as cobranças dos casos pendentes;

V. Atuar em todas as ações em que a Unidade for sujeito ativo ou passivo;

VI. Julgar a procedência de pedidos de fornecimento de informações sobre o **Hospital Municipal Santo Antônio- Aripuanã** os pacientes;

VII. Orientar sobre a conduta a ser adotada, objetivando eliminar ou diminuir os riscos trabalhistas, civis e penais, para não acumular obrigações futuras.

VIII. Examinar a documentação inerente à contratação de colaboradores, bem como verificar o recolhimento dos encargos sociais, recalculando-os se necessário.

IX. Emitir pareceres sobre questões inerentes as Instituições na aplicação dos diversos dispositivos legais que forem aprovados;

X. Representar a Instituição junto ao sindicato patronal para discutir os dissídios coletivos.

P. M. A
Fls. 1135
Ass.

Faturamento

Art. 11º - A Seção de Faturamento, chefiada por profissional devidamente habilitado, compete:

I. Recolher e ordenar toda a documentação que deve ser utilizada para serem faturados os débitos dos serviços que foram prestados a pacientes do Sistema Único de Saúde;

II. Assegurar para que todos os prontuários dos pacientes com alta sejam faturados e entregues dentro dos prazos previstos;

III. Elaborar mapas demonstrativos mensais do faturamento elaborado, observando roteiros implantados pela administração para o preenchimento de um Relatório Mensal de Prestação de Contas;

IV. Informatizar por inteiro o Serviço, utilizando programas e equipamentos compatíveis;

V. Estabelecer e assegurar o cumprimento do fluxo de encaminhamento e tempo, das solicitações de autorizações de internação;

VI. Garantir para que sejam mantidas atualizadas as tabelas de preços dos produtos e serviços hospitalares;

VII. Dispor de tabelas atualizada dos códigos e valores praticados pelos órgãos oficiais;

VIII. Elaborar e acompanhar mapas de controle de valores faturados, recebidos e glosados e preparando o refaturamento das glosas;

IX. Promover sistematicamente educação continuada e treinamento a toda a equipe;

X. Interagir com a Gerência de Enfermagem, no que se refere a alteração das normas dos SUS que diz respeitos aos procedimentos dos serviços;

XI. Elaborar um regimento específico para a Seção;

XII. Fixar sistema de revisão de débito com base nos prontuários;

XIII. Realizar mensalmente o relatório de atividades;

XIV. Elaborar em conjunto com a TI, Manual de Normas, Rotinas e Regulamento dos Serviços;

XV. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento e o Regimento do Serviço.

Prontuário de Pacientes (SPP)

Art. 12º - A Serviço de Prontuário de Paciente, responsável pelo arquivo, estatística, comandada por profissional qualificado, compete:

I. Zelar para que o prontuário esteja completo e preenchido corretamente, interagindo com outros serviços para atingir este objetivo;

II. Manter um prontuário único para cada paciente, responsabilizando-se pela guarda e conservação dos mesmos;

III. Elaborar, mensalmente, os mapas estatísticos referentes à utilização e ocupação da Instituição, bem como preencher e enviar as estatísticas exigidas pelos órgãos legais;

IV. Fazer levantamentos de dados, sempre que solicitado pela administração, para atender as solicitações legais;

V. Proibir o acesso ao prontuário médico, de pessoas não autorizadas para esta finalidade;

VI. Utilizar sistema apropriado para identificação e guarda do prontuário, facilitando, assim, sua localização quando necessário;

VII. Manter o regimento da seção atualizado e sugerir mudanças para eu aperfeiçoamento.

P. M. A
Fls. 1136
Ass.

Contabilidade

Art. 13º - Ao Serviço de Contabilidade, chefiado por contador devidamente habilitado e registrado no órgão competente, compete:

I. Contabilizar, conforme a legislação em vigor o Plano Contábil, toda a documentação pertinente;
II. Implantar o inventário perpétuo, mantendo controle permanente do imobilizado;
III. Manter controle contábil dos estoques;
IV. Elaborar, mensalmente, um balancete, com mapas demonstrativos das Receitas, Despesas, Disponibilidades, Realizáveis, Exigível e Aplicação de Resultados;
V. Encerrar, anualmente, um Balanço Geral do Ativo, Passivo e das Contas de Resultado para ser aprovado pela Assembleia da Entidade;
VI. Implantar sistema informatizado compatível com outras unidades administrativas;
VII. Conciliar todas as contas ao fechar o Balancete Mensal e o Balancete Anual.
VIII. Manter controle dos cheques emitidos e dos devolvidos;
IX. Preparar toda a documentação exigida para a prestação de contas e auditoria;
X. Implantar um quadro comparativo contábil das Contas do Ativo e do Passivo;
XI. Promover, periodicamente, auditoria contábil por profissional específico, com relatório específico e encaminhá-lo à Administração;
XII. Elaborar um plano Contábil de Custos e implantá-lo para que mensalmente sejam levantados os custos de cada Unidade e os custos unitários dos serviços produzidos em cada Unidade;
XIII. Implantar, em todas as Unidades, os Centros de Custos e colaborar na introdução dos relatórios de produção de cada Unidade;
XIV. Implantar sistemas, de forma a fixar os coeficientes de rateio dos serviços e produtos comuns;

XV.	Fechar mensalmente e depois de encerrado o balancete, os mapas de custo para que a administração possa utilizar suas informações para tomar decisões;
XVI.	Elaborar quadros comparativos mensais das Receitas e dos Custos, por Unidade;
XVII.	Informatizar por inteiro todas as práticas contábeis;
XVIII.	Manter arquivo organizado para a documentação;
XIX.	Realizar mensalmente o relatório de atividades;
XX.	Elaborar, Manual de Normas, Rotinas e Regulamento do Serviço;
XXI.	Cumprir e fazer cumprir o Regulamento e o Regimento do Serviço.

P. M. A
Fls. 1127
Ass.

Áreas da Coordenação De Atendimento

SAU – Serviço de Atenção ao Usuário

Art. 14º - Ao SAU, compete:

I. Garantir o atendimento ao público em geral, prestando-lhes as informações solicitadas, encaminhando o cliente ao Serviço de Atendimento ao usuário;

II. Formalizar a admissão dos pacientes aos serviços assistenciais, quer externo ou quanto à internação, enquadrando-os no Sistema Único de Saúde;

III. Zelar para que impressos e ou informações introduzidas pela Administração sejam corretamente preenchidos;

IV. Levantar informações estatísticas diárias e mensais relativas à capacidade instalada dos serviços e leitos da entidade a sua movimentação, enquadrando-os no Plano Estatísticos;

V. Controlar fluxo de pessoas que adentram no **Hospital Municipal Santo Antônio- Aripuanã** de conformidade com as normas estabelecidas pela Diretoria;

VI. Providenciar o acompanhamento do paciente à internação;

VII. Manter registro das internações efetivadas, incluindo, sequência dos números de registros, internação, alta, óbito, remoção e evasões;

VIII. Interagir com o Serviço Social, visando o treinamento para a comunicação de óbito;

VIII. Interagir com todos os serviços da Entidade que posam intervir no funcionamento do mesmo;

IX. Instruir um sistema de Controle de Leitos;

X. Realizar, mensalmente, o relatório de atividades;

XI. Elaborar, em conjunto com a Diretoria, Manual de normas, rotinas e Regimento da Unidade;

XII. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento e o Regimento da Unidade.

P. M. A
Fls. 1198
Ass.

XIII. Receber e controlar todas as chamadas telefônicas, dando-lhes o devido encaminhamento;

XIV. Restringir as chamadas particulares;

XV. Apresentar, mensalmente, o relatório das ligações;

XVI. Manter atualizada a lista de telefones para contato com os profissionais que atuam na Unidade, bem como dos serviços;

XVII. Manter sempre atualizada a lista das seções e setores e de suas respectivas chefias;

XVIII. Manter relatório das ocorrências, estatísticas e atendimentos.

Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU

Art. 15º - Compete ao SAU:

I.	Receber a queixa, elogios, sugestões e agradecimentos, documentar em protocolo próprio e encaminhar as solicitações para os responsáveis de cada área.
II.	Checar as informações e responder ao usuário que se identificar ou a um representante da comunidade beneficiada pelo atendimento.
III.	Acompanhar as providências adotadas, garantindo o direito de resolutividade e manter o requerente informado do processo.
IV.	Atender sempre o manifestante com cortesia e respeito, sem discriminação ou pré-julgamento, dando-lhe uma resposta à questão apresentada, no prazo de até 7 (sete) dias úteis.

Hotelaria

Seção de Higienização e Limpeza

Art. 16º - Ao Serviço de Higienização e Limpeza:

I. Promover a higienização e limpeza diariamente de toda a entidade levando em consideração a especificação de cada local;

II. Implantar as normas técnicas definidas nos Manuais de Procedimentos;

III. Elaborar as escalas de serviços, em consonância coma s atividades desenvolvidas em cada local;

IV. Elaborar e implantar o Regimento da Unidade, Manuais e Rotinas;

V. Estabelecer o fluxo para a coleta do lixo, segundo a legislação vigente;

VI. Coletar o lixo, observando as normas definidas para o devido destino, seguindo a legislação vigente;

VII. Combater, periodicamente, insetos e roedores;

VIII. Promover, continuamente, treinamento em serviço;

P. M. A
Fls. 1139
Ass.

IX. Observar e comunicar as seções e setores específicos, sobre defeitos encontrados em instalações e móveis;

X. Zelar na manutenção da limpeza do estacionamento e das áreas externas

XI. Elaborar relatórios próprios para controles e avaliações;

XII. Realizar, mensalmente, o relatório de atividades;

XIII. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento e o Regimento da Unidade.

Serviço de Processamento de Roupas

Art. 17º - Ao Serviço de Processamento de roupas, compete:

I. Recolher, pesar, processar, distribuir e controlar todas as roupas

II. Assegurar que seja realizada a manutenção preventiva dos equipamentos e instalações;

III. Garantir para que a distribuição de roupas seja proporcional à necessidade de cada seção ou setor e nos horários previamente estabelecidos;

IV. Assegurar para que as roupas processadas não sejam veículos de disseminação de contaminação;

V. Efetuar levantamentos periódicos e introduzir dispositivos que permitam o controle eficaz de toda a roupas da entidade;

VI. Elaborar escalas de serviços em consonância com as atividades desenvolvidas em cada setor da unidade;

VII. Garantir que a Unidade esteja sempre em ordem, assegurando que os funcionários se utilizem sempre dos EPIs indicados.

VIII. Assegurar que seja realizado o controle bacteriológico dos processos de lavagem, carros de transporte e depósito e roupas;

IX. Garantir para que não haja a manipulação desnecessária da roupa suja;

X. Requisitar o material e os serviços necessários à unidade;

XI. Fazer relatórios necessários ao levantamento de custos;

XII. Garantir o conserto das roupas que se estraga, definindo a prioridade de confecção de novas;

XIII. Realizar mensalmente o relatório de atividades;

XIV. Elaborar e fazer cumprir o Regulamento e o Regimento da Unidade.

Fisioterapeuta

P. M. A
Fls. 1140
Ass.

Art. 18º- Ao serviço de fisioterapia compete:

I. Realiza avaliação no paciente;
II. Dá o diagnóstico específico
III. Desenvolver um plano de tratamento fisioterapêutico adequado às necessidades do paciente;
IV. Executa técnicas especificas adequadas ao estado clínico do paciente
V. Reavalia o paciente após a intervenção;
VI. Alterar a abordagem e tratamento quando necessário;
VII. Garantir a educação continuada em serviço assegurando que nenhum colaborador entre em atividade, sem antes ter recebido o treinamento específico;
VIII. Assegurar que seja realizado o controle sanitário periódico dos colaboradores;
IX. Garantir que todos os colaboradores da unidade usem EPI's;
X. Garantir a educação continuada em serviço assegurando que nenhum colaborador entre em atividade, sem antes ter recebido o treinamento específico;
XI. Elaborar as escalas de serviços, em consonância com as atividades desenvolvidas em cada local;
XII. Elaborar formulários apropriados para as tarefas específicas;
XIII. Elaborar e implantar o Regimento da Unidade, Manuais e Rotinas;
XIV. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da Unidade.

Capítulo II – disposições gerais

No **Hospital Municipal Santo Antônio- Aripuanã** a pessoa humana é o valor maior de todos os esforços do mesmo serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios O presente regulamento, disciplinado pelos regimentos de cada unidade, deverá ser observado por todos que trabalham no **Hospital Municipal Santo Antônio- Aripuanã** empregados ou não.

P. M. A
Fls 141
Ass.

2.1.10. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Introdução

A Enfermagem tem instituído a utilização de documentação técnica para organizar o serviço de enfermagem na área assistencial, prática que vem sendo cada vez mais incorporada na Urgência e Emergência.

Normalmente a documentação abrange o apoio diagnóstico, tratamento e prevenção, orientando os profissionais da área de enfermagem em suas rotinas de trabalho.

O Manual Técnico de Normas e Rotinas do Serviço de Enfermagem surgiu da necessidade de estabelecer um documento de organização do serviço com regimento, organograma, normas e rotinas de enfermagem do **Hospital Municipal Santo Antônio- Aripuanã.**

De acordo com orientações descritas pelo Coren: "O regimento interno é o ato normativo aprovado pela administração superior da organização de saúde, de caráter flexível e que contém diretrizes básicas para o funcionamento do serviço de enfermagem. O regimento especifica as disposições do regulamento para o serviço, devendo, portanto, estar nele embasado."

Deve conter os seguintes itens:

- ✓ Filosofia/finalidade e objetivos do serviço;
- ✓ A posição do serviço na estrutura da organização e descrição das linhas hierárquicas (Organograma);
- ✓ Normas do Serviço de Enfermagem
- ✓ Requisitos para seleção, admissão, avaliação e rescisão do contrato de trabalho
- ✓ A competência de cada membro da equipe de enfermagem;
- ✓ Horário de Trabalho

Capítulo I- Da Política do Serviço de Enfermagem:

Art. 1- Enfermagem é a arte de cuidar e a ciência cuja essência e especificidade são o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe atividades de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde.

O conhecimento que fundamenta o cuidado de enfermagem deve ser construído na intersecção entre a filosofia, que responde à grande questão existência do homem, a ciência e tecnologia, tendo a lógica formal como responsável pela correção normativa e a ética numa abordagem epistemológica efetivamente comprometida com a emancipação humana e evolução das sociedades.

Capítulo II- Dos Objetivos e Finalidades:

Art. 2 - Organizar, orientar e documentar todo desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando cumprir sua missão, que consiste no compromisso e dever dos profissionais da enfermagem para com os usuários, família, comunidade e a equipe de saúde.

P. M. A
Fls. 1142
Ass.

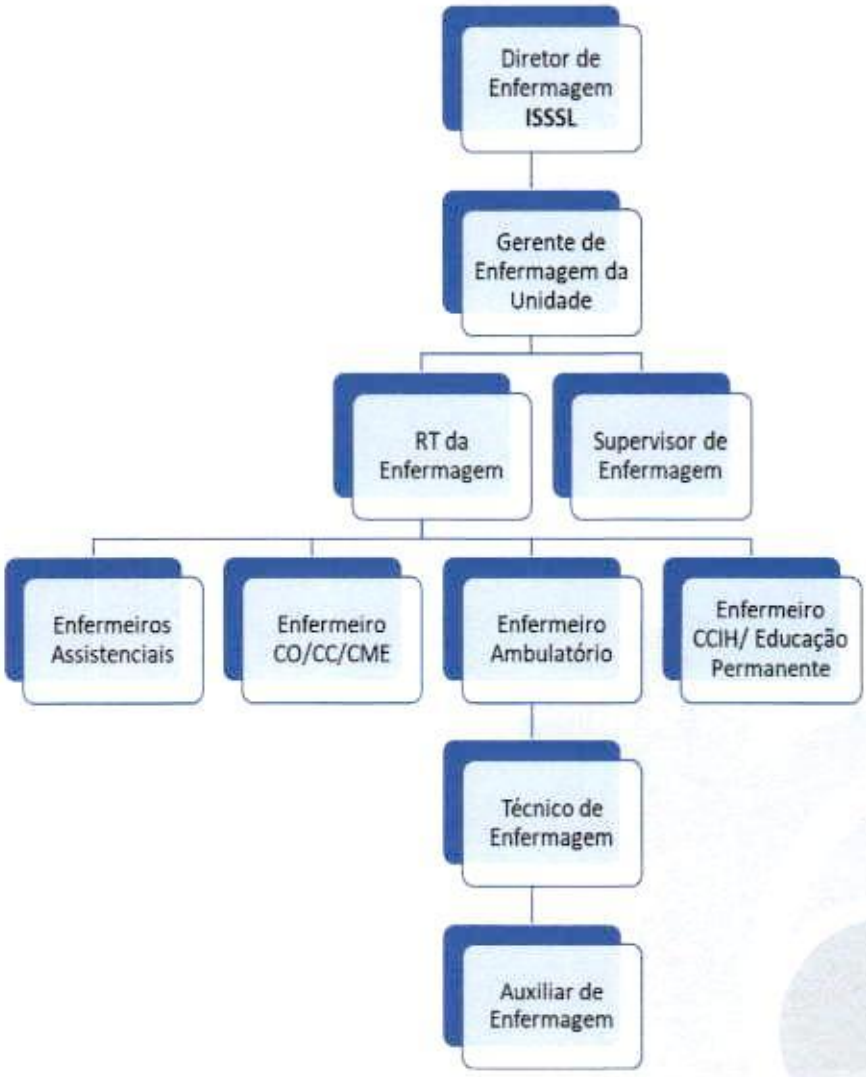
Art. 3 - O serviço de Enfermagem tem por finalidade:

I. Assistir ao indivíduo, família e comunidade seguindo as diretrizes do SUS: integralidade, enfoque individual e familiar, humanização, intersetorialidade, democratização do conhecimento e participação popular;

II. Identificar as necessidades, promover e colaborar em programa de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe da enfermagem;

III. Trabalhar de acordo com o Código de Ética de Enfermagem e dos demais profissionais do serviço de Saúde.

Capítulo III- Organograma do Serviço de Enfermagem



P. M. A
Fls. 1143
Ass.

Capítulo IV - Normas do Serviço de Enfermagem:

As normas do serviço de Enfermagem têm por finalidade estabelecer conduta aos funcionários, visando o bom funcionamento das atividades conforme a filosofia implantada.

São normas do Serviço de Enfermagem

- Exercer as funções de acordo com o que determina a Lei de Exercício 7.498/86 e Decreto 94.406/87 do profissional;
- Respeitar a hierarquia do organograma do serviço;
- Apresentar-se ao serviço com antecedência de quinze (15) minutos, devidamente uniformizado (branco e jaleco), asseado e com identificação em lugar visível;
- Assumir o plantão com antecedência de 15 minutos, para que todas as informações pertinentes ao serviço e ao usuário/cliente seja garantida;
- Todas as intercorrências deverão ser registradas em livro Ata para o respaldo possível da Chefia Mediata e Imediata;
- As mulheres, manter os cabelos devem estar presos, unhas curtas (se estiver com esmalte manter cores discretas), com maquiagem e batom discretos, sem adornos que dificultem ou interfira no cuidado do cliente;
- Aos homens, manter os cabelos curtos, unhas curtas e barba feita;
- Calçar sapatos adequados, sem abertura na frente e nem atrás.
- Bolsa, sacolas e mochilas deverão ser acondicionadas em armários próprios, devendo o funcionário dirigir-se, a unidade, portanto apenas o material de bolso (garrote, caneta, tesoura e carimbo);
- Deverá portar material de bolso durante todo o período de trabalho;
- O colaborador deverá usar obrigatoriamente todos os equipamentos de segurança de acordo com o procedimento que irá executar;
- O horário de refeição será estipulado pela chefia, obedecendo revezamento;
- É dever de todo funcionário zelar pelo patrimônio móvel e imóvel;
- É dever de todo funcionário NÃO se ausentar durante o horário de serviço (saídas a rua);
- Todo procedimento deverá ser realizado com o uso de EPI (Equipamento de Proteção Individual);
- Toda anotação de Enfermagem deverá ser carimbada (nome, função e COREN) e assinada por quem a executou. Este carimbo é de responsabilidade de cada funcionário (confecção, utilização e guarda);
- Cada funcionário deverá conhecer as atribuições a ele destinadas e que se encontram no Manual de funcionamento de cada Unidade;

P. M. A
Fls. 149
Ass.

- O serviço prestado pela Prefeitura do Município de Itapecerica da Serra é gratuito, portanto, nenhum funcionário receberá pagamento, ou gratificações de clientes, familiares ou responsáveis.
- O carrinho da sala de emergência deverá ser conferido de acordo com a escala de serviços.
- A escala de serviço será confeccionada pelo Enfermeiro e deverá ser seguida obrigatoriamente;
- Assuntos pertinentes à enfermagem deverão ser discutidos com o enfermeiro, respeitando a hierarquia do serviço;
- Nenhum setor deverá ficar sem funcionário
- Evitar comentários indevidos na frente de pacientes e/ou acompanhantes;
- Nas remoções o profissional de enfermagem deverá sempre ir junto com o paciente na parte de trás da ambulância;
- Todo material que for usado na remoção (lençóis, cobertores, equipamentos) deverá retornar a unidade de origem;
- Os enfermeiros deverão preencher a Ficha de Notificação e Investigação para todas as doenças de notificação compulsória, nos casos de Atendimento Anti-Rábico Humano, seguir orientação e encaminhar os pacientes à Vigilância Epidemiológica de segunda a sexta feira;
- NR 32.2.4.15: São vetados o re-encape e a desconexão manual das agulhas;
- NR 32. 2. 4. 4: Os trabalhadores com feridas ou lesões nos membros superiores só podem iniciar suas atividades após avaliação médica obrigatória com emissão de documento de liberação de trabalho.
- NR 32. 2. 4. 5: O empregador deve vedar:
- A utilização de pias de trabalho para fins diversos dos previstos;
- O ato de fumar, o uso de adornos (alianças e anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, broches, piercings expostos) e manuseio de lentes de contato nos postos de trabalho, o consumo de alimentos e bebidas nos postos de trabalho;
- Aguarda de alimentos em locais não destinados para este fim;
- NR 32. 2. 4. 6. 2: os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais;
- comunicar qualquer acidente de trabalho exigindo a abertura da comunicação de acidente de trabalho – CAT – por menor que seja o acidente, mesmo não havendo afastamento do trabalho (fluxograma de acidente de trabalho em anexo);
- Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento;
- Informar ao paciente e/ou responsável todo procedimento que vai ser executado;

P. M. A
Fls. 143
Ass.

- Na administração de medicamentos atentarem aos 11 certos: Medicamento certo –Aspecto; Validade; Compatibilidade Medicamentosa; Direito de recusa; Orientação ao paciente; anotação correta; Dose certa -Paciente certo -Via certa -Hora certa.
- Todos os acessos venosos dos clientes internados deverão ser identificados (número do GELCO/SCALP e data);
- Toda solução parenteral deverá constar de identificação
- Ao receber o plantão fazer conferência de materiais, medicamentos e equipamentos existentes na unidade de serviço, constar em relatório;
- Os kits da Sala de Emergência deverão ser conferidos em todos os plantões, datados, assinados e carimbados;
- Todo e qualquer procedimento realizado nos pacientes deverão ser registrados na FAA e/ou prontuário, assinado e carimbado, SEMPRE anotar data e horário;
- O livro de Registro de Pacientes da Observação e da Sala de Emergência deverá ser feito em todos os plantões, constando observações pertinentes à condição do paciente, alta, remoção, entre outras;
- Nas receitas de psicotrópicos deverá constar número de FAA com carimbo e assinatura de quem administrar;
- Toda e qualquer intercorrência com paciente deverá constar em prontuário e o enfermeiro do plantão deverá estar ciente para poder comunicar ao médico;
- As Anotações de Enfermagem devem ser registradas em formulários/documentos, com cabeçalho devidamente preenchido com dados completos do paciente, de acordo com os critérios estabelecidos na Instituição;
- As trocas de folgas e/ou plantão serão permitidas pelo Enfermeiro Assistencial do plantão quando for conveniente, devendo ser registrada em documento específico com o mínimo de 36 horas de antecedência;
- A SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ser realizada por toda a equipe de enfermagem atendendo as legislações vigentes
- Na admissão registrar condições do paciente, se estar ou não acompanhamento entre outras observações;
- Na Alta hospitalar, verificar se no prontuário consta assinatura do médico responsável, entregar receitas e/ou exames realizados e informar ao Serviço Social para que este comunique a família e/ou responsável;
- Anotar em prontuário as condições em que o paciente saiu da unidade e acompanhado por quem;

P. M. A
Fls. 1146
Ass.

- A SAE –Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ser realizada a partir de duas (2) horas, em que o paciente se encontrar em observação na unidade, sendo responsabilidade do Enfermeiro de plantão realizar a SAE e caberá ao técnico e/ou auxiliar de enfermagem realizar a checagem da prescrição de enfermagem;
- O profissional que preparar a medicação OBRIGATORIAMENTE será o que irá administrar;
- Os equipamentos deverão ser passados em plantão testados;

Capítulo V- Dos requisitos para seleção, admissão, avaliação e rescisão de contrato de colaboradores da enfermagem

Art. 5º. A seleção de funcionários é realizada de acordo com o perfil exigido pelo projeto a que se refere e a necessidade de composição ou reposição de equipe. Os critérios analisados para a seleção do profissional são: perfil para desenvolvimento de ações relativas à vaga em aberto, experiência acadêmica e profissional, capacidade de articulação, dinamismo, facilidade de organização e expressão. Esses critérios são apurados em cada uma das etapas do processo seletivo, composto por triagem de currículos, provas e entrevista.

Do contrato CLT

Art. 6º. Os contratos de trabalho do Instituto são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Inicialmente, é assinado um contrato de experiência com duração de 90 dias divididos em duas etapas, sendo 45 + 45 dias que, após cumprimento, pode ser prorrogado por prazo indeterminado.

Da Contratação Temporária

Art. 7º. A contratação temporária é realizada atendendo os critérios da lei regulamentadora Lei 6.019/74 (com as alterações legislativas pela Lei 13.429/17) e pelo Regulamento (Decreto 73.841/74, além da Portaria MTE 789/14 e da Instrução Normativa SIT 114/14), conforme necessidade do serviço.

Dos prestadores de serviço

Art. 8º. Os profissionais contratados como prestadores de serviço firmam contrato de prestação de serviços e recebem mediante a emissão de notas fiscais e descritivo das atividades realizadas, respeitando o escopo do contrato de prestação de serviço firmado.

Da rescisão de contrato

P. M. A
Fls. 1147
Ass.

Art. 9º. A legislação garante ao empregador o direito de demitir funcionário por justa causa em alguns casos. O artigo 482 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) prevê o seguinte:

"Art. 482 - Constituem justa causa para rescisão do contrato de trabalho pelo empregador:

- Ato de improbidade;
- Incontinência de conduta ou mau procedimento;
- Negociação habitual por conta própria ou alheia sem permissão do empregador e quando constituir ato de concorrência à empresa para a qual trabalha o empregado ou for prejudicial ao serviço;
- Condenação criminal do empregado, passada em julgado, caso não tenha havido suspensão da execução da pena;
- Desídia no desempenho das respectivas funções; Embriaguez habitual ou em serviço;
- Violação de segredo da empresa;
- Ato de indisciplina ou de insubordinação;
- Abandono de emprego;
- Ato lesivo da honra ou da boa fama praticado no serviço contra qualquer pessoa ou ofensas físicas, nas mesmas condições, salvo em caso de legítima defesa, própria ou de outrem;
- Ato lesivo da honra ou da boa fama ou ofensas físicas praticadas contra o empregador e superiores hierárquicos, salvo em caso de legítima defesa, própria ou de outrem;
- Prática constante de jogos de azar."

Dos tipos de rescisão

Art.10º. Serão considerados as seguintes rescisões de contrato:

a) Durante o período de experiência, observada a recomendação da chefia, após processos de avaliação de desempenho;
b) A pedido;
c) Por solicitação da chefia, podendo ser caracterizada sem ou com justa causa devidamente documentada;
d) Término de contrato de gestão

P. M. A
Fls. 1149
Ass.

Do período de experiência

Art. 11º. Antes de completar cada período de experiência, a chefia deverá avaliar o colaborador através de avaliação. O colaborador que não atingir a média ideal da avaliação ou que durante o período não atender as normas e valores da Instituição, terá seu contrato encerrado.

Da rescisão à pedido

Art. 12º. A decisão do funcionário de rescindir o contrato de trabalho com o ISSSL deve ser comunicada ao departamento de Recursos Humanos o mais breve possível, observando-se o limite do dia 20 de cada mês. O pedido deve ser formalizado através de carta de próprio punho, ficando ciente dos descontos inerentes ao não cumprimento do aviso prévio conforme Art. 477 da CLT.

Do desligamento

Art. 13º. Nenhuma demissão deverá ocorrer sem prévia autorização da gerência e diretoria do Instituto. As solicitações devem ser encaminhadas com relatórios justificando o motivo das dispensas, juntamente com a requisição.

Das faltas e atrasos

Art. 14º. O contrato de trabalho do Instituto prevê que faltas reiteradas e injustificadas poderão acarretar em advertências para o funcionário, suspensão ou até mesmo demissão por justa causa. Caso haja a necessidade de aplicar uma penalidade, o ISSSL observará os seguintes requisitos:

- Atualidade da punição: a punição será imediata, exceto quando a falta cometida requeira apuração de fatos e responsabilidades;
- Unicidade da pena: será aplicada uma única vez a punição referente a um ato faltoso;
- Proporcionalidade: o bom senso deve ser observado para dosar a pena merecida pelo funcionário devido ao ato faltoso. O **ISSSL** considera o passado funcional e os motivos determinantes para a prática da falta pelo funcionário.

Da advertência

Art. 15º. Sempre que necessário, o Instituto advertirá, por escrito, o funcionário para que ele tome conhecimento do seu comportamento faltoso e das implicações que podem advir, em caso de reincidência o seu contrato de trabalho pode ser rescindido por justa causa se houver reiteração de mau comportamento.

PMAA Fls 1199 Ass.

Da suspensão

Art. 16º. O Instituto poderá aplicar a suspensão do funcionário por alguns dias. Essa medida visa disciplinar e resgatar o comportamento em conformidade com as exigências da instituição. A suspensão poderá ocorrer após advertências ou no instante do cometimento de uma falta.

Capítulo VI- Das Competências

Art. 17º Cabe à Gerente de Enfermagem

- O responsável técnico/ coordenador de enfermagem tem como papel planejar a organização do trabalho da enfermagem nas suas diferentes unidades;
- Promover e manter o desenvolvimento da assistência de enfermagem ininterruptamente;
- Aproximar a tomada de decisão da Direção Executiva ao nível operacional das atividades fins.

De acordo com o Coren decisão 044/2008 o Enfermeiro de posse da Certidão de Responsabilidade Técnica, além de ser o representante da Enfermagem da instituição nas diversas instâncias e perante o Coren, tem como atribuições:

- Elaborar o diagnóstico situacional do serviço de Enfermagem;
- Normatizar e fazer cumprir as normas e rotinas, de forma democrática, mantendo-as sempre atualizadas e disponíveis à equipe;
- Participar na seleção dos técnicos de que irão compor o quadro da equipe de enfermagem;
- Confeccionar escala mensal do pessoal de Enfermagem;
- Confeccionar escala anual de férias da equipe de enfermagem;
- Assessorar a direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atribuição;
- Manter a equipe de enfermagem atualizada em parceria com a Educação Permanente;
- Convocar e presidir reuniões com funcionários do setor;
- Prever e prover os recursos materiais, garantindo uma assistência adequada, sem quebra da continuidade, registrando pendências ou problemas;
- Supervisionar o adequado uso dos recursos materiais;
- Coordenar, supervisionar e avaliar periodicamente as atividades da equipe de enfermagem;
- Supervisionar manutenção preventiva e limpeza de equipamentos de reserva;
- Colaborar com o controle de saída e recebimento de materiais para manutenção ou reposição;
- Zelar pela garantia da sistematização da assistência de enfermagem;
- Ter resolubilidade frente aos problemas detectados para o bom funcionamento da unidade;

P. M. A
Fls. 1139
Ass.

- Zelar pela manutenção de comportamento ético, juntamente com todos os membros da equipe, frente a familiares e funcionários de outros setores do hospital;
- Prestar assistência direta ao paciente conforme necessidade;
- Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;
- Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;
- Implantar, desenvolver e aperfeiçoar a Sistematização da Assistência de enfermagem na Instituição que desenvolve seu trabalho;
- Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

Art. 18º. - Cabe ao Responsável Técnico Unidade

- Normatizar e fazer cumprir as normas e rotinas na unidade de terapia intensiva, de forma democrática, mantendo-as sempre atualizadas e disponíveis à equipe;
- Participar na seleção dos técnicos de que irão compor o quadro da equipe de enfermagem;
- Convocar e presidir reuniões com funcionários do setor, registrando cuidadosamente todos os assuntos discutidos em livro ata destinado exclusivamente a este fim;
- Confeccionar escala mensal da equipe de Enfermagem;
- Confeccionar escala mensal de divisão de serviço da equipe de Enfermagem;
- Confeccionar escala anual de férias da equipe de enfermagem;
- Integrar os demais serviços da instituição, priorizando a ética profissional e zelando pelo trabalho multiprofissional;
- Assessorar a direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atribuição;
- Manter a equipe de enfermagem atualizada em parceria com a Educação Permanente;
- Prever e prover os recursos materiais, garantindo uma assistência adequada, sem quebra da continuidade, registrando pendências ou problemas;
- Supervisionar o adequado uso dos recursos;
- Ter resolubilidade frente aos problemas detectados para o bom funcionamento da unidade;
- Fazer a taxa de permanência mensal;
- Realizar relatório, anualmente e sempre que necessário, para a Gerente de Enfermagem, documentando fatos, atividades e desempenho anual, sugerindo atitudes em conformidade com a equipe de enfermagem.

P. M. A
Fls. 151
Ass.

Art. 19º- Cabe ao Supervisor de Enfermagem

- Registrar as necessidades de assistência de enfermagem, indicadas pelo coordenador de enfermagem dos setores;
- Avaliar a qualidade da assistência de enfermagem prestada e registrar rotinas ou ausência delas em livro de ordens e ocorrências da supervisão;
- Identificar as necessidades de orientação e treinamento da equipe e repassar para educação permanente;
- Remanejamento interno de recursos humanos, materiais, utilizados para o desenvolvimento das atividades de enfermagem durante a semana nos finais de semana;
- Identificar e registrar possíveis situações problemas na equipe de enfermagem e junto com a coordenação de enfermagem buscar solucionar tais problemas;
- Promover a integração do pessoal de enfermagem e manutenção de estratégias para sua motivação junto a Responsável Técnica de enfermagem;
- Supervisionar e registrar no livro de ordens e ocorrências os transportes intra-hospitalares;
- Estabelecer, utilizar e avaliar métodos de trabalho;
- Realizar a gestão clínica do cuidado;
- Registrar no livro os óbitos ocorridos no plantão;
- Realizar a liberação de corpo "*pós morte*", solicitar a presença do maqueiro para acompanhar a supervisão. Conferir a documentação da família para liberação do corpo. Acompanhar familiares caso desejem se despedir do ente que foi a óbito;
- Coordenar e otimizar serviços de transferências, óbitos, realização de exames e altas, de forma contínua e documentada, melhorando a qualidade do atendimento ao cliente;
- Tomar ciência dos plantões para solução de possíveis problemas existentes;
- Avaliar técnica, ética, conduta e postura dos colaboradores;
- Realizar inspeções periódicas dos setores e da unidade de terapia intensiva, observando se o padrão de trabalho está sendo mantido;
- Realizar controle do cumprimento das normas e rotinas dos colaboradores;
- Orientar e cobrar não apenas equipe de enfermagem, mas a equipe multiprofissional, e o correto preenchimento dos formulários e organização dos prontuários;
- Observar se o aparelho de eletro e desfibrilador estão sendo mantidos ligados na tomada;
- Participar de reuniões sempre que solicitado;
- Incentivar sua equipe ao aperfeiçoamento e crescimento profissional;

P. M. A
Fls. 1132
Ass.

- Informar ao enfermeiro rotina de qualquer problema ou necessidade da unidade;
- Cumprir e fazer cumprir regulamentos das rotinas, circulares e outras instruções;
- Esclarecer, quando solicitado, dúvidas sobre as condições de saúde do paciente e sobre o serviço de enfermagem a familiares;
- Executar trabalhos específicos em cooperação com outros profissionais, ou assessorar em assuntos de enfermagem;
- Realizar registros de enfermagem para historiar e mapear o cuidado prestado;
- Facilitar o rastreamento das ocorrências com o cliente a qualquer momento e reforçar a responsabilidade do profissional envolvido no processo de assistência de enfermagem;
- Zelar pela manutenção e conservação de equipamentos e material da Unidade;
- Ter postura, assiduidade e pontualidade;
- Receber o plantão e resolver juntos, à rotina as possíveis pendências existentes;
- Avaliar do desempenho de funcionários da equipe de enfermagem, qualquer que seja o vínculo;
- Supervisionar, organizar e/ou executar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na instituição.

Art. 20º. - Cabe ao Enfermeiro CCIH

Conforme Parecer de Câmara Técnica n° 0107/2021/CTLN/DGEP/COFEN dentre as atribuições da CCIH, destacam-se:

- Busca ativa e vigilância das infecções hospitalares entre os pacientes;
- Avaliação e orientação de técnicas relacionadas com procedimentos invasivos;
- Controle do uso racional de antimicrobianos;
- Educação continuada dos profissionais de saúde em prevenção de infecções;
- Monitoramento e controle de surtos;
- Monitoramento dos serviços de limpeza e desinfecção;
- Controle de pragas, vetores e qualidade da água;
- Desenvolver ações sistemáticas com visitas nos setores e reduzindo ao máximo a incidência e a gravidade das infecções hospitalares;
- Estruturar o CCIH do ponto de vista operacional e organizacional;
- Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do CCIH;
- Participar das reuniões da CCIH, com direito a voto;
- Promover a capacitação dos recursos humanos do CCIH;

P. M. A
Fls. 153
Ass.

- Coordenar e administrar periodicamente cursos relacionados ao controle de infecção hospitalar para o corpo clínico;
- Participar da padronização dos antimicrobianos e germicidas de uso a instituição, bem como supervisionar a correta utilização dos mesmos;
- Participar de visitas clínicas e discutir casos clínicos visando aspectos preventivos, diagnósticos e terapêuticos das infecções hospitalares;
- Executar outras tarefas correlatas à área;
- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
- Participar do controle de qualidade dos testes bacteriológicos e esterilização de materiais e equipamentos;
- notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados;
- notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob Vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
- avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;
- Fornecer a taxa mensal de infecção hospitalar das unidades sob vigilância;
- Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de isolamento padronizada pela CCIH;
- Participar da investigação de surtos de infecção, junto com os demais membros do grupo executor;
- Realizar auditoria para avaliar o cumprimento do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH);
- Dar parecer técnico quanto à aquisição de material e equipamento médico – hospitalar;
- Participar das discussões de construção ou reforma na área física hospitalar, quando solicitado pela administração;
- Dar parecer técnico quanto ao reprocessamento de artigo médico – hospitalar;

P. M. A
Fls. 1134
Ass.

- Participar de visita técnica e emitir parecer técnico na contratação de empresa prestadora de serviço, como farmácia de preparo de nutrição parenteral, esterilização em óxido de etileno e lavanderia hospitalar;
- Participar de grupos de interesse para o controle das infecções hospitalares como: grupo de feridas, cateter, reuso, etc.;
- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência.

Art. 21º. - Cabe ao Enfermeiro Assistencial

- Planejar, organizar, coordenar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de enfermagem em pacientes internados na sua unidade de trabalho;
- Desenvolver as atividades assistenciais e propor alternativas de transformação na realidade gerencial e do cuidado ao paciente criticamente enfermo e/ou em situação de risco de morte;
- Executar as funções pertinentes à sua profissão que possa identificar intercorrências e tomar decisões imediatas sobre o atendimento do paciente internado;
- Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;
- Realizar as atribuições de Enfermeiro e demais atividades inerentes ao cargo;
- Realizar atividades privativas ao Enfermeiro, bem como a Sistematização de Assistência de Enfermagem, visualizando sempre a equipe técnica realizando o que é inerente a sua função;
- Realizar o censo hospitalar inerente ao seu setor nos horários pré-estabelecidos. Enfermarias: período matutino e período vespertino
- Supervisionar serviço da equipe técnica, bem como identificar possíveis temas para educação permanente;
- Garantir ambiente limpo, organizado e tranquilo aos colaboradores e clientes internados na unidade de trabalho;
- Comunicar o superior imediato qualquer problemática que não seja possível resolução imediata e de sua rotina, afim de se otimizar tempo e melhora assistência ao cliente e familiares;
- Garantir assistência integral em todos os âmbitos durante a internação do paciente, verificando a assistência multidisciplinar e criando elo entre as equipes, para melhora da assistência do cliente.

P. M. A
Fls. 1135
Ass.

Art. 22º. - Cabe ao Técnico de Enfermagem

- Assistir ao enfermeiro no planejamento, programação e orientação das atividades de enfermagem, na prestação de cuidados diretos de enfermagem em estado grave, na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar, na prevenção e controle de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;
- Executar atividades de assistência de enfermagem na saúde do paciente crítico, excetuadas as privativas do Enfermeiro;
- Executar atividades de desinfecção e esterilização;
- Organizar o ambiente de trabalho e dar continuidade aos plantões;
- Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança;
- Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes;
- Executar ações assistenciais de enfermagem, sob supervisão, observando e registrando sinais e sintomas apresentados pelo doente, fazendo curativos, ministrando medicamentos e outros;
- Auxiliar nos atendimentos de urgência e emergência;
- Coletar material para exames laboratoriais quando necessário;
- Cooperar com a equipe de saúde no desenvolvimento das tarefas assistenciais;
- Fazer preparo pré e pós-operatório, e pré e pós parto;
- Circular salas cirúrgicas e obstétricas, preparando a sala e o instrumental cirúrgico, e instrumentalizando nas cirurgias quando necessário;
- Realizar procedimentos referentes à admissão, alta, transferência e óbitos;
- Manter a unidade de trabalho organizada, zelando pela sua conservação comunicando ao Enfermeiro eventuais problemas;
- Auxiliar em serviços de rotina da Enfermagem;
- Preparar pacientes para exames, orientando-os sobre as condições de realização dos mesmos;
- Auxiliar nas atividades de radiologia, quando necessário;
- Realizar demais atividades inerentes ao cargo

P. M. A
Fls. 1136
Ass.

Art 23º.- Cabe ao Auxiliar de Enfermagem

O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- Executar ações de tratamento simples;
- Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- Participar da equipe de saúde.

Capítulo VII- Horário de trabalho

Art. 24º. - O horário de entrada e saída do funcionário será o indicado no Contrato de Trabalho. No caso de necessidade de alteração de horário, deverá informar a pretensão formalmente à chefia imediata, com antecedência mínima de 72 horas. Para as jornadas 12x36, somente ocorrerá a troca de plantão com os do mesmo turno, conforme requisição de troca devidamente assinada e autorizada pela chefia imediata. Não é permitido alterar seu horário de trabalho, nem os dias de folga, sem a prévia autorização da chefia, que por sua vez segue as diretrizes da matriz, sendo necessária a comunicação e aprovação antecipada à alteração.

Capítulo VIII -Disposições gerais

Art. 25º. – Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades de enfermagem, ou ainda, por iniciativa da Gerência de Enfermagem;

Art. 26º. Os casos não previstos neste Regimento serão resolvidos pela Gerência de Enfermagem;

Art. 27º. Este Regimento serve como instrumento de definição de atividades, devendo ser aplicado a todos os trabalhadores de enfermagem, sem qualquer exceção;

Art. 28º. Este Regimento entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

P. M. A
Fls. 1137
Ass.

2.1.11 REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO

Capítulo primeiro

Introdução

Artigo 1º - O presente regimento interno visa disciplinar a constituição do corpo clínico do **Hospital Municipal Santo Antônio- Aripuanã** gerenciado pelo **ISSSL**, bem como as ações, relações, avaliações e conduta dos médicos que, individualmente ou na condição de membros de equipes especializadas, utilizam as instalações do estabelecimento para o exercício de suas atividades profissionais.

- **Artigo 2º** - Constitui-se em estabelecimento de assistência médica, gerenciado pela **Prefeitura de Aripuanã**, com sede e foro nesta cidade.
- **Artigo 3º** - A finalidade da Instituição vem a ser a assistência médica aos doentes em geral, independentemente de cor, raça, religião, convicções políticas e ideológicas e de condição socioeconômica, em cujo benefício o corpo técnico e administrativo, juntamente com o corpo clínico, atuarão com o zelo, ética e profissionalismo.
- **Parágrafo primeiro**: Os atendimentos e atos médicos respeitarão as normas específicas estabelecidas pela Diretoria da Instituição e pelo Conselho Regional de Medicina (CRM).

Capítulo II

Do corpo clínico

- **Artigo 4º** - Entende-se como Corpo Clínico o conjunto de médicos, que têm a incumbência de prestar assistência aos pacientes, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.
- **Artigo 5º** - O Corpo Clínico é integrado por todos os médicos contratados pelo **INSTITUTO SOCIAL SAUDE SÃO LUCAS** devidamente cadastrados nesta unidade, legalmente habilitados para o exercício da Medicina no Brasil, aos quais cabe a execução de todos os atos e procedimentos necessários ao bom atendimento do paciente, sempre com estrita obediência aos princípios da Ética Médica e sujeitos às regras das legislações civil e penal.
- **Artigo 6º** - O Corpo Clínico terá como objetivos, dentre outros:

a) Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;
b) Assegurar melhor assistência à clientela desta Instituição;
c) Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição;
d) Estimular a pesquisa médica;

P. M. A
Fls. 1139
Ass.

e) Cooperar com a Administração da Instituição, visando à melhoria da prestação da assistência médico-hospitalar;

f) Estabelecer rotinas de procedimentos médicos para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Capítulo III

Dos direitos e deveres dos membros do corpo clínico

- **Artigo 7º** - É assegurado aos integrantes do Corpo Clínico, de acordo com a sua categoria:

I. Participar das assembléias e das Reuniões Médicas;

II. Conforme a categoria a que pertencer, votar e ser votado, nos casos previstos neste Regimento;

III. Conforme a categoria a que pertencer, eleger o Diretor e o Vice-Diretor Clínico, bem como a Comissão de Ética Médica;

IV. Decidir sobre a exclusão dos membros do Corpo Clínico, mediante a garantia de defesa e com obediência à este Regimento e às normas legais vigentes;

V. Utilizar os serviços técnicos disponíveis e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento. A utilização de equipamentos e instrumentos especializados obedecerá às normas relativas à qualificação e ao treinamento específico do profissional e também às regras administrativas pertinentes;

Comunicar Diretoria, se for o caso, ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo falhas observadas na organização, nos meios e na execução da assistência prestada do **Hospital Municipal Santo Antônio- Aripuanã** e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento dos serviços prestados aos pacientes;

VI. Elaborar e manter atualizado, o prontuário do paciente, com os registros, de forma legível, do histórico clínico, evolução, ordens e prescrições, assinadas e datadas, de modo a permitir a elucidação do caso, a qualquer momento;

VII. Respeitar a política de direito dos pacientes e familiares, com o objetivo de fornecer ao paciente atendimento hospitalar de excelência, segurança, envolvimento no seu cuidado, privacidade, respeito, apoio e retaguarda na alta hospitalar;

VIII. Assumir a responsabilidade civil, criminal e ética pelos atos praticados no exercício profissional;

IX. Auxiliar a Administração e os órgãos diretivos do Corpo Clínico, propondo modificações e aperfeiçoamentos com a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e aprimorar o padrão técnico e operacional do estabelecimento;

X. Zelar pelo bom nome e reputação do Corpo Clínico no seu todo;

XI. Obedecer ao Código de Ética Médica, bem como às normas técnicas e administrativas;

P. M. A
Fls. 1159
Ass.

XII. Restringir suas atividades profissionais às áreas de atuação para as quais foi credenciado, exceto em situações de emergência;

XIII. Participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário;

XIV. Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes destes, quando solicitado;

XV. Colaborar com as Comissões específicas da Prefeitura;

XVI. Referir-se à **Prefeitura de Aripuanã** em trabalhos científicos, quando estes forem desenvolvidos parcial ou totalmente em seu âmbito interno ou quando o seu autor valer-se de dados estatísticos ou elementos informativos próprios do estabelecimento;

XVII. Tratar com cordialidade e respeito os colegas do Corpo Clínico, bem assim os membros do corpo de enfermagem, os funcionários administrativos e os Diretores e Secretaria Municipal de Saúde - SMS.

Capítulo IV

Da composição do corpo clínico

- **Artigo 8º** - O Corpo Clínico é integrado por todos os médicos contratados pelo **Instituto Social Saúde São Lucas** devidamente cadastrado nesta unidade e que se encontram no pleno direito de exercitar a Medicina, com plena autonomia profissional.

Capítulo V

Da admissão ao corpo clínico

- **Artigo 9º** - Para ser admitido como membro do Corpo Clínico, o médico deverá atender aos seguintes requisitos:

I. Deverá comprovar que está devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; através da apresentação das cópias autenticadas do diploma de medicina, da carteira médica, de comprovante de residência e foto 3x4 recente.

II. Indicar sua especialidade médica e área de atuação, comprovando treinamento e experiência relevantes;

III. Apresentar o currículo de formação profissional e de atividades médicas, comprovando competência atual e provas de atualização regulares.

- **Artigo 10º** – As solicitações para participação do processo de seleção no Instituto Social de Saúde São Lucas, deverão ser feitas por escrito, através de curriculum vitae, e enviadas para análise do Departamento de Recursos Humanos, acompanhadas pelos devidos documentos e referências profissionais e para participação de seleção, o pretendente deve atender aos editais de convocação, publicados para este fim.

P. M. A
Fls. 1160
Ass.

- **Artigo 11º** – As informações necessárias incluem:

I. Nome completo; especialidade e área de atuação (seguir resolução CFM Nº 1.763/05 – publicada no D.O.U., de 09 Mar 2005, Seção I, p. 189-192); endereço domiciliar completo com telefone residencial e móvel; e-mail;
II. Dados pessoais:
III. Documentos: CRM, Documento de Identidade, CPF, Título de Eleitor. Documento Militar e PIS/PASEP se o possuir;
IV. Instrução: Instituição de Ensino nível superior, complementação (Residência na área, especialização com Título, Mestrado, Doutorado, Livre Docência e Professor Titular), Cursos (BLS, ACLS, PALLS, outros), Idiomas, Conhecimento de Informática;
V. Experiência Profissional: Instituições em que atuou no passado e atua no momento;
VI. Competências técnicas, que são conhecimentos específicos para o desempenho de sua atividade. Neste item deverão constar informações que o qualifiquem para a realização de procedimentos específicos;
VII. Indicações para atuação no Corpo Clínico da Instituição;
VIII. Outras informações que considere importantes.

- **Artigo 12º** – Documentos necessários:

1. Curriculum Vitae;
2. Carta de apresentação;
3. Foto 3X4 colorida e recente;
4. Cópia autenticada do Diploma Médico;
5. Cópia autenticada do Título de Especialista, e/ou Mestrado, Doutorado, Livre Docência e Professor Titular;
6. Cópia do comprovante de pagamento CRM (do ano em vigência);
7. Cópia do Documento de Identidade;
8. Cópia do CPF;
9. Cópia do Certificado de Reservista ou Alistamento Militar (se o possuir);
10. Cópia da carteira do CRM;
11. Cópia do Título de Eleitor;
12. Cópia do comprovante de inscrição do PIS/PASEP (se o possuir);
13. Cópia do comprovante de residência (luz/telefone)

P. M. A
Fls. 1161
Ass.

Capítulo VI

Da organização do corpo clínico

- **Artigo 13º** - São órgãos do Corpo Clínico:

I. Diretoria Médica;

II. Diretoria Clínica;

III. Comissão de Ética Médica;

IV. Comissão de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar;

V. Comissão de Revisão de Prontuários (Resolução CRM 70/95)

VI. Comissão de Revisão de Óbitos;

Capítulo VII

Da diretoria médica

- **Artigo 14º** - O cargo de Diretor Médico será exercido por médico contratado direta ou indiretamente pela ISSSL que terá as seguintes atribuições:

I. Assumir a responsabilidade técnica do Serviço e representá-lo junto às autoridades competentes;

II. Administrar todas as atividades próprias do Serviço, em colaboração com os órgãos respectivos de cada área de atuação;

III. Cientificar a Administração da instituição das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina hospitalares;

IV. Executar e fazer executar a orientação dada pela instituição em matéria administrativa;

V. Representar a instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem a legislação em vigor;

VI. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

VII. Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição;

VIII. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica;

IX. Manter perfeito relacionamento com a Diretoria Clínica e membros do Corpo Clínico da instituição;

X. Propor a admissão de novos componentes do Corpo Clínico, de conformidade com o disposto no Regimento Interno;

XI. Designar chefes de serviços indicados pelos departamentos;

P. M. A
Fls. 1162
Ass.

XII. Reger e coordenar todas as atividades médicas da instituição, em colaboração com a Comissão de Ética Médica e Diretoria Clínica;

XIII. Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno.

Capítulo VIII

Da diretoria clínica

- **Artigo 15º** - O cargo de Diretor Clínico será exercido por médico de comprovada capacidade profissional e ilibada reputação moral, em pleno exercício da profissão.
- **Artigo 16º** - O Diretor Clínico será eleito pelo voto direto e secreto de todos os médicos integrantes do Corpo Clínico, não sendo permitido voto por procuração, mediante convocação específica para este fim com antecedência mínima de 10 (dez) dias, seguindo as recomendações das **RESOLUÇÕES CFM 1342/91 e 1481/97, 134/06 e 184/08.**
- **Parágrafo único** - O mandato do Diretor Clínico será de dois anos, podendo ser reeleito para outros mandatos, sem limitação.
- **Artigo 17º** - Compete ao Diretor Clínico observar o cumprimento das Resoluções baixadas pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e mais:

I. Zelar pelo corpo clínico, propagando o sentimento de responsabilidade profissional entre seus membros;

II. Assessorar a Diretoria Médica e os órgãos administrativos no planejamento e direção;

III. Desenvolver o espirito de crítica, estimulando o estudo, a atividade didática e a pesquisa nas áreas de atuação;

IV. Constatar eventuais falhas e irregularidades em relação às instalações e aos equipamentos, bem como às condições de higiene e às relativas à ordem, ao asseio e à conduta profissional e disciplinar dos membros do Corpo Clínico e dos funcionários em geral, com relatório circunstanciado ao Diretor Médico, com proposta das necessárias correções ou recomendações;

V. Desenvolver e estimular o relacionamento cordial entre os médicos e outros profissionais que exercem seus misteres e de todos eles com a Administração;

VI. Exercer as funções de mediador, para esclarecer e conciliar as partes envolvidas em conflito de posições, com vistas a harmonizar o relacionamento entre os membros do Corpo Clínico e outros profissionais com a estrutura técnica e administrativa, em face dos postulados da Medicina, da Ética e da Moral;

P. M. A
Fls. 1163
Ass.

VII. Comparecer e participar, quando convocado, das Assembléias e das reuniões da SMS e **ISSSL**.

VIII. Permanecer no Serviço o período de maior atividade do estabelecimento, dedicando a maior parte de seu tempo às suas atividades;

IX. Comunicar à Comissão de Ética Médica, para as providências cabíveis, as ocorrências que entender de competência do órgão;

X. Aplicar, em conjunto com o Diretor Médico, depois de ouvida a Comissão de Ética Médica, as penalidades previstas neste Regimento;

XI. Indicar os membros das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, de Revisão de Prontuários Médicos e de Revisão de Óbitos, devendo acompanhar os trabalhos delas e tomar conhecimento dos resultados obtidos.

Capítulo IX

Da comissão de ética médica

- **Artigo 18º** - A Comissão de Ética Médica será composta por 3 (três) membros e 3 (três) suplentes, eleitos mediante voto direto e secreto, em assembléia convocada para tal fim, que será realizada no dia 18 de outubro (Dia do Médico), dos anos pares e que serão empossados na mesma data. Quando a referida data coincidir com final de semana ou feriado, a eleição será realizada no primeiro dia útil subsequente.
- **Parágrafo Único**: A comissão contará obrigatoriamente com um Presidente e um Secretário, escolhidos dentre os membros que a integram.
- **Artigo 19º** - O mandato dos membros da Comissão de Ética Médica é o de dois anos, não havendo limitação para o caso de reeleição.
- **Artigo 20º** - Todo membro do Corpo Clínico tem o direito de votar e ser votado na eleição da Comissão de Ética Médica, exceto os membros credenciados, eventuais, os afins e os honorários.
- **Parágrafo Único** - O Diretor Médico e o Diretor Clínico não poderão exercer funções na Comissão de Ética Médica.

Artigo 21º - Compete à Comissão de Ética Médica:

I. Cumprir as Resoluções do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

II. Zelar pelo cumprimento do Código de Ética Médica;

III. Manter arquivo de seus atos;

P. M. A
Fls. 1164
Ass.

IV. Opinar, normatizar, educar e fiscalizar, sempre em relação ao desempenho ético da profissão;

V. Verificar o exercício ético da profissão, as condições oferecidas pela Instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade de atendimento prestado aos pacientes, sugerindo as modificações que venham a julgarem necessárias;

VI. Colaborar ativamente com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo;

VII. Opinar sobre todos os projetos de investigação médica quanto aos seus aspectos éticos;

VIII. Assessorar, no que lhe competir, as Diretorias Médica e Clínica;

IX. Instaurar sindicâncias para a apuração de fatos que possam configurar infrações administrativas, devendo emitir parecer conclusivo quanto à absolvição ou à condenação do sindicado, que será remetido aos Diretores médicos. No caso de condenação, a Comissão proporá a pena aplicável.

X. Remeter ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo cópias de peças dos autos da sindicância, se encontrados indícios de ocorrência de infração de natureza ética;

XI. Elaborar seu Regimento Interno.

Capítulo X

Da comissão de controle de infecção hospitalar

- **Artigo 22º** - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será composta por pelo menos 2 (dois) membros integrantes do Corpo Médico e por 2 (dois) membros do Departamento de Enfermagem, cujo critério de indicação consta em Regimento próprio.
- **Artigo 23º** - Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

I. Estabelecer planos preventivos de combate à ocorrência de infecção no âmbito do estabelecimento;

II. Estabelecer normas de comunicação compulsória dos casos de infecção hospitalar;

III. Prestar assistência ao órgão técnico encarregado da pesquisa da fonte da infecção que vier a ser constatada;

IV. Elaborar dados estatísticos das ocorrências de infecções;

V. Comunicar os casos de infecção às Diretorias Clínica e Médica;

VI. Promover cursos e palestras para os médicos, pessoal de enfermagem e funcionários em geral, sobre métodos preventivos da infecção;

VII. Emitir pareceres a respeito de ocorrências de infecção para análise e providências pela Diretoria Médica;

VIII. Elaborar seu regimento interno.

P. M. A
Fls. 1165
Ass.

Capítulo XI

Da comissão de revisão de prontuários

- **Artigo 24º** - A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos é composta de 3 (três) membros do Corpo Clínico, cujo critério de indicação consta em Regimento próprio, com mandato de dois anos, permitida nova investidura, sem limitações.
- **Artigo 25º** - À Comissão de Revisão de Prontuários compete: (Resolução CRMMT nº 70/95):

I. A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu ao paciente, bem como a assinatura e carimbo ou nome legível e respectiva inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo;

c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica, consignando-se data e hora;

d) Tipo de alta;

e) Assessorar as Diretorias Médica e Clínica, em assuntos de sua competência;

f) Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;

g) Elaborar seu regimento interno.

- **Artigo 26º** - Depois de decorrido o prazo de 20 anos, a fluir da data do último registro de atendimento prestado ao paciente, o prontuário poderá ser substituído por métodos de registro e arquivamento capazes de assegurar, a qualquer momento, a restauração plena das informações nele contidas. (Resolução CFM nº 1.331/89).

Capítulo XII

Da comissão de revisão de óbitos

- **Artigo 27º** - A Comissão de Revisão de Óbitos será constituída por 3 (três) membros médicos, cujo critério de indicação consta em Regimento próprio, competindo-lhe:

I. Avaliar as causas dos óbitos, em colaboração com os profissionais responsáveis pelo paciente, para se chegar se possível, a um diagnóstico final;

II. Promover reuniões científicas para integrar os vários setores de diagnósticos, como radiologia, anatomia patológica e laboratório;

III. Elaborar seu regimento interno.

P. M. A
Fls. 1166
Ass.

Capítulo XIII

Do processo eleitoral

- **Artigo 28º** - A eleição da Diretoria Clínica e dos Membros da Comissão de Ética Médica e respectivos suplentes, far-se-á pelo voto direto e secreto dos membros do Corpo Clínico com direito a votar e a serem votados, em Assembléia convocada para tais fins e presidida pela Diretoria Médica.
- **Artigo 29º** - Até setenta e duas horas antes do início da Assembleia, os interessados em disputar as eleições para o cargo de Diretor Clínico, para membros da Comissão de Ética Médica e para a suplência de ambos os órgãos, requererão por escrito a inscrição de seus nomes ao Diretor Médico, conforme **Resolução CFM nº 1657/2002**
- **Parágrafo Único** - Os candidatos ao Cargo de Diretor Clínico, à Comissão de Ética Médica e respectivos suplentes, deverão reunir os seguintes requisitos: ser médico contratado pelo **ISSSL,** e pela **SMS**
- **Artigo 30º** - Os candidatos à Comissão de Ética Médica, em conjunto, formarão uma chapa sendo eleito os mais votados.
- **Artigo 31º** - O Diretor Médico examinará os pedidos de inscrição e os deferirá, se os candidatos preencherem os requisitos exigidos neste Regimento e providenciará a confecção da cédula única, que conterá apenas os nomes dos candidatos titulares, uma para a eleição do Diretor Clínico e outra para a Comissão de Ética Médica.
- **Artigo 32º** - Na eleição para a formação da Comissão de Ética Médica, o eleitor poderá votar em um dos candidatos da chapa.
- **Artigo 33º** - O voto será considerado nulo quando contiver rasuras, anotações escritas de qualquer natureza e se o eleitor exceder a quantidade de membros a serem eleitos para os cargos em disputa.
- **Artigo 34º** - A votação terá início às 7 (sete) horas e encerramento às 19 (dezessete) horas.
- **Artigo 35º** - Ao instalar a assembléia, o Diretor Médico nomeará a mesa receptora dos votos, integrada por um secretário e dois escrutinadores, não candidatos. Os votantes assinarão a lista de presença, que conterá a relação de todos os habilitados a votar e o respectivo número de inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
- **Artigo 36º** - Encerrada a votação, a mesa receptora, transformar-se-á em mesa apuradora e procederá à contagem dos votos, considerando-se eleitos os candidatos conforme a ordem decrescente de votos recebidos.
- **Parágrafo Único** - Em caso de empate, vencerá o candidato que contar com mais tempo de atividade, como membro do Corpo Clínico.

P. M. A
Fls. 1167
Ass.

- **Artigo 37º** - Encerrada a apuração, o Diretor Médico proclamará os eleitos, que serão empossados no mesmo ato.
- **Parágrafo Único** - Os suplentes serão considerados eleitos vinculadamente aos respectivos titulares.
- **Artigo 38º** - De todos os trabalhos relativos às eleições, lavrar-se-á uma Ata, que será remetida, por cópia, ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

Capítulo XIV

Das infrações e penalidades

- **Artigo 39º** - O membro do Corpo Clínico, independentemente de sua categoria, será considerado infrator e sujeito às penalidades previstas neste Regimento, quando:

I. Desrespeitar o presente Regimento Interno;
II. Desrespeitar as normas técnicas e administrativas internas, não disciplinadas neste Regimento;
III. Relar-se inábil para o exercício da Medicina, por fato grave, danoso à vida ou à saúde do paciente, em razão de negligência, imprudência ou imperícia;
IV. Cometer crime nas dependências do nosocômio, relacionado ou não com o exercício da Medicina;
V. Praticar atos de improbidade, de indisciplina ou de insubordinação;
VI. Violar o sigilo médico, de modo a denegrir a imagem e causar dano ao paciente;
VII. Abandonar suas funções, sem motivo justo, com prejuízo aos pacientes sob sua responsabilidade;
VIII. Atuar com desídia no desempenho de suas funções;
IX. Ofender a honra e a boa fama de seus superiores hierárquicos, de membro do Corpo Clínico ou do pessoal auxiliar, bem como de qualquer funcionário do estabelecimento;
X. Transgredir vedação prevista no Código de Ética Médica, que corresponda a uma falta de natureza administrativa;
XI. Não observar normas de boa conduta dentro das dependências ou de modo contrário aos costumes.

- **Artigo 40º** - São aplicáveis aos membros do Corpo Clínico as seguintes penalidades:

I. Advertência reservada;
II. Censura, por escrito;
III. Alteração de função específica no Corpo Clínico;
IV. Suspensão temporária do Corpo Clínico;
V. Exclusão do Corpo Clínico.

- **Parágrafo Único** - A aplicação da pena dependerá da gravidade da infração apurada, independentemente da ordem estabelecida neste artigo.

P. M. A
Fls. 1169
Ass.

Capítulo XV

Do procedimento de apuração de infração administrativa

- **Artigo 41º** - A apuração de infração administrativa compete à Comissão de Ética Médica, assegurando-se ao acusado o direito de defesa, incluindo o de ser assistido por advogado de sua confiança e de ser intimado de todos os atos procedimentais.
- **Parágrafo Primeiro**: A sindicância será instaurada:

I. De ofício, por deliberação da Comissão de Ética Médica, ao tomar conhecimento de denúncia formulada por qualquer de seus membros;

II. Mediante comunicação feita pela Diretoria Médica;

III. Mediante denúncia por escrito, ou tomada a termo, na qual conste o relato dos fatos e a identificação completa do denunciante.

- **Parágrafo Segundo:** A sindicância deverá ser concluída no prazo de 30(trinta) dias, prorrogável por igual período, mediante solicitação justificada e por escrito à SMS ou ao **ISSSL.**
- **Artigo 42º** - O procedimento da sindicância terá início pela portaria assinada pelo Diretor Médico, com a narração dos fatos imputados ao sindicado e a relação de testemunhas, se houver, até o máximo de cinco.

Capítulo XVI

Das disposições gerais

- **Artigo 43º** - Será realizada anualmente, em data fixada pelo Diretor Médico, uma assembléia ordinária do Corpo Clínico, para discutir relatórios das Diretorias , SMS e os assuntos de interesse geral.
- **Parágrafo primeiro** - A Assembléia Ordinária será convocada pelo Diretor Médico, por meio de edital que será afixado nos diversos quadros de avisos, com antecedência mínima de dez dias, tanto para os fins previstos neste artigo, como para a eleição do Diretor Clínico e respectivo substituto e dos membros da Comissão de Ética Médica.
- **Parágrafo segundo** - O Corpo Clínico reunir-se-á em assembleia Extraordinária, para apreciar matéria especifica, relevante e urgente e que será convocada pelo Diretor Clínico ou mediante requerimento dirigido ao Diretor Médico, subscrito por 1/3 (um terço) de seus membros, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.
- **Parágrafo terceiro** - As assembléias serão instaladas pelo Diretor Médico, em primeira convocação, se presentes 2/3 (dois terços) dos membros do Corpo Clínico, quando será dado início aos trabalhos, com a aclamação de um Presidente, que escolherá um Secretário para assisti-lo e lavrar a ata.

P. M. Aripuanã
Fls. 1162
Ass.

- **Parágrafo quarto** - Não se verificando o quorum mínimo previsto no parágrafo anterior, a assembléia será instalada depois de uma hora, em segunda chamada, com qualquer número de membros presentes.
- **Artigo 44º** - As deliberações nas assembléias serão tomadas por maioria simples de votos, exceto no caso de homologação da penalidade de exclusão de membro, quando serão exigidos 2/3 (dois terços) dos votos. Em caso de empate, o Presidente da assembléia exercerá o voto de qualidade.
- **Artigo 45º** - Em toda assembléia haverá um livro de registro de presença, que será assinado por todos aqueles que a ela comparecerem. A ata dos trabalhos será lavrada em livro próprio, assinada obrigatoriamente pelo Presidente e pelo Secretário e pelos presentes, querendo.
- **Artigo 46º** - As Comissões Extraordinárias previstas no inciso VIII do artigo 13 deste Regimento Interno serão constituídas pela SMS, Diretor Médico ou pelo Diretor Clínico, segundo a respectiva área de atuação e terão a finalidade de prover, em tudo a que interessar, a respeito de matéria especifica de relevante interesse para a Medicina ou para a população em geral.
- **Artigo 47º** - Os atos médicos que impliquem em elevado risco de vida ou incapacidade física permanente ou ainda, interrupção de gravidez, devem ser submetidos pelo médico assistente à apreciação do Diretor Clínico e mais um médico por este indicado, cuja decisão constará em Ata.
- **Parágrafo Primeiro** - Em caso de urgência médica, essa junta poderá ser exercida por 3 (três) médicos presentes, cuja decisão será submetida posteriormente ao Diretor Clínico.
- **Artigo 48º** - Os documentos do prontuário médico pertencem ao paciente e permanecem sob a guarda, preservadas as condições do sigilo estabelecidas no Código de Ética Médica e na legislação competente.
- **Parágrafo Primeiro** - É vedado ao médico, mesmo se assistente do paciente, apossar-se, total ou parcialmente, do prontuário, sendo-lhe permitido consultá-lo, após o seu arquivamento, mediante solicitação escrita e assinatura de termo de responsabilidade.
- **Parágrafo Segundo** - O paciente pode, por si ou por seu representante legal, indicar médico de sua confiança para ter acesso ao seu prontuário.
- **Parágrafo Terceiro** - A requerimento do paciente, por seu serviço de arquivo, expedirá certidão do prontuário, em breve relatório.

P. M. A
Fls. 1170
Ass.

- **Artigo 49º** - A divulgação pública em qualquer veículo de comunicação ou por qualquer outro meio, direto ou indireto, de fatos referentes às atividades ou de qualquer informação a respeito de pacientes, será feita somente mediante autorização destes ou de seus responsáveis, em forma de boletim, assinado pelo Diretor Clínico ou pelo médico assistente, observados os preceitos aplicáveis previstos no Código de Ética Médica.
- **Artigo 50º** - Os casos omissos, não previstos no presente Regimento, serão resolvidos ou pelo Diretor Médico, ou pelo Diretor Clínico ou pela Comissão de Ética Médica, conforme o caso se refira às respectivas áreas de atuação dos referidos órgãos do Corpo Clínico.
- **Artigo 51º** - O presente Regimento Interno foi aprovado em Reunião do Colegiado realizada nesta data e revoga as disposições em contrário.

Local, XXXX de XXXX de 2025.

P. M. A
Fls. 1171
Ass.

2.1.12 MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA O FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS

Objetivo

Orientar sobre o cumprimento das normalizações do SIH e SIA/SUS, suas características e seu processamento descentralizado, aos gestores estaduais e municipais, para a administração do sistema, e orientar técnicos dos estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS na correta operação do sistema e seus documentos Reforçar a importância da integração dos sistemas, especialmente do Cartão Nacional de Saúde – CNS, e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, compatibilizados no processamento do SIH e SIA/SUS

Introdução

Este manual deverá ser seguido por todas as unidades geridas pelo instituto, a fim de padronizar os procedimentos relacionados a Faturamento Hospitalar SUS, porém respeitando as características individuais de cada unidade.

Para um faturamento de qualidade deverá ser observado o Manual Técnico Operacional do Sistema de Informações Hospitalares, que preconiza todas as normas técnicas para o faturamento SUS.

Neste manual será detalhado o que deve ser observado na entrada dos dados nos sistemas, possibilitando, ao final do processamento, a geração de informações qualificadas, que alimentam o Banco de Dados Nacional, garantindo assim o controle dos lançamentos, redução de glosas e cumprimento de metas.

2.1.12.1 CONCEITOS BÁSICOS

Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei N.º 8.080/1990 e Lei n.º 8142/1990. Com o SUS, surgiu também a necessidade de um sistema único de informações assistenciais para subsidiar os gestores no planejamento, controle, avaliação, regulação e auditoria.

Ministério da Saúde (MS) implantou o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) por meio da Portaria GM/MS n.º 896/1990.

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento de registro utilizado por todos os gestores e prestadores de serviços.

P. M. A
Fls. 1172
Ass.

A Portaria GM/MS n.º 396/2000 atribuiu a responsabilidade da gestão do SIH/SUS à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), bem como a atualização deste Manual de Orientações Técnicas e Operacionais.

A Portaria GM/MS nº. 821/2004 descentralizou o processamento do SIH/SUS, para estados, Distrito Federal e municípios plenos.

Com a unificação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS – SIGTAP em janeiro de 2008, definida pela Portaria SAS/MS n.º 2848/2007 versões atualizadas do Manual do SIH/SUS são periodicamente disponibilizadas.

Setor de Faturamento

O setor de Faturamento é um setor que está diretamente ligado a área administrativa, tendo como responsabilidade a alimentação dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, SIH, SIAe outros, conforme as características de cada unidade de atenção à saúde, fornecendo dados necessários aos órgãos competentes pela gestão local e nacional dos recursos disponibilizados para os atendimentos dos serviços de saúde.

Compete ao setor registrar em sistemas próprios da unidade ou diretamente nos sistemas do Ministério da Saúde as informações sobre atendimento ambulatorial e hospitalar realizados.

Para um faturamento de excelência é necessário observar alguns sistemas importantes: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES;

Registros fidedignos dos serviços executados tanto em âmbito ambulatorial como hospitalar nos prontuários dos usuários;

Por isso é muito importante que estes sistemas estejam atualizados de acordo com a realidade da unidade. Em algumas unidades fica a cargo do Setor de Faturamento a atualização do SCNES em alguns dos seus módulos, pois a não atualização impacta diretamente nos resultados do setor.

Sistemas

O Ministério da Saúde (MS) implantou o Sistema de Informação Hospitalar - SIH por meio da Portaria GM/MS n.º 896/1990. Desde então, são publicadas periodicamente Portarias que atualizam as normalizações e versões para operação do sistema, são eles:

- Sistema de Apoio a Entrada de Dados das Autorizações de Internações Hospitalares - SISAIH0;
- Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS.

P. M. A
Fls. 1173
Ass.

Modalidades de informações:

Ambulatorial

São aquelas informações geradas a partir da entrada do usuário nas unidades básicas e/ou terciárias para tratamentos de baixa ou média complexidade.

Hospitalar

São aquelas informações geradas a partir da entrada do usuário, para internação por tempo indeterminado nas unidades especializadas para tratamentos.

2.1.12.2 ETAPAS DE FATURAMENTO

Definição e Observância às Rotinas Pré-Definidas do Setor

Todas as rotinas deverão ser definidas e observadas pela equipe para melhor otimização das atividades do setor.

Recebimento da Produção dos Setores de Atendimento Hospitalar e Ambulatorial

Ambulatorial: Padronizar junto aos setores de atendimentos documentos necessários para registro dos atendimentos ambulatoriais, bem com prazo de entrega desses documentos ao Setor de Faturamento para lançamento em tempo hábil no sistema de informação ambulatorial.

Hospitalar: Padronizar junto às unidades de internação, prazo para entrega ao Setor de Faturamento dos prontuários médicos dos usuários internados que tiveram alta/ transferência ou vieram a óbito para auditoria prévia e lançamento dos procedimentos realizados enquanto o usuário esteve internado, em sistema próprio para informação de internação hospitalar.

Conferência Nos Atendimentos Ambulatoriais e Registros Hospitalares

Ambulatorial: Essa etapa consiste na verificação dos procedimentos realizados, classificando-os e conferindo-os no SIGTAP- Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, CBO do profissional executante, serviço e classificação do procedimento se exigir.

Hospitalar: Nos atendimentos das internações hospitalares após aconferênciado faturamento, será registrado em formulário específico, ou através de sistema todos os atendimentos da equipe multidisciplinar, bem como procedimentos especiais e de diagnósticos, todos em consonância com a tabela SIGTAP.

P. M. A
Fls 1174
Ass

Registro dos Dados de Faturamento nos Sistemas de Gerenciamento Hospitalar

Ambulatorial: Após a conferência dos registros da produção ambulatorial inicia-se a inserção dos dados nos sistemas de informações, verificando dados importantes, como procedimento realizado se individualizado ou consolidado, compatibilidade do CBO do profissional executante com o procedimento, setor executante, se o procedimento exige serviço e classificação.

Hospitalar: Após a auditoria prévia dos registros nos prontuários dos pacientes, inicia-se a inserção dos dados nas contas de internação, observando o procedimento realizado, as compatibilidades, quantidades permitidas, mês de competência dos procedimentos, CBO do profissional executante.

Conforme Portaria nº 1.011, de 03 de outubro de 2014, o Laudo pode ser utilizado nas seguintes formas:

Os laudos em suporte físico devem ser legíveis, sem abreviaturas e com a assinatura do profissional solicitante e autorizador com respectivo carimbo. Estes deverão ser impressos em via única, que deve ser anexada ao prontuário do paciente, não sendo mais necessário a manutenção de uma via destes nos órgãos autorizadores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

O Laudo para Solicitação de AIH deverá conter dados mínimos, conforme o modelo de informação disponibilizado no endereço eletrônico do SIH.

2.1.12.3 FLUXO PARA PROCESSAMENTO DE INFORMAÇOES DO SUS

Nos procedimentos eletivos, o fluxo inicia-se com uma consulta/atendimento na rede de saúde no âmbito do SUS (estabelecimento ambulatorial público), onde o profissional emite, obrigatoriamente o encaminhamento.

Nos procedimentos ambulatoriais, após a consulta em unidades de assistência básica, verifica-se a necessidade de consulta especializada e então é emitido encaminhamento para consulta em unidade especializada.

Nos procedimentos realizados em caráter de urgência, o fluxo inicia-se com o atendimento de urgência que pode ser no mesmo estabelecimento ou em outro e ainda encaminhado pela Central de Regulação, onde houver.

AIH (AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR)

AIH Tipo 1 Inicial

O Laudo de Solicitação de AIH preenchido é encaminhado ao autorizador o qual pode solicitar dados adicionais ou autorizar a internação de imediato. O responsável no Órgão Emissor fornece o número da AIH e identifica o autorizador.

P. M. A
Fls. 1175
Ass.

Caso o autorizador considere a internação desnecessária pode não autorizar ou liberar com um dos códigos abaixo: 03.01.06.001-0 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA PEDIÁTRICA: Refere-se ao primeiro atendimento de urgência hospitalar com diagnóstico em clínica pediátrica. 03.01.06.007-0 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA: Refere-se ao primeiro atendimento de urgência hospitalar com diagnóstico para clínica cirúrgica. 03.01.06.008-8 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA: Refere-se ao primeiro atendimento de urgência hospitalar com diagnóstico em clínica médica.

Valor da AIH

O atributo valores do procedimento principal está dividido em Serviços Hospitalares/SH e serviços profissionais.

Esses valores correspondem a SH diárias, taxas de sala, materiais hospitalares, medicamentos, exames subsidiários e terapias, serviços profissionais (exceto médicos e cirurgiões dentistas) serviços profissionais médicos e cirurgiões dentistas.

Instrumento de Registro

Os procedimentos relacionados aos pacientes em tratamento em regime de internação estão classificados com instrumentos de registro AIH principal, AIH especial e AIH secundário, conforme abaixo:

Procedimento principal

Refere-se ao motivo de internação. Trata-se do procedimento que gera a AIH, exige autorização e é lançado nos campos procedimentos solicitados, realizado. Com exceção dos procedimentos principais que tem valor zerado no SIGTAP, esses procedimentos devem ser lançados na 1ª linha do campo procedimentos realizados.

Procedimento especial

São procedimentos que não geram AIH, podem agregar valores ao procedimento principal e necessitam de autorização a critério do gestor. Lançados somente no campo "procedimentos realizados".

Esses procedimentos têm regras específicas para a apresentação que incluem quantidade máxima e compatibilidade com o procedimento principal.

Procedimento secundário

Não gera AIH. Não exige autorização, lançado apenas no campo "procedimentos realizados" para fins de registro de informação.

P. M. A
Fls. 1176
Ass.

Validade da AIH

A validade da AIH é de no máximo 03 competências anteriores à competência de apresentação, contada a partir da data da alta do paciente. AIH apresentada a partir do quarto mês da alta será rejeitada em definitivo. AIH apresentada e rejeitada dentro dos 04 meses de validade pode ser reapresentada até o 6º mês a contar do mês de alta do paciente.

Mais de Uma AIH para o Mesmo Paciente na Mesma Internação

A emissão de nova AIH para o mesmo paciente é permitida nas condições abaixo com o motivo de apresentação 2 – PERMANÊNCIA. Nos casos de emissão de nova AIH na mesma internação a data de saída da primeira AIH será a mesma data de entrada da segunda AIH, com motivo de acordo com a Tabela Auxiliar de Motivo de Apresentação.

Nestes casos, o sistema bloqueia a AIH por "duplicidade" (homônimo), para análise pelo gestor.

Apresentação da AIH - SISAIH01/ Sistema do Prestador

A digitação da AIH é feita no SISAIH01 ou em sistemas próprios dos prestadores devendo, nestes casos, ser importada para validação no SISAIH01 e posterior envio ao SIHD. Alterações nas regras ou no sistema são disponibilizadas no http://sihd.datasus.gov.br. Para o SISAIH01 há uma versão obrigatória por competência.

Motivo de Apresentação Da AIH

Para registro da saída do paciente ou para emissão de uma nova AIH numa mesma internação, deve observar os códigos abaixo:

Por Alta: 1

- Alta curado
- Alta melhorado
- Alta a pedido
- Alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente
- Alta por evasão
- Alta por outros motivos
- Alta em paciente agudo em psiquiatria POR PERMANÊNCIA: 2
- Por características próprias da doença
- Por intercorrência

P. M. A
Fls. 177
Ass.

- Por impossibilidade sócio familiar
- Por processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador vivo.
- Por processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador morto.
- Por mudança de procedimento
- Por reoperação
- Outros motivos

Por Transferência: 3

Transferido para outro estabelecimento

Transferido para internação domiciliar POR ÓBITO: 4

Com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente

Com declaração de óbito fornecida pelo Instituto Médico Legal – IML 4.3. Com declaração de óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito – SVO

Por Outros Motivos: 5

Encerramento administrativo POR PROCEDIMENTO DE PARTO: 6

- Alta da mãe/ puérpera e do recém-nascido
- Alta da mãe/ puérpera e permanência do recém-nascido
- Alta da mãe/ puérpera e óbito do recém-nascido
- Alta da mãe/ puérpera com óbito fetal
- Óbito da gestante e do concepto
- Óbito da mãe/ puérpera e alta do recém-nascido
- Óbito da mãe/ puérpera e permanência do recém-nascido

Rejeição de AIH

Cabe ao gestor local, por meio do Serviço de Controle e Avaliação, verificar as rejeições das AIH por "Quantidade de diárias superior à capacidade instalada" e implantar um Sistema de Regulação eficaz que permita um monitoramento adequado de vagas, evitando que as AIH rejeitadas e cujo internamento e tratamento tenham sido efetivamente prestado não sejam rejeitadas. É possível, por exemplo, o cadastramento estritamente nos hospitais públicos que disponham de atendimento de urgência 24 horas, Centros de Referência com serviço de emergência, maternidades públicas com habilitação em Gestação de Alto Risco os chamados leitos reversíveis como leitos clínicos ou pediátricos.

P. M. A
Fls. 1178
Ass.

Para hospitais com Contrato de Gestão e Metas, é necessário conhecer o Relatório das AIHs Rejeitadas que o SIH/SUS disponibiliza mensalmente e através dele é possível conhecer as rejeições por "Quantidade de diárias superior à capacidade instalada" e outros motivos de rejeição, a fim de corrigir as inconformidades. Os internamentos das AIH rejeitadas por este motivo poderão ser contabilizados para avaliação do desempenho do hospital em relação ao cumprimento das metas físicas estabelecidas no Plano Operativo. Estas AIHs por serem rejeitadas não "sobem" para o Banco de Dados Nacional do SUS.

2.1.12.4 PROFISSIONAL SOLICITANTE, AUTORIZADOR, EXECUTANTE E AUDITOR DA AIH

Profissional Solicitante é o profissional que preencheu o laudo e justificou o tratamento ou a internação. Este profissional pode estar em qualquer estabelecimento prestador do SUS e sua solicitação será avaliada e autorizada por um Órgão Emissor da secretaria de saúde estadual ou municipal.

Profissional Autorizador é o profissional de saúde de nível superior devidamente capacitado e conhecedor dos protocolos clínicos locais e nacionais que avalia a necessidade, a disponibilidade de vagas e a disponibilidade orçamentária para autorizar o tratamento ou a internação solicitada emitindo o número desta autorização.

Profissional Executante, é o profissional que executa o procedimento no paciente devendo estar cadastrado no estabelecimento onde o paciente está sendo atendido. AUTORIZADOR é diferente de AUDITOR. Autorizador é o profissional responsável por analisar os laudos para emissão de AIH e permitir ou não aquela internação ou aquele procedimento. Esta tarefa é de competência do médico, cirurgião-dentista, nos procedimentos de buco maxilo e enfermeira obstetra em caso de parto normal realizado por enfermeira.

Auditor, há duas funções básicas ou cargos em que o auditor atua: como auditor médico e como auditor de gestão do SUS. O auditor médico é restrito ao médico, a quem cabe a análise técnica da assistência, mas não a avaliação da ação do profissional. O auditor de gestão do SUS é um profissional de nível superior que é capacitado para avaliar a gestão. Pode ser exercida por profissional de nível superior capacitado.

O gestor pode designar os auditores e não é restrito a médicos.

Não é permitido que o profissional que solicita a internação atue como o autorizador da AIH da mesma internação, ou seja, o assistente não pode ser o autorizador da AIH. Não há impedimento legal para que um profissional autorizador atue na rede do SUS como assistente, desde que em estabelecimento onde não seja autorizador.

P. M. A
Fls. 1179
Ass.

Especialidade Por Leito

Os leitos existentes e disponibilizados para o SUS devem estar cadastrados no CNES, desmembrados por tipo, conforme tipologia especificada no CNES.

Na opção AMBULATÓRIO – CONSULTÓRIO, podem ser cadastrados conforme opções Clínicas Básica, Clínica Especializada, Leitos de repouso/observação, que são para acomodar os pacientes que necessitem ficar sob a supervisão médica e ou de enfermagem para fins de diagnóstico ou terapêutica durante um período inferior a 24 horas.

Na opção HOSPITALAR – LEITO DE INTERNAÇÃO- Pode-se obter o quantitativo de leitos nas categorias de leitos cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, hospital dia, e outras especialidades, na quantidade disponibilizada para atendimento SUS.

LEITOS COMPLEMENTARES- São os leitos de Unidade intermediária e os leitos de UTI (unidade de Terapia Intensiva) que se dividem em três tipos: Tipo I, Tipo II e Tipo III.

URGENCIA – LEITOS DE REPOUSO/ OBSERVAÇÃO – São aqueles

leitos destinados a acomodar os pacientes que necessitem ficar sob a supervisão médica e ou de enfermagem para fins de diagnósticos ou terapêutica durante um período inferior a 24 horas.

Carater De Atendimento

Caráter de Atendimento

Determina o tipo de atendimento que será realizado ao usuário. São eles abaixo:

- Eletivo.
- Urgência.
- Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa.
- Acidente no trajeto para o trabalho.
- Outros tipos de acidente de trânsito.
- Outros tipos de lesões e envenenamentos por agentes químicos ou físicos.

Bloqueios e Glosas

Existe Dois Tipos de Rejeição das Contas Hospitalares Glosas

Glosas acontecem quando existe algum erro de faturamento na conta hospitalar, que após a sua correção poderá ser representada na competência seguinte.

P. M. A
Fls. 1130
Ass.

Bloqueios

Bloqueios acontecem quando o gestor necessita verificar alguma informação apresentada no processamento da conta do paciente. Portanto faz se necessário a abertura de processo de Auditoria Externa que é realizada pelos auditores do gestor local.

Após auditoria se não constatado nenhuma inconformidade a conta é liberada para reapresentação. Se constatado, a conta deverá ser corrigida e depois reapresentada.

Mudança de Procedimento

Durante a internação, a hipótese diagnóstica inicial pode não ser confirmada ou pode surgir uma condição clínica superveniente, ou ainda, ser identificada outra patologia de maior gravidade, complexidade ou intercorrência que implique na necessidade de mudança de procedimento. Nestes casos, o procedimento solicitado e autorizado precisa ser modificado, então deve ser preenchido o Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimentos Especiais e/ou Mudança de Procedimento (ver anexo II). É necessária autorização do Diretor Geral ou Diretor Clínico nos estabelecimentos públicos e, do gestor na rede complementar.

O modelo de Laudo Para Solicitação/Autorização de Procedimentos Especiais e/ou Mudança de Procedimento está disponível no site do governo local, mas o gestor tem autonomia para usar outro qualquer, desde que contemple os dados para o SISAIH01. No caso de mudança de procedimento, o código do novo procedimento será registrado no campo Procedimento Realizado, devendo ser marcado o campo de "sim" para mudança de procedimento. Há rejeição da AIH, quando a mudança for de um procedimento previamente autorizado, para: Cirurgia Múltipla, Poli traumatizado, Psiquiatria, Cuidados Prolongados, Cirurgia de Lesões Labiopalatais, Tratamento da AIDS, Diagnostico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Pediátrica, Clinica Cirúrgica, Clínica Médica e em Psiquiatria, Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células e procedimentos sequenciais em Oncologia, Ortopedia e Neurocirurgia, Cirurgias Plásticas Corretivas em Pacientes Pós Gastroplastia. Para autorizar a mudança de procedimento é importante que o autorizador observe se o caso é eletivo ou urgência. Avaliar o tempo decorrido para a mudança de procedimento ou se é pertinente a alta por permanência – Motivo de apresentação 2 e a emissão de nova AIH.

A mudança de procedimento pode acontecer nas seguintes situações:

- De clínica médica para clínica médica
- De clínica médica para cirurgia
- De cirurgia para clínica médica
- De cirurgia para cirurgia

P. M. A
Fls. 1181
Ass.

Tratamento de AIDS

Na internação de pacientes com AIDS em que houver tratamento de mais de uma afecção associada ao HIV/AIDS deve ser registrado na AIH o procedimento 03.03.18.001-3 no campo Procedimento Solicitado e Procedimento Principal Realizado do SISAIH01 e os procedimentos principais realizados devem ser registrados em ordem decrescente de complexidade e valor com no máximo 04 procedimentos. No caso de tratamento de uma única afecção a AIH deve ter o procedimento principal solicitado e realizado relacionado a essa afecção.

03.03.18.003-0 - TRATAMENTO DE AFECÇÕES DO APARELHO DIGESTIVO EM HIV/AIDS

03.03.18.004-8 - TRATAMENTO DE AFECÇÕES DO SISTEMA NERVOSO EM HIV/AIDS

03.03.18.005-6 - TRATAMENTO DE AFECÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO EM HIV/AIDS

03.03.18.006-4 - TRATAMENTO DE DOENÇAS DISSEMINADAS EM AIDS No

tratamento da AIDS o componente SH é remunerado em percentual decrescente de complexidade e valor conforme tabela:

1º PROCEDIMENTO	2º PROCEDIMENTO	3º PROCEDIMENTO	4º PROCEDIMENTO
100%	100%	75%	75%

Registro de Diárias

Diária é a permanência de um paciente por um período indivisível de até 24 horas em uma instituição hospitalar. A hora início/fim do período considerada para contagem pelo SIH é a meia noite. O dia da saída só será computado se a saída do paciente ocorrer no mesmo dia da internação, ou no caso de transferência para outro serviço, Óbito do paciente ou permanência.

Diárias de Acompanhante

Para cada paciente é permitido apenas um acompanhante. Todo paciente tem direito a acompanhante. Não existe crítica para os procedimentos de Cuidados Prolongados, Psiquiatria, Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência ou dos procedimentos remunerados em hospital dia. Essas diárias são remuneradas e devem ser registradas nos Procedimentos Realizados do Sisaih01 (Sistema de Apoio a Entrada de Dados das Autorizações de Internações Hospitalares).

O gestor do hospital deve criar mecanismos de controle de acompanhantes. O valor inclui acomodação e alimentação, independente do custo real destas despesas para o hospital.

P. M. A
Fls. 1182
Ass.

Os idosos têm direito a acompanhante independente do procedimento ao qual ele está sendo submetido, (exceto o período em que o paciente está na UTI).

Diária de Permanência a Maior

A Diária de Permanência a maior é a designação do sistema para os casos em que o paciente necessite permanecer internado após o período, definido no SIGTAP, para o atributo média de permanência do procedimento principal que determinou a internação. A Diária de Permanência Maior pode ser registrada nos casos em que o período de internação do paciente ultrapassar o dobro da média de permanência prevista na tabela de procedimentos. Neste caso a quantidade de diárias será o quantitativo de dias que o paciente permaneceu internado além do dobro dos dias previstos na tabela para o procedimento principal que gerou a AIH.

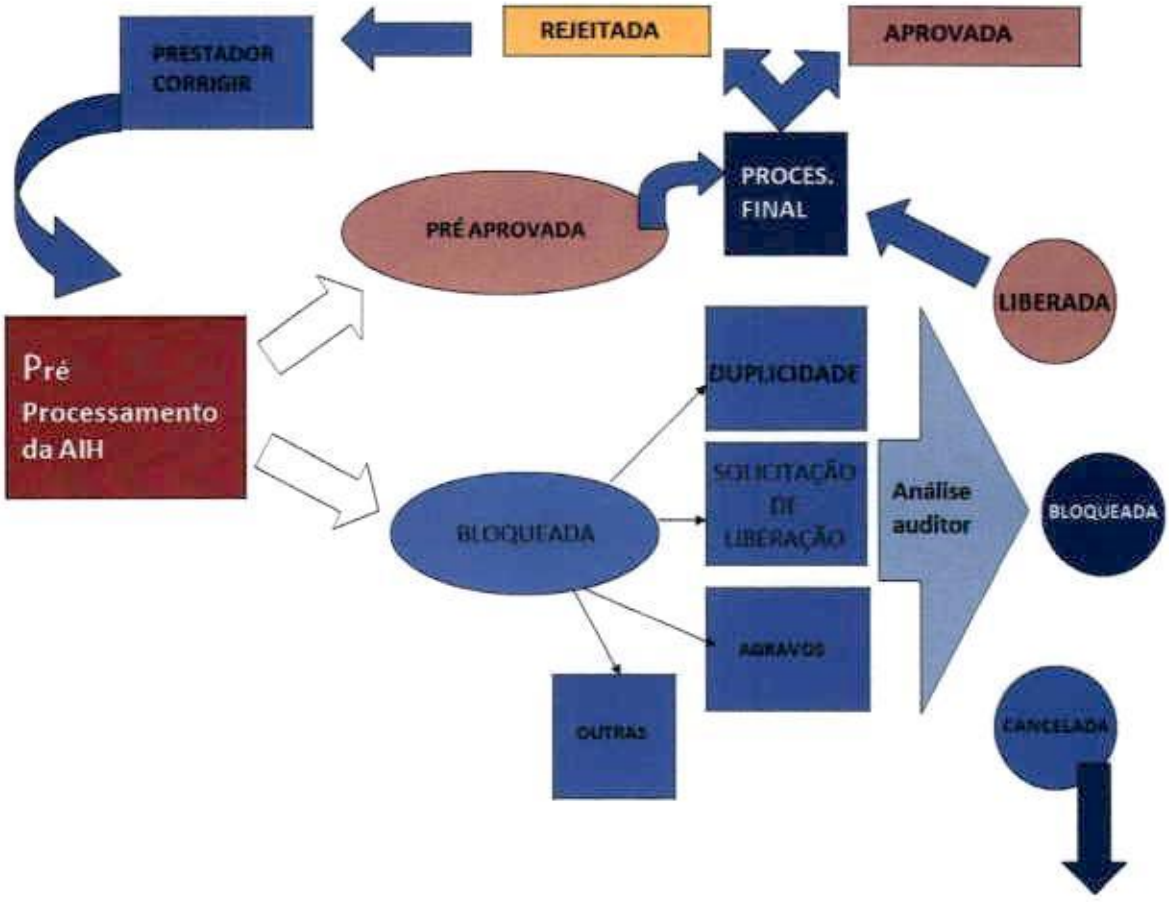
2.1.12.5 PROCESSAMENTO DE PRODUÇÃO

Após a inserção dos dados da produção em sistema próprio e a exportação para sistema do DATASUS é feita a análise pelo gestor local destes dados e gerado relatórios para a unidade.

O gestor local estabelece através de portaria especifica prazo para entrega da produção da unidade para processamento.

Segue fases do processamento das informações conforme representação abaixo:

P. M. A
Fls. 1183
Ass.



Considerações Finais

O faturamento hospitalar deverá observar além da legislação exigidas pelo Ministério da Saúde, as portarias do gestor local e atualizações dos sistemas de informações obrigatórios.

A observância às legislações específicas, evita glosas e perdas dos valores referentes às faturas das contas hospitalares e atendimentos ambulatoriais.

Em se tratando do processo final dos registros dos atendimentos ambulatorial e hospitalar da unidade, faz se necessários que todas as rotinas e protocolos de atendimentos sejam observados e seguidos.

É importante que os sistemas de informações sejam ajustados de acordo com as necessidades da unidade, lembrando que estes ajustes são alinhados com as necessidades do SUS e a falta de parametrização pode gerar retrabalho e penalização devido ao não cumprimento das regras para o envio de remessa do faturamento.

P. M. A
Fls. 1184
Ass.

Por este motivo destacamos a importância do setor de faturamento trabalhar em parceria com o setor de tecnologia da informação, e setores responsáveis pelas informações, pois a parceira com estas áreas identifica os gargalos que necessitam correções imediatas e adequações de problemas sem que seja necessário ocorrer perdas para a unidade.

A complexidade do trabalho do setor de Faturamento é muito grande, porém, se for administrado com eficiência os resultados serão satisfatórios, garantindo assim que as informações reflitam a realidade da unidade hospitalar.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Diário Oficial. Prolongados, e estabelece requisitos para credenciamento de hospitais para sua realização. Brasília/DF, 26 de março de 1998.

BRASIL. Lei n. º 8.069, de 13/2007/1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n º 830, 24 de junho de 1999. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimento de Diária de Acompanhante para Pacientes Idosos. Brasília/DF, 25 de junho de 1999.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde n.º. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde. 2ª edição Brasília, 1991. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília/DF, 20 de setembro 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n º 396, de 12 de abril de 2000. Aprova o Manual do Sistema de Informações Hospitalares e Sistema de Informações Ambulatoriais - SIH/SUS e SAI/SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília/DF, 14 de abril de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria SNAS/MS n º 291 de 17 de junho de 1992. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos para o tratamento da AIDS e define a forma de registro na AIH. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília/ DF, 23 de junho de 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n. º 130 de 3 de agosto de 1994. Estabelece normas e forma de remuneração para o atendimento em hospital dia AIDS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília/DF, 05 de agosto de 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n. º 2413, 23 de março de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos para Cuidados

Ministério da Saúde. Manual Técnico Operacional do Sistema SIH. Brasília, Janeiro 2015.

P. M. A
Fls. 1185
Ass.

ANEXOS

ANEXO I – LAUDO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | 2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | 4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | 8 - DATA DE NASCIMENTO | 9 - SEXO (Masc. 1 / Fem. 3)
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | 11 - TELEFONE DE CONTATO (DDD / Nº DO TELEFONE)
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO | 15 - UF | 16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL | 21 - CID 10 PRINCIPAL | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF | 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO | 32-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA | 37 - Nº DO BILHETE | 38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA | 40 - CNAE DA EMPRESA | 41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

P. M. A
Fls. 1126
Ass.

ANEXO II – LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

ANEXO DA PORTARIA Nº000

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) — Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | 2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | 4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | 8 - DATA DE NASCIMENTO | 9 - SEXO (Masc. 1 / Fem. 3)
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | 11 - TELEFONE DE CONTATO (DDD / Nº DO TELEFONE)
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO | 15 - UF | 16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR | 19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | 21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL | 23 - CID 10 PRINCIPAL | 24 - CID 10 SECUNDÁRIO | 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | 27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 31-QTDE
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 34-QTDE
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 37-QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
41 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF | 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 43-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR | 46-DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF | 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 49-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

P. M. A
Fls. 1187
Ass.

2.1.13 MANUAL DE ROTINAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

2.1.13.1 DEFINIÇÕES

Para efeito deste Manual, entende-se como material de consumo e material permanente

- Material de Consumo, aquele que, em razão de seu uso corrente e da definição da Lei nº 4.320/64, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a dois anos;
- Material Permanente, aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física e/ou tem uma durabilidade superior a dois anos.

2.1.13.2 CLASSIFICAÇÃO DAS DESPESAS

Na classificação da despesa serão adotados os seguintes parâmetros excludentes, tomados em conjunto, para a identificação do material permanente

- Durabilidade, quando o material em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de 02(dois) anos;
- Fragilidade, caso a estrutura esteja sujeita a modificação, por ser quebradiça ou deformável, caracterizando-os e pela irrecuperabilidade e/ou perda de sua identidade;
- Perecibilidade, quando sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou que se deteriora ou perde sua característica normal de uso;
- Incorporabilidade, quando destinado à incorporação a outro bem, não podendo ser retirado sem prejuízo das características do principal; e
- Transformabilidade, quando adquirido para fim de transformação.

2.1.13.3 FORMAS DE UTILIZAÇÃO

Quanto à forma de utilização, os bens podem ser:

- De uso individual, quando sua utilização for restrita a apenas um usuário;
- De uso coletivo, quando sua utilização for efetuada por vários usuários.

P. M. A
Fls. 1186
Ass.

2.1.13.4 CLASSIFICAÇÃO DO BEM

Quanto à situação, um bem é classificado como:

- Bom, quando estiver em perfeitas condições e em uso normal;
- Ocioso, quando, embora esteja em perfeitas condições, não está sendo usado;
- Recuperável, quando estiver avariado, mas sua recuperação for possível e orçada em no máximo 50% (cinquenta por cento) de seu valor de mercado;
- Antieconômico, quando sua manutenção for onerosa ou seu rendimento for precário, em virtude de uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoleto;
- Irrecuperável, quando não mais puder ser utilizado para o fim a que se destina, devido à perda de suas características ou em razão da inviabilidade econômica, que se caracteriza quando da sua recuperação.

2.1.13.5 DA AQUISIÇÃO DE BENS

O Gestor de Almoxarifado, mediante estatísticas de consumo, elaborará listas de materiais de consumo, de uso comum, visando ao ressuprimento de estoques, para apreciação e aprovação da Direção Administrativa,

- Consumo médio mensal (c): média aritmética do consumo nos últimos 12 (doze) meses;
- Tempo de aquisição (t): período (em meses) decorrido entre a emissão do Termo de Referência e o recebimento efetivo do material no Almoxarifado;
- Intervalo de aquisição (i): período (em meses) compreendido entre duas aquisições normais e sucessivas;
- -Estoque mínimo e de segurança (Em): é a menor quantidade de material a ser mantida como estoque e capaz de atender ao consumo da Unidade por período de demanda normal em resultado de atraso no recebimento ou excesso eventual de consumo;
- Estoque máximo (EM): maior quantidade de material admissível em estoque, observadas as condições de estocagem, durabilidade (prazo de validade), consumo entre os períodos de aquisição e economicidade;
- Ponto de pedido (Pp): nível de estoque que, ao ser atingido, determina novo pedido de aquisição, visando ao imediato ressuprimento; e quantidade a ressuprimento (Q): número de unidades administrativas a adquirir para recompor o estoque, suficiente para atendimento das demandas

O Estoque mínimo (Em) é aplicável tão somente aos itens indispensáveis aos serviços e é obtido multiplicando-se o consumo médio mensal por uma fração (f) do tempo de aquisição que deve, em princípio, variar de 0,25 de ta 0,50 de t.

Após levantamento, consolidação, avaliação e análise da quantidade necessária do material de consumo, o Gestor de Almoxarifado enviará sugestão de descrição, quantidade e a unidade de medida dos materiais a serem adquiridos à Direção Administrativa, que, aprovando, encaminhará a solicitação ao Setor de Compras para as providências cabíveis.

Da Aquisição De Bens Patrimoniais

Os setores realizarão periodicamente levantamento com vistas a identificar a necessidade de substituição ou fornecimento de bens patrimoniais de uso comum, como mesas, estações de trabalho, poltronas, cadeiras, armários, arquivos, estantes e outros.

EBIMEN

2.1.13.6 RECEBIMENTO DOS BENS DE CONSUMO

Tão logo o processo de aquisição de bens atinja a sua fase final, após a emissão de Nota de Empenho, deverá ser remetida, imediatamente, cópia do Termo de Referência, Nota de Empenho, dados do setor e servidor requisitante.

São documentos hábeis para o recebimento dos bens pelo Gestor de Almoxarifado:

- Nota Fiscal e Fatura;
- Termo de Cessão, Doação ou Permuta;
- Termo de Transferência;
- Guia de Produção Interna.

Quando obtido através de doação, cessão ou permuta, o material será incluído no estoque, à vista do respectivo termo ou processo.

O fornecedor poderá solicitar ampliação do prazo para entrega dos bens, mediante aceitação do setor requisitante.

Quando o material não corresponder com exatidão (características, modelo, quantidade, marca, entre outros) ao que foi pedido, ou ainda, apresentar faltas ou defeitos, o Gestor do Almoxarifado com auxílio do requisitante, providenciarão junto ao fornecedor a regularização da entrega para efeito de aceitação.

P. M. A
Fls. 119
Ass.

O material que apenas depender de conferência com os termos do pedido e do documento de entrega será recebido e aceito pelo Almoxarifado ou por colaborador designado para esse fim.

Estando os materiais de acordo com as especificações exigidas, o Almoxarifado deverá apor carimbo de recebido no verso do documento fiscal apresentado pelo fornecedor, com sua assinatura e identificação, procedendo ao devido atesto.

- Após a conferência e o aceite do material, o Almoxarifado providenciará o envio da 1ª via da Nota Fiscal, Nota de Empenho, documento comprovando registro, à Direção Administrativa para abertura do processo de pagamento.
- No ato de incorporação do material de consumo, deverão ser criteriosamente observadas as descrições e as
- unidades de medidas já existentes correspondentes ao mesmo tipo de material.
- O Almoxarifado manterá sob controle, em arquivo físico e/ou digital, as cópias das Notas Fiscais, das Notas de Empenho - NE, dos Termos de Transferência e de outros documentos afins.

2.1.13.7 DO RECEBIMENTO DOS BENS PERMANENTES

A entrada de todo bem permanente, por aquisição, deverá ocorrer por intermédio do Almoxarifado, que lavrará recebimento provisório através de carimbo próprio a ser afixado na via da Nota Fiscal do fornecedor.

O recebimento provisório compreende a entrega ao Gestor de Almoxarifado do bem patrimonial adquirido, não implicando em sua aceitação definitiva, transferindo-se, apenas, a responsabilidade pela guarda e conservação do bem do fornecedor

Mesmo ocorrendo o recebimento de bens móveis por outras Unidades Administrativas em condições especiais, as providências atinentes ao registro patrimonial, tombamento, distribuição, integralização no Inventário e determinações da carga patrimonial, ficam sob a exclusiva competência do Patrimônio.

Ao ingressar na Unidade o bem patrimonial deve estar acompanhado:

- - No caso de aquisição, da nota fiscal ou fatura correspondente;
- No caso de recebimento em doação ou cessão, do devido termo ou certificado de doação/cessão ou outro documento compatível,
- No caso de permuta, do termo de permuta ou outro documento que sirva para o registro do bem
- No caso da avaliação, do processo de avaliação;
- Após a verificação da qualidade, quantidade e estando os bens patrimoniais de acordo com as especificações exigidas, o recebedor deve apor, no documento fiscal apresentado pelo fornecedor, o carimbo do "atesto o recebimento", garantindo, assim, que o bem foi aceito.

P. M. A
Fls. 1191
Ass.

2.1.13.8 FORNECIMENTO DE MATERIAL DE CONSUMO

O fornecimento de material de consumo se dará por Requisição, sendo dever do colaborador requisitante do material retirá-lo no Setor de Almoxarifado no primeiro dia útil seguinte da data da requisição.

É de responsabilidade do requisitante a retirada do material no almoxarifado.

Excepcionalmente, serão atendidas solicitações em caráter de urgência, que deverão ser encaminhadas ao Almoxarifado com justificativas.

Caso as solicitações em caráter de urgência sejam autorizadas e tratando-se de bem existente em estoque, o requisitante deverá proceder à retirada do material de consumo no Setor de Almoxarifado.

Quando a Requisição de Material de Consumo contiver quantidade de material fora dos padrões normais de consumo, deverá ser apresentada justificativa.

Sempre que evidenciar aumento expressivo no consumo ou indício de irregularidade nos pedidos, o Almoxarifado deverá comunicar à Direção Administrativa.

2.1.13.9 DOS RELATÓRIOS

Como resultado do controle de estoque, o Almoxarifado e o Patrimônio apresentarão, mensalmente, ao Setor Contábil, até o terceiro dia útil, respectivamente, o Relatório de Movimentação de Materiais no Almoxarifado e o Relatório de Movimentação de Bens Móveis

O Relatório de Movimentação de Bens Móveis - deverá demonstrar sinteticamente as entradas e saídas de bens móveis durante o mês, devidamente registradas

2.1.13.10 DAS IRREGULARIDADES QUANTO AO USO DOS BENS PATRIMONIAIS

As irregularidades podem ocorrer por:

- Desaparecimento, quando do extravio do bem ou de seus componentes;
- Avaria, quando houver dano parcial ou total do bem ou de seus componentes, não decorrente de seu uso normal;
- Mau uso, quando utilizados os equipamentos e materiais de forma inadequada, comprovando o desleixo, a má-fé ou a inobservância de prazos de garantia.
- Compete ao Detentor Patrimonial ou ao usuário qualificado por Termo de Responsabilidade comunicar, imediatamente, ao Patrimônio qualquer irregularidade ocorrida com os bens patrimoniais entregues aos seus cuidados ou sob sua guarda.
- A comunicação referida no artigo anterior deve ser feita de maneira circunstanciada e por escrito, sem prejuízo de o fato ser previamente comunicado informalmente e de imediato ao Patrimônio.

P. M. A
Fls. 1192
Ass.

2.1.13.11 MANUAL DE ROTINAS DE PATRIMÔNIO

2.1.13.11.1 OBJETIVO

Definir conceitos e competências, estabelecendo procedimentos para toda a movimentação física e contábil dos bens patrimoniais, próprios e de terceiros, sob a responsabilidade do **Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL**

Ações Gerais da Área de Patrimônio

- Gestão de Bens (Gêneros Patrimoniais)
- Móvel
- Imóvel
- Equipamentos

Incorporação e/ou Registro de Bens

- Incorporar e/ou Registrar os bens no Sistema próprio
- Emissão do termo de responsabilidade.
- Identificação física do bem, com a fixação de etiqueta patrimonial ou gravação

Tipos de Incorporação e/ou Registro de Bens

- Por Permuta
- Avaliações
- Registros de Bens de Terceiros
- Doações
- Fabricação própria ou outros
- Compra

Tipos de Baixas

- Por consumo
- Por inservível
- Por quebra, desgaste ou avaria
- Por outros fornecimentos gratuitos
- Por venda em exercícios anteriores
- Por doação
- Por dúplice incorporação em exercícios anteriores
- Por indevida incorporação em exercícios anteriores

P. M. A
Fls. 119
Ass.

- Por extravio
- Por sinistro
- Por permuta
- Por empréstimo
- Por furto/roubo
- Por obsolescência
- Por descaracterização
- Término da Cessão de Uso

Tipos de Passagem de Bens

- Transferência
- Contrapartida

Responsabilidade do Usuário

Os servidores, técnicos e administrativos são pessoalmente responsáveis pelos bens, de qualquer espécie, do ISSSL, postos sob sua guarda, devendo providenciar e ou solicitar toda movimentação do bem (mudança de responsabilidade, mudança de local, solicitação de recolhimento) através do Patrimônio.

O usuário deve solicitar a manutenção de bens sob sua responsabilidade. Quando do seu desligamento do setor ou da Unidade, o usuário deve realizar o inventário físico e providenciar, no Patrimônio, a mudança de responsabilidade para o "responsável local" ou novo "usuário local". Deve providenciar, também, a imediata lavratura de Boletim de Ocorrência quando houver furto ou extravio de bens sob sua responsabilidade.

Cabe ao usuário responsável pelo(s) bem(s) executar a ação de inventariar os bens sobre sua responsabilidade anualmente.

2.1.13.11.2 INCORPORAÇÃO DE BENS

Compra: procedimento para incorporação de bem patrimoniável adquirido via compra direta, seguindo os procedimentos de compra do **ISSSL**

Documentação necessária: nota fiscal, ordem de fornecimento e documento de compra emitido pelo Sistema e processo anual autuado com os referidos documentos.

Convênio: procedimento para incorporação de bens adquiridos com verbas de outras entidades. É um acordo firmado entre entidades públicas ou entidade pública e entidade privada, para realizar um objetivo de interesse comum.

P. M. A
Fls. 1194
Ass.

Documentação Necessária: número do convênio, cópia do contrato e documento fiscal ou declaração de importação e processo autorizado pelo Gestor da Unidade.

Doação (simples): é o contrato pelo qual o doador transfere por liberalidade um bem do seu patrimônio para o donatário, que o aceita (transferência gratuita do direito de propriedade do doador).

Doação clausulada: Doação com encargo (onerosa), pois existe uma obrigação/incumbência por parte do donatário (transferência do direito da propriedade sob condição resolutiva – não sendo cumprido o encargo, a doação pode ser revogada).

Documentação Necessária: Doação de Organização: termo de doação, relação dos bens com os respectivos valores e, se houver nota fiscal e/ou declaração de importação.

Reserva Técnica: termo de aceitação e transferência de domínio e nota fiscal.

Doação Pessoa Física: termo de doação constando CPF, descrição e valor do bem e/ou nota fiscal.

Avaliação: procedimento para incorporação de bem patrimoniável que se encontra na Unidade com origem conhecida ou origem desconhecida.

Origem conhecida: incorporação de bem que se encontra na Unidade com origem conhecida.

Documentação necessária: termo de avaliação emitido pela Comissão de Avaliação da Unidade, documento fiscal ou documento de desmembramento; e processo autorizado pelo Gestor da Unidade.

Nota: Nesta modalidade, são incorporados os bens de amostra, adquiridos por empenho de consumo ou desmembrados por conta de obras e serviços. Não há necessidade de depreciar.

Origem desconhecida: incorporação de bem que se encontra na Unidade, porém com origem desconhecida.

Documentação necessária: termo de avaliação emitido pela Comissão de Avaliação da Unidade e processo autorizado pelo Gestor da Unidade.

Nota: A Comissão de Avaliação deverá ser constituída pela Unidade, composta, preferencialmente, por três colaboradores (Compras, Patrimônio e Contabilidade). Devendo-se efetuar a pesquisa de preço com, no mínimo, três empresas e calcular a média e da depreciação dos valores em 40%, sendo que este deve ser o valor utilizado na incorporação do bem.

Permuta: permitida exclusivamente entre órgãos ou entidades da Administração Pública. Artigo 17. Inciso II, alínea "b", da Lei 8.666, de 21/06/1993 e processo autorizado pelo Gestor da Unidade.

P. M. A
Fls. 1195
Ass.

2.1.13.11.3 REGISTROS DE BENS

Bens de Terceiros, Convênios e Outros: procedimento para registro de todo bem permanente em uso na Unidade, através de contrato de Cessão de Uso/Depósito e quando o órgão financiador é o detentor da propriedade do bem, por tempo determinado.

Documentação necessária

Organização: instrumento do convênio, termo de permissão de uso, termo de depósito e/ou nota fiscal e processo autorizado pelo Gestor da Unidade.

Pessoa física: termo de permissão de uso constando CPF, descrição e valor do bem e/ou nota fiscal e processo autorizado pelo Gestor da Unidade.

Em Poder de Terceiros, Convênios e Outros: procedimento para registro de um bem patrimoniado utilizado por terceiros, fora do âmbito do **ISSSL.**

Documentação necessária: instrumento do convênio ou termo de permissão de uso e processo autorizado pelo Gestor da Unidade.

2.1.13.11.4 OCORRÊNCIAS PATRIMONIAIS

Transferência: modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade organizacional para outra, dentro do mesmo órgão ou entidade.

Documentação necessária: ofício demonstrando o interesse pelo bem ou formulário de transferência e processo autorizado pelo Gestor da Unidade cedente.

Passagem (Contrapartida): procedimento para incorporação de um bem recebido de uma ação de transferência entre Unidades.

Documentação necessária: processo de transferência da Unidade cedente.

Mudança de Origem: procedimento utilizado para alteração na origem do bem incorporado no Sistema, quando da entrada ou da saída de bens fora do âmbito da Unidade.

Documentação necessária

Entrada: Termo de Doação e processo autorizado pelo Gestor da Unidade.

Saída: Termo de Permissão de uso autorizado pelo superior.

Nota: Quando um bem registrado como Bens de Terceiros, Convênios e Outros é doado à Unidade, deve-se alterar a origem para Doação. Quando um bem incorporado deixa de integrar, por período pré-determinado, o quadro definitivo de bens da Unidade, deve-se alterar a origem para bens em poder de terceiros.

Reincorporação: Procedimento utilizado para ativação de um bem baixado.

P. M. A
Fls. 1196
Ass.

Documentação necessária: documento emitido pelo interessado no Sistema.

Inventário: levantamento físico com identificação do bem e do local, visando comprovação da existência física, da integridade das informações contábeis e da identificação do usuário responsável.

Nota:

1. O responsável pelo bem deve inventariar e atualizar os dados no Sistema– Patrimônio.

2. Deve-se inventariar os bens quando houver troca ou desligamento do responsável.

3. Procedimentos e prazos serão comunicados pontualmente.

Transformação Física: Procedimento pelo qual é efetuada a alteração das características do bem.

Documentação necessária: Documento de solicitação regularização.

Nota: Para essa ação, deverá ser alterado o número do bem no Sistema.

Quando se tratar de equipamento de informática e a atualização envolver troca de placa-mãe, processador, memória RAM e gabinete, o equipamento que gerou o upgrade (equipamento antigo) deverá ser baixado e o novo deverá ser incorporado por Fabricação Própria.

Quando forem adquiridas peças para montagem de equipamento, o mesmo deverá ser incorporado de acordo com os procedimentos de Fabricação Própria.

Patrimônios Imóveis: todas as aquisições, reformas ou ampliações dos bens imóveis do **ISSSL.**

2.1.13.11.5 BAIXA DE BENS

Divulgação de Bens Móveis, seguir as instruções abaixo:

Bens sem condições de uso: o bem disponibilizado pelo "Usuário Local" no Sistema Patrimônio ficará com a situação "Bem sem condições de uso à disposição", até que o "Responsável Local" autorize esta ação no Sistema, excetuando o bem sob a guarda do "Responsável de Patrimônio".

Nota: Estes bens estão dispensados de divulgação, devendo ter sua situação alterada de ativo para inservível.

Bens em condições de uso: o bem disponibilizado pelo "Usuário local" no Sistema – Patrimônio, ficará com a situação "Bem com condição de uso à disposição", até que o "Responsável Local" autorize esta ação no Sistema, excetuando o bem sob a guarda do "Responsável de Patrimônio".

Nota: Cabe ao "Responsável de Patrimônio" encaminhar os bens com condição de uso ao Autorizador de Publicação. Estes bens ficam à disposição para consulta da Unidade por15 dias, através do Sistema.

P. M. A
Fls 1 2 1
Ass.

Tipos de Baixa

Bens de Terceiros

A baixa de Bens de Terceiros exige a antecipação da doação. O responsável pelo bem deverá entrar em contato com a entidade ou o órgão financiador, solicitando a doação, antes de proceder à baixa patrimonial.

Documentação necessária: autorização do órgão financiador. No caso de furto/roubo e extravio: Boletim de Ocorrência, conclusão do processo de sindicância, parecer da Procuradoria Geral e processo autorizado pelo Gestor da Unidade, excetuando as Unidades gerenciadas pelo **ISSSL**.

Por Término da Cessão de Uso

Procedimento para baixa de bem patrimonial em que, ao término do projeto, a entidade financiadora ou a pessoa física não concede a continuidade da utilização do bem.

Documentação necessária: documento do término da permissão de uso e processo autorizado pelo Gestor da Unidade, excetuando as Unidades gerenciadas pelo **ISSSL**.

Bens do ISSSL

Por Descaracterização: procedimento para a baixa de bens patrimoniais que foram descaracterizados da condição de permanente.

Documentação necessária: relação dos bens descaracterizados, fornecida pelo **ISSSL** (Departamento Financeiro) e processo autorizado pelo Gestor da Unidade, excetuando as Unidades gerenciadas pelo **ISSSL.**

Baixa de Material de Informática: Procedimento para baixa de bens patrimoniais do grupo de informática e telecomunicações, em condições de uso ou não.

Documentação Necessária: relação dos bens a serem baixados por essa modalidade emitida no Sistema – Patrimônio, processo anual autuado com o referido documento e autorizado pelo Gestor da Unidade, excetuando as Unidades gerenciadas pelo **ISSSL.**

Por Inservível: procedimento para baixa de bem patrimonial, sem condição de uso, obsoleto, avariado, em estado irrecuperável ou que o orçamento para o seu conserto seja igual ou superior a 50% do seu valor de mercado (critério antieconômico).

Documentação necessária: relatório do bem nesta condição emitido pelo Sistema, processo anual autuado com o referido documento e autorizado pelo Gestor da Unidade, excetuando as Unidades gerenciadas pelo **ISSSL.**

P. M. A
Fls. 1198
Ass.

2.1.13.11.6 INVENTÁRIO

Documentação necessária: relatório "Bens Patrimoniados" emitido pelo Sistema Patrimônio e processo autorizado pelo Gestor da Unidade, excetuando as Unidades gerenciadas pelo **ISSSL**.

Procedimento Transitório (durante o período do Inventário).

Documentação necessária: relatório do sistema, para os bens incorporados, e processo autuado e submetido à análise superior, com recomendação de envio à Procuradoria Geral e autorizado pelo Gestor da Unidade, excetuando as Unidades gerenciadas pelo **ISSSL**.

Disposições Gerais para Administração Patrimonial

- Em qualquer reforma, ampliação ou aquisição de imóvel, a Área de Patrimônio deve ser informada.
- Todo bem adquirido para Unidade, através de convênios e projetos, deve ser informado à Área de Patrimônio, com cópia do Termo de Outorga ou Contrato, juntamente com a relação dos bens, com seus respectivos valores e/ou cópia da nota fiscal.
- As Unidades devem possuir espaço mínimo reservado para guarda dos bens à disposição.
- Finalizando os procedimentos patrimoniais, os processos deverão ser encaminhados ao Serviço de Contabilidade da Unidade.
- Fica a critério das Unidades (ou aos órgãos da Administração) a definição de normas para recebimento e distribuição de bens, assim como a elaboração do esboço da liquidação da despesa.
- A Delegação de Regularização Patrimonial é uma permissão concedida pelo Assistente Técnico de Direção ao usuário do Sistema de Patrimônio, para autorizar a emissão de procuração pelo responsável dos bens, para que outra pessoa efetive a regularização dos bens sob sua responsabilidade.

2.1.13.12 ATRIBUIÇÕES GERAIS

Atribuições Específicas do Almoxarifado:

- Receber e verificar todos os materiais comprados conferindo sua qualidade, quantidade e especificações técnicas;
- Realizar a devolução aos fornecedores quando forem identificadas divergências quantitativas, qualitativas e de especificação técnica dos materiais recebidos;
- Estabelecer e manter atualizados os arquivos a respeito do recebimento e distribuição de material;
- Informar às áreas requisitantes o devido recebimento de seus pedidos;

P. M. A
Fls. 199
Ass.

- Proporcionar uma correta armazenagem dos materiais, respeitando as características técnicas e geométricas (volume) e recomendações do fabricante a fim de se evitar possíveis avarias e deterioração;
- Solicitar a compra de materiais que se fizerem necessários, momento
- este quando identificado o Ponto de Ressuprimento do produto/estocado, a fim de garantir estoque suficiente para abastecimento das unidades da Instituição;
- Colaborar na gestão de pequenos estoques intermediários existentes em algumas unidades da Instituição;
- Manter a organização do depósito de materiais em perfeita harmonia com as condições ideais de trabalho, com as respectivas sinalizações, indicações, regras de segurança, e principalmente, a higienização e eliminação de materiais deteriorados ou vencidos;
- Para controle da movimentação do estoque no setor será emitido diariamente o relatório de lançamentos (entradas e saídas), para conferência de cada item registrado.

Atribuições Específicas do Setor de Patrimônio:

- Elaborar a relação de todos os bens permanente, assim como da localização dos mesmos;
- Registrar a entrada de bens adquiridos e/ou encaminhados pela Secretaria de Saúde "plaquetando" e disponibilizando para área destino;
- Controlar a movimentação dos bens permanentes da Instituição;
- Elaborar "Autorização de Saída" para manutenção de bens permanentes, assim como controlar e registrar sua devolução;
- Elaborar a relação de baixa patrimonial para os bens inservíveis da Instituição, providenciando o correto envio dos mesmos ao setor responsável da Secretaria de Saúde;
- Realizar anualmente o Inventário, indicando divergências caso haja, informando a Diretoria Administrativa.

Após o recebimento e conferência dos materiais, entregues pelo fornecedor e em conformidade com a nota de fornecimento e a nota fiscal, deverá ser carimbada as vias da nota fiscal e o canhoto da via entregue ao fornecedor, uma via encaminhada ao setor de compras, uma via encaminhada ao setor financeiro e uma via permanece no almoxarifado (se necessário tirar xerox).

O sistema financeiro deverá ser atualizado após o recebimento e conferência dos materiais.

- Armazenar os materiais por subgrupos. Ex.: adesivos, coletores etc.

P. M. A
Fls. 1200
Ass.

- Armazenar os materiais em ordem alfabética rigorosa, da esquerda para a direita
- Armazenar os materiais por prazo de validade
- Observar o empilhamento máximo permitido para os materiais (ver recomendações do fabricante)
- Observar a temperatura ideal a que os materiais devem ser armazenados
- As caixas abertas no recebimento devem ser riscadas, indicando que foram violadas, a quantidade existente anotada, em seguida, lacrada.

P. M. A
Fls. 1201
Ass.

2.1.14 ROTINAS DE GESTÃO FINANCEIRA

Este manual tem como finalidade padronizar as rotinas operacionais do setor Financeiro da Unidade, evitando as não conformidades.

Neste manual serão abordadas as seguintes rotinas operacionais:

- Controle e monitoramento das contas bancárias diário;
- Pagamento de fornecedores, prestadores, folha de pagamentos e encargos trabalhistas e tributos todos com inclusão via internet banking;
- Emissão de relatório demonstrativo e analíticos de previsão de pagamentos e recebimentos diários, semanal e projetado;
- Elaboração e controle do fluxo de caixa interno focando no cenário previsto x realizado;
- Conciliação bancária, retorno de arquivos bancários e atualização dos sistemas integrados de gestão;
- Elaboração e organização da documentação para a apresentação da prestação de contas de acordo com as normas e regras da CAC de cada contrato. Incluindo o envio da movimentação financeira mensal para o setor contábil para análise;
- Projeção de índices econômicos;
- Alocação de custos departamentais através do método de custeio por absorção através da definição dos critérios informados em contrato de gestão, plano de trabalho e previsão orçamentária;
- Gerenciamento do planejamento financeiro estratégico e institucional;
- Realização eventual de contatos com fornecedores, referente pagamentos em atraso, objetivando a negociação de prazo, isenção de juros e multas;
- Levantamento de pagamentos e recebimentos, constatando as irregularidades e emissão de relatórios para subsidiar decisões gerenciais e da diretoria;
- Manter contato permanente com os bancos, visando o estreitamento do relacionamento com a emissora a fins de menores taxas e tarifas, além de melhoria do desempenho e operacionalização;
- Elaboração, controle, emissão de dados e relatórios gerenciais para otimizar desempenho e tomadas de decisões;
- Interface com o departamento jurídico nas solicitações e controle sobre recebimento dos valores fixados em contratos de gestão;
- Acompanhamento da execução financeira, efetuando as necessárias deduções das ações orçamentárias.

P. M. A
Fls. 1202
Ass.

2.1.14.1 FUNÇÃO DO DEPARTAMENTO FINANCEIRO

O Departamento Financeiro é uma área estratégica e primordial, responsável pela administração e controle das despesas, oferecendo aos Gestores informações importantes para controle na tomada de decisão. Visando as normas e cumprindo com as exigências do contrato (prazos, processos, fluxos e dentre outros).

2.1.14.2 DIVISÕES DO DEPARTAMENTO FINANCEIRO:

Contas a Pagar:

As contas a pagar têm seu fato gerador através das aquisições e serviços prestados gerando assim NF-e e NFS-e.

Para onde vão as contas a pagar:

A adequada administração das Contas a Pagar tem por finalidade informar sobre o vencimento dos compromissos, prioridades de pagamento e montante dos valores a pagar. Um bom gerenciamento dos pagamentos depende da exatidão e precisão dessas informações.

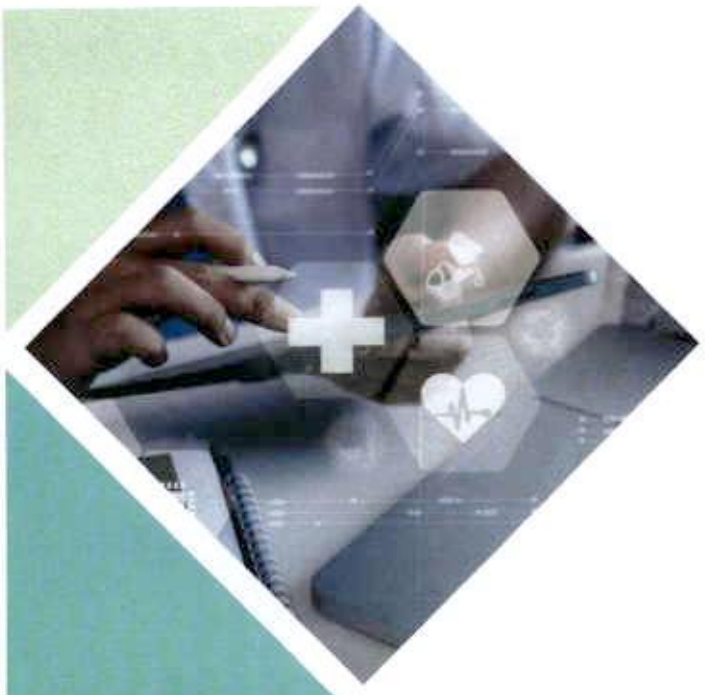
Para que seja garantida a confiabilidade necessária, faz-se importante a completa integração entre o departamento Financeiro e as demais áreas da Unidade (geradoras de pagamentos). O processo deve seguir os seguintes passos:

- Recebimento e Conferência da NF-e e NF-s na unidade (CNPJ, Endereço, Ordem de Compra, valor, vencimento e natureza da operação);
- Validação da gestão local e emissão de autenticidade;
- Análise contábil, fiscal e tributária;

As demais são executadas pelo próprio setor Financeiro:

- Cadastramento, agendamento e controle dos prazos e montantes de pagamento;
- Autorização e efetivação do pagamento via internet banking;
- Conciliação bancária e baixa do pagamento.

Os conceitos de provisionamento, previsão e realização devem estar bastante claros durante todo o processo. Além disso, para que seja garantido o cumprimento do orçamento, adotaremos na Unidade estabelecer limites por área para compra de produtos ou serviços conforme previstos no orçamento anual.



VOLUME 03

P. M. A
Fls. 123
Ass.

São Lucas Instituto



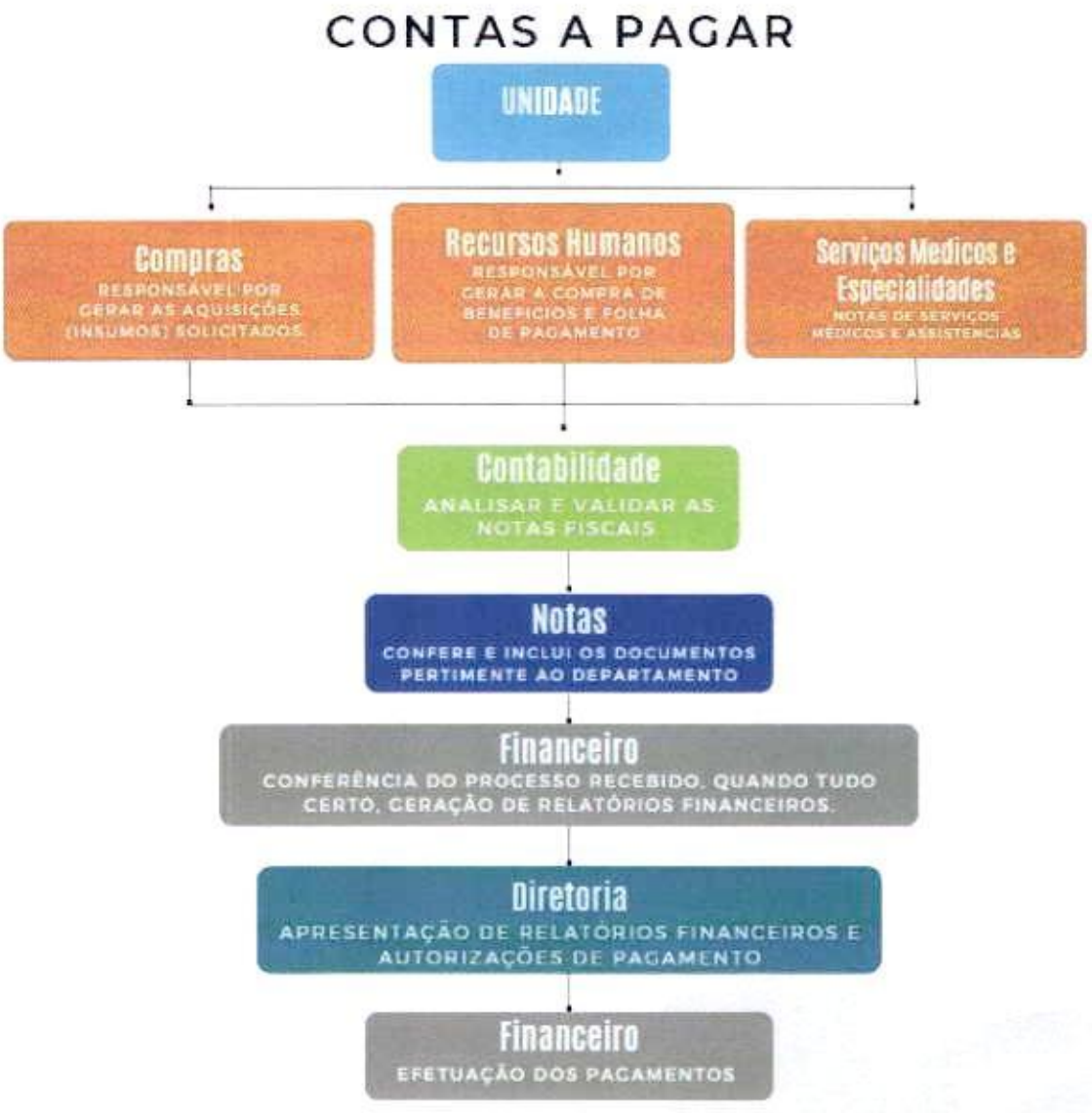




CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2025, na modalidade de CONCURSO do tipo MELHOR TÉCNICA, para SELEÇÃO de instituições sem fins lucrativos, já qualificadas como Organização Social de Saúde no âmbito do **Município de Aripuanã** interessadas na celebração de Contrato de Gestão, cujo objeto consiste no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã,** conforme especificações constantes neste instrumento e seus anexos, mediante as condições estabelecido no presente instrumento convocatório e seus anexos.

P. M. A
Fls. 1204
Ass.

2.1.14.2.1 FLUXO DE CONTAS A PAGAR



P. M. A
Fls. 1205
Ass.

2.1.14.3 PROCEDIMENTOS PARA PAGAMENTO

Principias Atividades a Realizar:

- Elaborar a Programação financeira da semana;
- Relacionar todos os pagamentos agendados para liquidação no decorrer da semana, observando se a documentação está correta, completa e devidamente autorizada;
- Conferir cada processo de pagamento observando os títulos cuja cobrança estiver a cargo de bancos, emitindo o borderô para liquidação deles.
- Realizar conciliação bancária;
- Emitir e consultar extratos bancários.
- Lançar no sistema os débitos relativos a taxas bancárias, resgate e aplicações financeiras, rendimentos entre outros;
- Posição de pagamento de títulos;
- Elaboração de fluxo de caixa;
- Realizar o pagamento da folha de salários, como também dos respectivos encargos sociais;
- Enviar ao setor de arquivo os protocolos e enviar para a contabilidade os documentos fiscais para contabilizar.

Procedimento fiscal de recebimento da nota fiscal:

- Prazo de Vencimento da nota fiscal;
- Nota fiscal sem rasuras e validadas.;
- Documentações completas (Duplicatas, Relatórios e Processos de Compras).

Procedimento tributário:

Realizar conferência da GPS para recolhimento (CNPJ, razão social, código do pagamento etc.).

Realizar conferência do DARF para recolhimento (CNPJ, razão social, código do pagamento etc.).

Observar os casos em que se aplica a retenção de 1,5% ou 1% do imposto de renda retido na fonte sobre as notas fiscais dos prestadores de serviço de pessoa jurídica, conforme determina o RIR/99.

Identificar a data de apuração e a data de recolhimento do IR, PIS, COFINS, CSLL retido.

Observar os casos em que se aplica a retenção de PIS (0,65%), COFINS (3%), CSLL (1%), conforme determina a Lei nº 10.833/2003 e suas alterações.

P. M. A
Fls. 1296
Ass.

Observar os casos em que se aplica a retenção de 11% do INSS, (conforme determina Instrução Normativa SRP nº 3, de 14 de julho de 2005 – DOU de 15.07.2005. Nos casos em que não se aplica a retenção de 11% do INSS, deverá ser solicitada uma cópia autenticada da GFIP/ GPS desta empresa para conferência e constatação das obrigações fiscais e previdenciárias, e seu enquadramento com as determinações do art. 148, da Instrução Normativa SRP nº 3, de 14 de julho de 2005.

Cuidados:

Encaminhar semanalmente a contabilidade, toda a movimentação financeira.

Caso a Nota Fiscal recebida não atenda aos critérios acima estabelecidos, comunicar de imediato ao encarregado do setor.

Ao efetuar o pagamento de prestação de serviços, verificar se está de acordo a Instrução Normativa SRP nº 3, de 14 de julho de 2005.

2.1.14.4 CONTAS A RECEBER

A conta a receber é um registro que informa e existência de determinada quantia a receber de alguém em uma determinada data. O processo de Contas a Receber trata de toda a entrada de receita na Unidade.

O bom andamento das atividades relacionadas a esse processo depende do controle e da garantia de recebimento dos montantes devidos nos prazos acordados. A fim de gerenciar corretamente as Contas a Receber da Unidade, a área Financeira deve cadastrar 03 níveis de recebimentos: as contas provisionadas, as previstas e as realizadas.

Conceitualmente falando, a diferença básica entre elas é:

Provisões - estimativas de prazos e valores a receber baseadas nos dados históricos da corporação e nas suas metas institucionais;

Previsões também são estimativas. Entretanto, nesse momento já se baseiam em documentos (títulos a receber);

Realizados são os recebimentos já efetivados, ou seja, já é possível confirmá-los na conta bancária da instituição.

P. M. A
Fls. 1207
Ass.

A utilização de um sistema de contas a receber traz ao usuário uma série de benefícios:

- Rastreamento de contas a receber por data de vencimento;
- Rastreamento de contas a receber vencidas;
- Rastreamento de contas a receber a vencer;
- Controle de contas bancárias;
- Controle de caixa.

2.1.14.4.1 FLUXO DE CONTAS A RECEBER



P. M. A
Fls. 1208
Ass.

2.1.14.5 CONCILIAÇÃO BANCÁRIA E COMO PROCEDER À CONCILIAÇÃO

É um comparativo entre as movimentações existentes em uma conta bancária e as existentes no controle financeiro e/ou sistema integrado de gestão.

As diferenças encontradas na conciliação bancária devem ser corrigidas. Uma nova movimentação deve ser feita se o lançamento estiver presente no banco e não estiver no controle financeiro (taxa bancária por exemplo).

2.1.14.6 PROGRAMAÇÃO FINANCEIRA

A Programação Financeira compreende um conjunto de providências com o objetivo de ajustar o ritmo de execução do orçamento ao fluxo provável de recursos financeiros, assegurando a execução dos programas anuais de trabalho, com base nas diretrizes e regras estabelecidas pelos programas de ação setoriais, assim a programação deve ser feita semanalmente e enviada ao financeiro.

2.1.14.7 FLUXO DE CAIXA

O fluxo de caixa é a previsão de entradas e saídas de recursos monetários, por um determinado período. Essa previsão deve ser feita com base nos dados levantados nas projeções econômico-financeiras atuais da Unidade, levando, porém em consideração a memória de dados que respaldará essa mesma previsão. O principal objetivo dessa previsão é fornecer informações para a tomada de decisões, tais como: prognosticar as necessidades de captação de recursos bem como prever os períodos em que haverá sobras ou necessidades de recursos.

Resumidamente, podemos afirmar que o FLUXO DE CAIXA é a demonstração visual das entradas e saídas de recursos financeiros, distribuídos pela linha do tempo futuro.

Para montagem da projeção do fluxo de caixa iremos considerar os seguintes dados:

- Entradas
- Contas a receber
- Saídas
- Contas a pagar
- Despesas gerais de administração (custos fixos)
- Compras à vista

P. M. A
Fls. 1209
Ass.

A projeção como o acompanhamento, será realizada mês a mês, trimestre a trimestre, ano a ano ou até mesmo em bases diárias. Além de permitir analisar a forma como a Unidade desenvolve sua política de captação e aplicação de recursos, o acompanhamento entre o fluxo projetado e o efetivamente realizado, permite identificar as variações ocorridas e as causas dessas variações.

2.1.14.7.1 PROJEÇÃO DO FLUXO DE CAIXA

O fluxo de caixa será construído a partir das informações relativas a todos as saída e entradas de caixa já conhecidos e os projetados.

Na elaboração do fluxo de caixa, precisaremos dispor internamente de informações organizadas que permitam a visualização das contas a receber e contas a pagar. O fluxo de caixa tem como finalidade compilar as informações, convergindo os dados financeiros gerados nas diversas áreas da organização.

P. M. A
Fls. 1212
Ass.

2.1.14.8 GESTÃO DE CUSTOS

A compreensão da contabilidade de custos é o ponto de partida desse estudo, pois a finalidade é de colocar em prática alguns de seus preceitos. Entende-se que por meio de um processo com princípios já estabelecidos, procura-se encontrar os custos de produção por unidade, para o total fabricado ou dos serviços prestados, para atingir o objetivo maior de uma operação produtiva, [...] a contabilidade de custos refere-se hoje às atividades de coleta e fornecimentos de informações para as necessidades de tomada de decisão de todos os tipos, desde relacionadas com operações repetitivas até as de natureza estratégica, não repetitivas, e, ainda ajuda na formulação das principais políticas das organizações.

Os dados coletados são transformados em informações para a tomada de decisão em qualquer âmbito, sejam elas repetitivas ou estratégicas. "a contabilidade de custos colhe dados internos e externos, monetários e não monetários, mas quantitativos."

Percebe-se que para a tomada de decisão não se utiliza somente dados internos, mas também os externos e que a análise dos fatores que influenciam o mercado onde empresa está inserida é essencial, para o seu destino.

Compreende-se então que esta área da contabilidade contribui de várias formas para a gestão empresarial, seja transformando os dados fornecidos pela contabilidade geral de forma a solucionar um fato específico.

O controle de custos para uma empresa é comparado ao coração para a vida humana, sem ele não se consegue viver "o coração estava para a vida do corpo, assim como o controle do custo estava para avida da empresa."

Diante do exposto, observa-se que para o negócio, possui um sistema de custos auxiliando no seu processo decisional é imprescindível. Pois atualmente, para colocar e sustentar um produto no mercado não basta somente verificar o custo de sua produção, deve-se também analisar os preços praticados pelos concorrentes, para poder tornar-se e manter-se competitivo.

Terminologias utilizadas na contabilidade de custos

Dentro da contabilidade de custos existem alguns termos que merecem esclarecimento, a saber: gasto, custos, despesas, Investimentos e perdas.

a) Gasto - "compra de um bem ou serviço qualquer, que gera sacrifício financeiro para a entidade (desembolso), sacrifício esse representado por entrega ou promessa de entrega de ativos (normalmente dinheiro)." A organização adquire recursos por meio de um pagamento ou o reconhecimento da dívida sem desembolsar nenhum valor para continuar a sua produção e cumprir com as solicitações de compras de seus clientes.

P. M. A
Fls. 1211
Ass.

b) Custos- produtos ou serviços são considerados gastos antes de serem custos. No momento da aquisição são gastos, quando são utilizados na produção são classificados como custos, "gasto relativo a bem ou serviço utilizado na produção de outros bens e serviços." Dentro de uma empresa de serviços de saúde os medicamentos, materiais hospitalares, instrumental cirúrgico, gases medicinais, mão-de-obra empregado no atendimento ao paciente entre outros, são considerados custos, uma vez que são ativos comprados para serem transformados em serviço médico-hospitar.

c) Despesas- o conceito de despesas é semelhante ao de custo, quando realizado à compra do produto ou serviço é um gasto, na sua utilização passa a ser chamado de despesas, "bem ou serviço consumido direta ou indiretamente para obtenção de receitas." Assim, as despesas são gastos como a mão-de-obra da administração, e não está ligada a produção.

c) Investimentos" gasto ativo em função de sua vida útil ou de benefícios ou não do momento do gasto." Os investimentos são essenciais para incrementar a produtividade e na obtenção de receita. Pode-se dizer que são compras de bens como, por exemplo, equipamentos hospitalares para aumentar a receita, tendo o retorno do investimento sob os serviços prestados pela máquina.

d) Perdas- são situações que fogem de qualquer controle que a empresa possa ter sobre os gastos, são eventos que todas as empresas estão sujeitas a sofrer, por mais controles que possua. "bem ou serviço consumido de forma anormal e involuntária."

As terminologias apresentadas são informações básicas para compreensão do sistema de custos. Percebe-se que o conceito de gasto, engloba os outros conceitos no momento da aquisição do bem, quando utilizados para os seus fins passam a ter outra terminologia.

Sistemas de custeios

Os sistemas ou métodos de custeio são as formas de direcionar os gastos com a fabricação de um bem, ou seja, é a maneira que melhor supre a necessidade da empresa de apurar os custos dos produtos. Os métodos de custeio existentes na literatura são: Custeio por absorção (ou integral), custeio direto (ou variável), Custeio Baseado em Atividade – ABC entre outros.

P. M. A
Fls. 1210
Ass.

a) Sistema Absorção - Um sistema de custeio exposto na literatura contábil é a absorção, que surgiu a partir dos preceitos dos princípios contábeis geralmente aceitos, e a sua aplicação ocorre com a distribuição de todos os custos de produção ao bem ou serviço produzido, é o método derivado da aplicação dos princípios de contabilidade geralmente aceitos, nascidos da situação histórica mencionada. Consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados, e só os de produção; todos os gastos relativos aos esforços de produção são distribuídos para todos os produtos ou serviços feitos.

Nessa sistemática, todos os custos, sejam eles diretos e indiretos, são alocados ao bem e/ou serviço produzido. Dessa maneira, o custo deve ser alocado direto ao produto ou utilizando critérios nos casos necessários como é da fundamentação desse sistema. Já as despesas não são consideradas para cálculo do custo do produto.

Nesse método de custeio todos os custos de produção são utilizados para efeito do cálculo do custo do produto ou serviço. Fazendo-se necessário a utilização dos critérios para apropriação dos custos indiretos, os quais devem ser considerados vários fatores para a sua elaboração para não haver distorções. Dessa forma, todos os gastos diretos e indiretos devem formar o custo do produto vendido ou serviço prestado, como: a matéria-prima, folha de pagamento do pessoal da produção entre vários outros encargos intrínsecos ao processo produtivo.

b) Sistema de Custeio Variável ou Direto - A forma de trabalho dos custos fixos pelo sistema de custeio absorção gera algumas restrições fazendo surgir assim o custeio variável que trata esses dispêndios como despesas. O custeio variável considera apenas os custos ligados diretamente à produção, ou seja, os gastos que variam conforme volume de produção como, por exemplo, de matéria-prima, mão-de-obra, etc." No custeio variável, só são alocados aos produtos os custos variáveis, ficando os fixos separados e considerados como despesas do período, indo diretamente para o resultado; para os estoques só vão, como consequência, custos variáveis."

O custeio variável ou direto, apropria todos os custos variáveis, quer diretos e indiretos, mas tão-somente as variáveis. Ele ignora a parcela fixa do custo indireto de fabricação, tratando–a como despesa do período e indo diretamente para o resultado. [...] Os custos variáveis são deduzidos da receita de vendas, dando a margem de contribuição, e destas margens são subtraídos as despesas fixas do período, para obter o resultado.

Com esse tratamento dos custos fixos o produto terá menor valor levando a um resultado do exercício inferior quando comparado com absorção, por este fato não é aceito para fins de avaliação de estoque.

O custeio por absorção apresenta um lucro maior, pois no custo unitário está incluindo todos os gastos de produção, sendo assim podendo recolher uma parcela maior de tributos.

P. M. A
Fls. 1213
Ass.

Entretanto no custeio direto seu resulto é menor pelo fato de os gastos fixos de produção serem diminuídos após o lucro bruto, fator pelo qual o fisco não aceita esse método por ter uma contribuição menor quando comparado ao outro.

c) ABC – Custeio Baseado em Atividades - O sistema ABC procura minimizar as distorções causadas pelos métodos tradicionais que utilizam rateios, "o custeio baseado em atividade, [...] é um método que procura reduzir sensivelmente as distorções provocadas pelo rateio arbitrário dos custos indiretos."

Sendo assim, a atenção que antes era voltada para os custos variáveis fica em segundo plano, sendo focalizado principalmente nos custos que necessitam de alguma base sólida para compor o custo de um artigo ou serviço, ou seja, os gastos de produção fixos e indiretos.

"Reduz-se a importância dos custos variáveis e diretos e aumenta-se o papel desempenhado pelos custos fixos ou indiretos." Além disso, acrescentam que, nesse processo de evolução produtiva, a literatura sobre custos passou a dar ênfase aos mecanismos de formação de custos, empregando as atividades desenvolvidas pelas empresas, e não as tradicionais bases volumétricas de rateios empregas para a distribuição de custos indiretos.

Diante disso, percebe-se que esse sistema propõe a utilização das atividades realizadas pelas organizações como estrutura de concepção de custo e não mais empregar os tradicionais rateios.

Assim, as atividades serão tomadas como base para se chegar a um direcionar para os dispêndios indiretos. Dessa forma, percebe-se que uma atividade consome diversos recursos para confeccionar um bem ou serviço e formam o processo de produção, ou seja, uma atividade está relacionada à outra. Cada departamento possui atividades relacionadas com as funções que ali são exercidas, deve-se selecionar as mais relevantes dentro desse processo e por meio delas será levado os custos ao produto final.

Caracterização de uma entidade hospitalar

Uma instituição de saúde difere das outras organizações de serviço pelo fato de seu objetivo ser o restabelecimento da saúde do paciente, este seria o produto que o hospital oferta ao mercado. Esse tipo de organização atua em situações especificas, buscando atender todas as necessidades dos enfermos para assim garantir a sua saúde novamente.

Dessa forma, apresenta-se o conceito desse negócio e quais as funções são intrínsecas a ele, define hospital como, parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacidade de recursos humanos e de pesquisa em saúde.

P. M. A
Fls 214
Ass.

Dessa forma, percebe-se que no processo de proporcionar saúde não envolve somente o tratamento do enfermo, mas vários outros quesitos como a prevenção, informando quais os cuidados que o paciente deve ter para se estabelecer completamente, realizando uma higiene adequada, o que se deve evitar ou fazer, tipo de alimentação. São informações importantes para que o mesmo não venha sofrer novamente com a mesma enfermidade ou a torne mais grave.

A reunião das atividades hospitalares de apoio gerencial, de diagnóstico, de tratamento e de internação gera a cadeia de valor hospitalar ou processo hospitalar.

Entende-se que um conjunto de tarefas compõe as atividades hospitalares que formam todo o processo da prestação de serviço, e como visto elas podem ser de apoio gerencial, diagnóstico, tratamento e de internação, são os chamados núcleos de atividades cada qual possui a sua função dentro da metodologia operacional de assistência a saúde e são empregados em determinado momento em benefício do enfermo.

Existindo a confirmação por meio dos exames de algo errado com o organismo do paciente, sendo identificado qual a doença, o próximo passo é o tratamento que incluem o centro cirúrgico, fisioterapia, farmácia etc, ou seja, procura-se meios para curar e realizar o tratamento adequando ao doente e assim voltar a ser saudável. E nesse processo de tratamento, pode-se ter a necessidade de internação onde se inclui vários serviços de hospedagem para que isso ocorra como enfermarias, nutrição, esterilização, enfermagem, lavanderia, etc. Por último, entra o apoio gerencial, que processa todas as informações geradas durante a prestação de serviço avaliando o desempenho da instituição e aplicando medidas corretivas se necessário.

P. M. A
Fls. 1215
Ass

2.2.1 LAVANDERIA E ROUPARIA

O serviço de Lavanderia Hospitalar é responsável pelo processamento da roupa e logística extra-hospitalar, se houver, entregando o enxoval em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada e conforme cronograma por área. Sua importância está ligada a:

- Controle das infecções;
- Recuperação, conforto e segurança do paciente;
- Facilidade, segurança e conforto da equipe de trabalho;
- Racionalização de tempo e material;
- Redução dos custos operacionais.

O processamento das roupas hospitalares será executado em conformidade com a exigência contida na Portaria do Ministério da Saúde nº 2.616/GM e Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde: Prevenção e Controle de Risco (ANVISA).

O enxoval deverá ser entregue e recolhido em locais e horários determinados sendo que o quantitativo de roupa a ser processada será pesada em balança, com etiqueta e controle em sistema das pesagens.

O Serviço estará disponível durante 12 ou 24 horas por dia, de segunda a domingo, atendendo as demandas programadas e não programadas.

2.2.1.1 DESCRIÇÃO DO FLUXO DA ROUPARIA

O Setor de Rouparia tem como finalidade suprir as necessidades básicas de enxoval das diversas unidades do hospital ao nível de sua competência visando sempre à satisfação dos clientes internos e externos.

Compete ao Setor Rouparia/Processamento de Roupas, a coleta, recepção, separação, pesagem, identificação, baixa, repouso, distribuição, atendimento a solicitações extraordinárias.

COLETA - RECOLHIMENTO DE ROUPAS SUJAS

Objetivo - Coletar as roupas suja-contaminado nos setores envolvidos na área hospitalar, e acomodar os sacos de roupas na área crítica para serem processadas.

P. M. A
Fls. 1216
Ass.

Área Contaminada – área crítica - A área de recebimento e pesagem das roupas sujas na lavanderia é considerada crítica, deve possuir um sanitário, vestiário e chuveiro próprio para quem trabalha no local, a fim de evitar a circulação desses profissionais por outras dependências.

A coleta geralmente é realizada em horários pré-estabelecidos pela liderança.

Uma vez que a roupa suja deve permanecer o menor tempo possível na unidade.

Nas unidades de Internação Hospitalar a roupa suja deve ser colocada direta e imediatamente no hamper, sendo a enfermagem a responsável por colocar o saco no expurgo, identificá-lo e o seu devido fechamento. Após fechado, o saco de roupas sujas é acondicionado no carro próprio que fica localizado no expurgo de cada unidade. O profissional responsável pela coleta transporta a roupa até área crítica da lavanderia.

Início do Recolhimento - o profissional responsável por esta tarefa, durante esta operação, deve usar EPI(s) próprios:

- Luvas ranhuradas;
- Avental impermeável;
- Botas ou sapatos impermeáveis;
- Mascaras;
- Óculos de proteção.

Os carros usados na remoção dos sacos de roupa suja nunca devem ser utilizados para o transporte de roupa limpa. Igualmente, deve ser evitado o cruzamento da roupa suja com a limpa.

O profissional já paramentado retira um dos carrinhos de roupa suja e se direciona aos setores. Iniciando o recolhimento pelo setor de maior para o menor fluxo.

Direcionamento no Setor - Ao chegar ao setor, o profissional direciona-se ao expurgo, abre o carrinho e recolhe os sacos. O profissional pegará um saco de cada vez, o contato com o corpo, protegido por avental, muitas vezes torna-se necessário devido ao peso do saco.

Descarregar sacos sujos na área crítica - Na área de recepção na área crítica, a roupa é retirada do carro de coleta, a fim de serem pesadas.

SEPARAÇÃO

Na sala de recebimento de roupa suja: é o ambiente onde a roupa suja é recebida, separada, classificada e pesada, e o resultado do peso é registrado livro de controle.

A boa lavagem começa na separação da roupa suja, quando será classificada segundo o grau de sujidade, tipo de tecido e cor a ser introduzida na lavadora

Essa classificação, realizada durante a separação, tem a finalidade de:

- Agrupar a roupa que pode ser lavada em conjunto;
- Agrupar a roupa que terá o mesmo acabamento.

Na separação, é indispensável que todas as peças de roupa sejam cuidadosamente abertas, para a retirada de instrumentos cirúrgicos, distintivos e outros objetos, visando evitar que estes elementos entrem no processo de lavagem, causando danos às máquinas e ao próprio processo.

Durante a separação, a roupa é agrupada em lotes ou fardos correspondentes a uma fração da capacidade da máquina, em geral 80% de sua capacidade de lavagem.

Os fardos ou sacos, já triados ou classificados, recebem uma marca ou identificação, segundo cor, tipo de tecido e grau de sujidade, que irá determinar a fórmula para lavagem.

PESAGEM

No caso de lavanderia terceirizada:

Após a pesagem de cada hamper por unidade, o profissional acondiciona todos os sacos de hamper, para que a lavanderia terceirizada possa retirá-los para o processo de separação.

Ao pesar, o profissional deve anotar e registrar no formulário específico do setor, todo o controle de pesagem de roupa suja/ contaminada.

No fechamento de cada mês o responsável pela lavanderia deve informar o gestor administrativo quantos kg de roupa foram encaminhados para processamento.

Cabe salientar que:

Terminadas as operações de recepção, separação, pesagem e lavagem da roupa, toda área suja deve ser desinfetada e lavada. Após a desinfecção do local de trabalho, ao término do expediente, os profissionais não poderão sair para outras áreas sem antes tomar banho de chuveiro, trocando sua roupa de trabalho.

LAVAGEM

Lavagem - é o processo que consiste na eliminação da sujeira fixada na roupa, deixando-a com aspecto e cheiro agradáveis, nível bacteriológico reduzido ao mínimo e confortável para o uso.

O processo de lavagem propriamente dito é realizado na área suja. Não existe um único processo de lavagem para toda a roupa do hospital, daí a necessidade de classificação ou triagem da mesma, para se determinar o ciclo a ser usado.

O ciclo a ser empregado depende do grau de sujidade, do tipo de tecido da roupa, assim como do tipo de equipamento da lavanderia e dos produtos utilizados.

Processo de lavagem de roupa com sujidade leve e pesada:

a) Ciclo para lavagem de roupa com sujidade leve:

- Operação/sequência
- Lavagem
- Alvejamento/desinfecção
- 1º enxágue
- 2º enxágue
- Acidulação
- Amaciamento/desinfecção

b) Ciclo para lavagem de roupa com sujidade pesada:

- Operação/sequência
- Umectação
- 1º enxágue
- 2º enxágue
- Pré-lavagem
- Enxágue
- Alvejamento/ desinfecção
- Lavagem
- 1º enxágue
- 2º enxágue
- Acidulação
- Amaciamento/desinfecção

2.2.1.2 MÉTODOS E TÉCNICAS DE LAVAGEM

Os princípios associados no processo de lavagem são de ordem física (mecânica, temperatura e tempo) e química (detergência, alvejamento, acidulação, amaciamento, desinfecção).

P. M. A
Fls. 129
Ass.

ORDEM FÍSICA

a) Mecânica

Na máquina, é a rotação do tambor que exerce a ação mecânica, torcendo a roupa e levantando-a com as pás para deixá-la cair dentro da solução.

Na queda, a solução é forçada a penetrar no tecido, retirando boa parte da sujeira. O correto nível da água no tambor interno é fator importante para a eficiência da ação mecânica. A inobservância do nível correto prejudica seriamente todo o processo de lavagem.

b) Temperatura

Um dos importantes fatores na lavagem é a temperatura adequada para cada operação. Para a correta proteção do tecido e a obtenção de resultados satisfatórios na remoção da sujidade, há operações que requerem água fria, outras águas mornas ou quente.

Em geral cerca de 75 a 85% da quantidade de água utilizada na lavagem da roupa é fria e 15 a 25 % é morna ou quente.

c) Tempo

Tempo também é um dos importantes fatores da lavagem e deve ser corretamente determinado conforme o grau de sujidade, o tipo de equipamento e de tecido, para maior economia e eficiência nas diversas operações.

A experiência demonstra que, no processo tradicional de lavagem, a quantidade de ensaboamentos e enxaguaduras é responsável pela eficiência do processo, e não o tempo prolongado dessas operações.

O tempo usado no ensaboamento deve ser corretamente estabelecido, pois, se muito rápido, será insuficiente para a atuação dos produtos e se excessivamente prolongado haverá desperdício do tempo, podendo haver desgaste da roupa pelo contato demorado com o produto.

O tempo utilizado para o ensaboamento varia conforme o produto usado, em média é necessário apenas 5 a 10 minutos.

As enxaguaduras são, em geral, as operações mais rápidas do processo. O número de enxaguaduras depende da intensidade de ensaboamento e este do grau de sujidade.

Nas operações de alvejamento e acidulação, é importante que se observe o tempo regulamentar para sua eficiência. O prolongamento excessivo do tempo nessas operações, além de nada melhorar sua eficácia, aumentaria o custo das mesmas.

P. M. A
Fls. 1220
Ass.

ORDEM QUÍMICA

Como a ação mecânica e a temperatura prejudicam os tecidos quando demoradas ou intensas, utiliza- se simultaneamente, a ação química de detergentes e outros produtos, o que reduz sensivelmente o tempo gasto, aumentando a eficiência do processo de lavagem.

a) **Detergência** - esta é a ação química mais comum, e consiste em dissolver as gorduras e óleos, removendo a sujeira. Os produtos que produzem esta ação detergente são o sabão e o detergente sintético; o primeiro é derivado de óleos ou gorduras animais ou vegetais (soda cáustica, mais ácidos graxos = saponificação) e o segundo é um subproduto da destilação do petróleo ou da hulha (soda cáustica mais ácido dodecilbenzenosulfato = sulfonação).

As funções do sabão e do detergente sintético são:

- Quebrar ou baixar a tensão superficial da água, facilitando sua penetração no tecido;
- Emulsionar ou dissolver as sujeiras oleosas - graxas, óleos e gorduras;
- Produzir espuma. Quando o sabão é colocado em demasia, produz excesso de espuma, prejudicando o processo de lavagem, pois:
- Diminui a concentração da solução;
- Reduz o nível da água e a velocidade da queda da roupa, prejudicando a ação mecânica;
- Dificulta o enxágue;
- Extravasa na máquina, espalhando-se pela área e contaminando o local;
- Causa problemas na turbina e posteriormente na calandra.

b) **Alvejamento** - é o efeito da ação de branqueadores químicos (cloro e oxigênio), associados ao calor e ou à luz. O alvejamento é uma operação complementar da lavagem, e nunca um substitutivo da mesma. É aplicado apenas em roupas brancas. Os alvejantes químicos mais eficientes são os que contém cloro, preferencialmente, com apresentação em pó, que usados em dosagens adequadas oferecem as seguintes vantagens sobre as soluções:

Concentração segura e uniforme, pela liberação lenta, favorecendo no alvejamento e bactericida; Maior estabilidade do produto;

Maior facilidade e segurança no manuseio e estocagem do produto.

O alvejamento deve ser adicionado no último ensaboamento ou na primeira enxaguadura, para evitar que o efeito do cloro seja diminuído pela presença de matéria orgânica.

P. M. A
Fls. 1221
Ass.

O cloro contido no produto é mais facilmente liberado em pH baixo. Para não danificar o tecido, utiliza-se 10< pH < 11. Para o alvejamento por meio de oxigênio, pode-se utilizar diretamente á água oxigenada ou perborato de sódio, que libera água oxigenada em temperatura acima de 80º C, sem danificar o tecido. Além destes, há outros branqueadores ou alvejantes ópticos que podem ser encontrados na composição de detergentes, como por exemplo o anil, que produz mais efeito se adicionado puro à água da última enxaguadura ou na composição do acidulante. Os alvejantes ópticos são assim chamados por conferirem uma ilusão de brancura, mascarando o amarelado adquirido pelo tecido.

c) Acidulação - consiste em adicionar um produto ácido, em geral à base de ácido acético, na última enxaguadura, para baixar o pH e neutralizar os resíduos alcalinos da roupa.

A acidulação traz as seguintes vantagens ao processo:

- Diminui os enxágues;
- Elimina o cloro residual dos alvejantes, firmando o alvejamento;
- Evita amarelar a roupa na secagem e calandragem;
- Favorece o amaciamento das fibras do tecido;
- Reduz os danos químicos à roupa;
- Favorece o poder de desinfecção;
- Produz economia de água, tempo e energia. Para se determinar com segurança a fórmula ou a quantidade de acidulante a ser adicionada, deve-se controlar periodicamente o pH da água que chega à lavanderia.

d) Amaciamento - é uma operação que consiste em adicionar, na última enxaguadura de determinados tecidos, um produto que contém glicerina em sua composição e produz o amolecimento ou elasticidade das fibras, tornando o tecido suave e macio.

O amaciante produz os seguintes efeitos:

- Reduz o atrito da fibra do tecido na máquina;
- Facilita a secagem e a passagem;
- Evita o enrugamento do tecido na calandra;
- Auxilia o poder bacteriostático;
- Reaviva as cores do tecido;
- Melhora o acabamento;
- Evita o desgaste precoce da roupa.

P. M. A
Fls. 1222
Ass.

e) Desinfecção - é um processo de destruição de todas as formas vegetativas existentes em superfícies inertes e meios líquidos, mediante a aplicação de agentes químicos e físicos. A eficiência do ciclo de lavagem, não está apenas na eliminação da sujeira, mas também na destruição do grande número de microorganismos presentes na roupa.

Em presença de matéria orgânica como sangue, fezes ou pus, os germes patogênicos podem sobreviver semanas e até meses, podendo provocar infecções cruzadas. Pesquisas realizadas com o processo de lavagem de roupa demonstraram que nenhum ciclo de lavagem elimina as formas esporuladas das bactérias e que apenas duas maneiras podem destruir com segurança as formas vegetativas de microrganismos patogênicos:

- A termodesinfecção
- A clorodesinfecção

Pela termodesinfecção, a lavagem se torna eficaz na destruição dos microorganismos, se houver equilíbrio entre a temperatura e o tempo de aplicação. Para desinfecção completa deve-se usar a temperatura de 85 a 95 º C, durante 15 minutos. A temperatura elevada aumenta a ação dos produtos, mas pode ocasionar danificação aos tecidos, devendo ser usada com cautela. Pela clorodesinfecção, é possível a eliminação das bactérias patogênicas presentes na roupa. Os componentes clorados devem ser usados com cuidado, porque podem deteriorar as fibras do tecido (o algodão transforma em oxicelulose e as fibras animais são consideravelmente danificadas). As soluções cloradas devem der aplicadas de 5 a 10 minutos (em média 7 minutos), à temperatura máxima de 35º C e um pH mínimo de 9 min, a fim de diminuir a possibilidade de desgaste químico. Em temperaturas acima de 35º C, cada aumento de 10º C duplica o desgaste químico da roupa. Na lavanderia, particularmente, sujeita a transmitir infecções, como local receptor e distribuidor de germes, torna-se obrigatório que sejam rigorosamente observadas todas as medidas destinadas ao controle da contaminação.

REMOÇÃO DE MANCHAS

Após a lavagem, ao selecionar a roupa para as operações seguintes, podem-se verificar em algumas peças manchas de várias origens: ferrugem, tinta de escrever, gorduras, mofo, resíduo de produtos, iodo, mercúrio, violeta de genciana, nitrato de prata, argirol, nódoa de frutas e outros. Certas manchas são removidas com a aplicação de um único tipo de removedor, já outras exigem a aplicação de dois ou mais removedores.

P. M. A
Fls. 1223
Ass.

- Óleo ou gordura - são removidas por amido, talco ou giz, por absorção que completa a ação do solvente. Espalha-se o pó sobre a mancha, antes de secar, e remove com aspirador de pó ou escova. Podem ser usados outros materiais absorventes, como papel mata-borrão, algodão hidrófilo ou esponja. Podem ser retiradas, ainda, com detergentes sintéticos, solventes inflamáveis (querosene, gasolina e outros) e outros não-inflamáveis (tetracloreto de bório, percloroetileno, etc.)
- Carvão e outros pigmentos coloridos - são removidos com detergente sintético.
- Ferrugem (amarelo-avermelhada) - são retirados com acidulantes ou removedores de ferrugem. Se não forem encontrados produtos próprios no comércio, pode-se usar solução de ácido oxálico. É importante que sejam removidos todos os traços do preparado, pois a substância é corrosiva. Usa-se também ácido acético ou limão e sal em água quente.
- Sangue - são removidas através de pré-lavagem com água fria, o calor fixa a mancha de origem protéica.

2.2.1.3 PROCESSAMENTO DE ROUPAS NA ÁREA LIMPA

Terminada a operação ou ciclo de lavagem, a roupa passa por um processo que consta das seguintes operações:

Centrifugagem - a carga da centrífuga deve ser distribuída uniformemente dentro do tambor, em pequenos montes de roupa, ajustados, em peso equilibrado, para evitar que o tambor ao girar, se afaste do eixo, no ponto mais pesado, levando ao estrago rápido do equipamento e da roupa, por torção ou repuxo.
A carga de roupa na centrífuga será coberta com um pano resistente, tipo lona, antes de se colocar a tampa, para melhor vedação e acondicionamento.
Na centrifugagem, em geral, pela eliminação da água, se reduz 60% do peso da roupa.
Terminada a centrifugagem a roupa é retirada, selecionada, colocada em carrinho e encaminhada à secagem ou tratamento adequado a cada tipo.

Na seleção, consideram-se os seguintes aspectos:

- ✓ Tipo de tecido (liso, felpudo, seda, algodão, poliester e lã);
- ✓ Tipo de roupa (lençóis, toalhas, campos, roupa de vestir, incluindo uniformes e outros);
- ✓ Qualidade de limpeza (manchas, resíduos de produtos e outros).

P. M. A
Fls. 1229
Ass.

A roupa destinada à secadora é colocada em carrinho ou cesto próprio. A que se destina à calandra é aberta e colocada em mesa-carrinho para facilitar a sua operação.
A roupa selecionada é distribuída para secagem na seguinte proporção: 70% para calandragem, 25% para a secadora e 5% para a prensagem ou passagem a ferro.

Calandragem - é a operação que seca e passa ao mesmo tempo as peças de roupa lisa (lençóis, colchas leves e campos). Após aquecimento, a calandra deve ser operada continuamente, em determinado período, para evitar desperdício de energia.
São necessários dois operadores para colocar a roupa molhada e dois para retirar e dobrar a roupa seca ao mesmo tempo.
Ao se retirar a roupa, faz-se uma seleção das peças danificadas, que deverão se encaminhadas à costura para reparo ou baixa.

a) **Secagem em secadora** - roupas como colchas pesadas, tecido felpudo, roupa de vestir (adultos e crianças), cobertores, peças pequenas como máscaras, botas (pro-pés), gorros, compressas e outras, são secadas na secadora. Depois de secar, a roupa é retirada da secadora e colocada em carros-cestos apropriados, sendo selecionada, dobrada e encaminhada à rouparia para repouso. Na seleção, a roupa danificada vai para a costuraria para conserto ou baixa.

b) **Prensagem** - Uniformes e outras peças não passíveis de serem colocadas em calandra, ou que tenham detalhes como pregueado e vincos, são passadas na prensa. Após a prensagem, são devidamente guardadas na rouparia, de preferência em porta-cabide rolantes.

c) **Passagem a ferro** - usada apenas eventualmente ou para melhorar o acabamento da roupa pessoal. Seu uso é pouco econômico, sob o ponto de vista de gasto de tempo, energia elétrica e física.

2.2.1.4 PROCESSAMENTO NA ROUPARIA

A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, e centraliza o movimento de toda roupa do hospital. A centralização em um único local permite um controle eficiente da roupa limpa, do estoque e sua distribuição adequada, em quantidade e qualidade, às diversas unidades do hospital. É na rouparia que se faz a estocagem (repouso) da roupa, distribuição e costura, incluindo conserto, baixa e reaproveitamento.

P. M. A
Fls. 1223
Ass.

a) **Estocagem** - mantém para reposição e emergência, tanto roupa em rotatividade como em estoque de reserva.

b) **Distribuição de roupa limpa** - cada unidade recebe 1 ½ (uma e meia) a 2 (duas) mudas para cada leito, por dia, dependendo do horário de atendimento da rouparia. Uma das mudas fica no leito e uma ou meia muda fica na estante ou carro-prateleira, na unidade de enfermagem, como estoque de reserva para apenas um dia.

Esse estoque de reserva deve constar em uma relação ou lista de roupa, protegida com capa plástica e afixada ou dependurada no carro ou prateleira, na unidade de internação. Para cada tipo de roupa deve existir uma marca lateral, no carro ou na prateleira, indicando a altura da pilha necessária e permitindo visualizar rapidamente qualquer falta de artigo. Durante os plantões da manhã e da tarde, a reserva é complementada mediante a requisição da roupa necessária, verificada nas prateleiras.

OBSERVAÇÕES GERAIS:

- É proibido a quantificação do enxoval por contagem da roupa suja;
- A roupa limpa deve ser transportada em carrinho exclusivo;
- Os sacos de tecidos utilizados para transporte de roupa suja devem ser submetidos ao mesmo processo de lavagem da roupa antes de serem reutilizados;
- A lavagem das vestimentas dos profissionais que realizam a coleta e recebimento de roupa suja devem ser realizadas na Unidade de processamento de roupas;
- Ao sair da área de recepção e coleta, o profissional deverá tomar banho e vestir um uniforme limpo.
- Os profissionais devem receber capacitação periódica devidamente comprovadas com Ata, conteúdo e assinatura, em todos os processos de utilização dos equipamentes, diluição dos produtos, utilização dos EPI´S, coleta e separação das roupas, pesagem, entre outros;
- Obrigatório a parametação com os EPIS necessários para o manuseio das roupas sujas e limpas;
- Toda a entrega e utilização de EPIs ou nova vestimenta para a realização das atividades devem ser acompanhadas de formulário padrão preenchido individualmente.

REFERÊNCIAS:

1 - **GERVINI, Maria E. I.** Higienização das roupas: de conceitos básicos à aplicação prática. Pelotas: Universitária/UFPellotas, 2015

2 - **BRASIL**, Manual de Processamento de Roupas de Serviço de Saúde: Prevenção e Controle de Risco, 2019 da ANVISA

P. M. A
Fls. 1226
Ass.

2.2.2 SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Objetivo A Unidade de Nutrição e Dietética tem como finalidade realizar todo processo de manipulação, porcionamento e distribuição de alimentos aos pacientes e colaboradores do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã**

Prestar assistência nutricional a todos os pacientes internados em observação no **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã que** recebem dieta via oral, fornecendo no mínimo 6 refeições conforme descritas na tabela abaixo.

Essas refeições serão fornecidas para os pacientes internados/ em observação e para seus acompanhantes.

Número de refeições que serão servidas aos pacientes			
Tipo	Horário de Degustação	Horário de Distribuição	Composição
Desjejum	07h00	07h00 às 08:30	Fruta
			Pão com margarina
			Café com leite
Lanche da manhã	010h	10h00 às 11h00	Biscoito sache
			Chá
Almoço	11h	11h30 às 13H00	Prato Protéico:
			Guarnição
			Salada
			Arroz e feijão
			Sobremesa
			Suco
Lanche da tarde	14h15	15:00 as 16:00h	Biscoito sache
			Chá
Jantar	17h00	18h00 às 20h00	Prato Protéico:
			Guarnição
			Salada
			Arroz e feijão
			Sobremesa
			Suco
Lanche do Noite	20:00h	21 às 22h00	Biscoito sache
			Chá

P. M. A
Fls. 1227
Ass.

Número de refeições que serão servidas aos colaboradores		
Tipo	Horário	Composição
Desjejum	6:30 – 7:00	Leite. café/ pão c margarina
Almoço	11h30 às 13h00	Prato Proteico:
		Guarnição
		Salada
		Arroz e feijão
		Sobremesa
		Suco
Jantar	18:00 às 20:00	Prato Proteico:
		Guarnição
		Salada
		Arroz e feijão
		Sobremesa
		Suco

Número de refeições que serão servidas aos acompanhantes		
Tipo	Horário	Composição
Desjejum	6:30 – 7:00	Leite. café/ pão c margarina
Almoço	11h30 às 13h00	Prato Proteico:
		Guarnição
		Salada
		Arroz e feijão
		Sobremesa
		Suco
Jantar	18:00 às 20:00	Prato Proteico:
		Guarnição
		Salada
		Arroz e feijão
		Sobremesa
		Suco

P. M. A
Fls: 122
Ass.

Número de refeições que serão servidas para mães que estivem acompanhando pacientes na Pediatria		
Tipo	Horário	Composição
Desjejum	6:30 – 7:00	Leite. café/ pão c margarina
Almoço	11h30 às 13h00	Prato Proteico:
		Guarnição
		Salada
		Arroz e feijão
		Sobremesa
		Suco
Lanche da Tarde	15:00 as 16:00h	Biscoito sache / Cha
Jantar	18:00 às 20:00	Prato Proteico:
		Guarnição
		Salada
		Arroz e feijão
		Sobremesa
		Suco

2.2.2.1 MODELO DE REGIMENTO INTERNO NUTRIÇÃO

CAPÍTULO I - Finalidade

A Unidade de Nutrição e Dietética tem como finalidade realizar todo processo de porcionamento e distribuição de alimentos aos pacientes e colaboradores do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã**

Prestar assistência nutricional a todos os pacientes internados que recebem dieta via oral.

CAPÍTULO II - Responsabilidade

Prestar de forma consistente, serviços superiores, da forma mais eficiente possível, para o benefício comum dos nossos clientes e colaboradores.

P. M. A
Fls. 1229
Ass.

CAPÍTULO III - Estrutura Organizacional

A UND é composta pelos seguintes profissionais:

a) Nutricionista

b) Cozinheiro

c) Copeira

d) Lactarista

e) Auxiliar de cozinha

f) Ajudante de Cozinha

CAPÍTULO IV - Atribuições por cargos

Supervisora de Unidade

Nutricionista

- ✓ Supervisão do serviço de nutrição;
- ✓ Admissão e desligamento de funcionários;
- ✓ Fechamento mensal de consumo no **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã**
- ✓ Elaboração de planilha de custos semanal;
- ✓ Orientações gerais aos funcionários quanto a mudanças de rotinas, implantações;
- ✓ Controle de custos e atualização do sistema;
- ✓ Consolidação de indicadores de qualidade;
- ✓ Supervisão e montagem de coffee break;
- ✓ Cotação de equipamentos e utensílios para o setor;
- ✓ Validação de cardápios.
- ✓ Treinamento e integração de colaboradores.
- ✓ Verificação de prescrições médicas;
- ✓ Avaliação subjetiva de todos os pacientes com dieta via oral em observação;
- ✓ Acompanhamento nutricional de todos os pacientes internados;
- ✓ Evolução nutricional no prontuário eletrônico de todos os pacientes visitados;
- ✓ Orientação dietoterápica aos pacientes de alta;
- ✓ Supervisão de copas;
- ✓ Acompanhamento do porcionamento de dietas;
- ✓ Solicitação de pedidos extras ao cozinheiro da dieta;
- ✓ Controle de estoque de dietas enterais;
- ✓ Elaboração de etiquetas de refeição dos pacientes em observação;

- ✓ Elaboração de requisições diárias para copa;
- ✓ Supervisão à distribuição de refeições aos pacientes;
- ✓ Monitoramento dos indicadores de clínica;
- ✓ Treinamentos de copeiras
- ✓ Escala mensal das copeiras
- ✓ Supervisão de higienização das copas;

P. M.
Fls. 1230
Ass.

Cozinheiro

- ✓ Pré-preparo e preparo das refeições da geral;
- ✓ Pesagem das preparações para o controle dos indicadores de qualidade;
- ✓ Pesagem de aparas e carnes para controle dos indicadores de qualidade;
- ✓ Coleta de amostras de carnes;
- ✓ Corte de carnes;
- ✓ Apoio na higienização da cozinha.
- ✓ Pré-preparo e preparo das dietas;
- ✓ Preparar pedidos especiais (solicitados pelas nutricionistas clínicas);
- ✓ Apoio na higienização da cozinha;
- ✓ Coleta diária da temperatura dos equipamentos e alimentos;
- ✓ Coleta de amostras do almoço e jantar de todas as preparações da dieta.

Ajudante de Cozinha –

- ✓ Preparo e envase de café nos horários da manhã e tarde;
- ✓ Preparo e envase de leite e distribuição do desjejum dos funcionários;
- ✓ Preparo e montagem de coffee break, distribuição e recolhimento dos mesmos nos diversos setores do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã.**
- ✓ Distribuição do almoço dos colaboradores do **Hospital**
- ✓ Coleta de amostras de alimentos e bebidas do almoço dos colaboradores;
- ✓ Coleta da temperatura dos alimentos e bebidas das preparações;
- ✓ Montagem de bandejas para almoço dos médicos do centro cirúrgico e distribuição das mesmas;
- ✓ Apoio na higienização da cozinha.

P. M. A
Fls. 1231
Ass.

Ajudante de Cozinha - Área de panelas e devolução

- ✓ Higienização de panelas e utensílios;
- ✓ Apoio na higienização das áreas da cozinha;
- ✓ Higienização das lixeiras da cozinha;
- ✓ Recolher e colocar sacos de lixo da cozinha e sala das nutricionistas;
- ✓ Limpeza e organização do refeitório;
- ✓ Recolher os lixos;
- ✓ Limpeza e organização da área de devolução de bandejas e utensílios;
- ✓ Limpeza da sala das nutricionistas;
- ✓ Preparo do suco da refresqueira do almoço e jantar dos colaboradores;
- ✓ Higienização da máquina de lavar louças e refresqueira.

Ajudante de Cozinha – Área de sobremesa

- ✓ Distribuir a sobremesa do almoço e jantar dos colaboradores e pacientes;
- ✓ Preparo da solução clorada do borrifador da sua área e realizar a troca cada 4 horas;
- ✓ Apoio na higienização da cozinha;
- ✓ Identificar todas as sobremesas de pacientes.

Copeiras– 06h30min às 18h30min horas

- ✓ Porcionamento e distribuição do desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia dos pacientes e acompanhantes;
- ✓ Distribuição de água para os pacientes;
- ✓ Higienização da copa, utensílios, equipamentos das copas;
- ✓ Preparo da solução clorada do borrifador e realizar a troca cada 4 horas;
- ✓ Fazer controle da temperatura das geladeiras e bandeja piloto (3º andar);
- ✓ Etiquetar todos os produtos manipulados;
- ✓ Coletar amostras de alimentos e bebidas do desjejum, almoço e lanche dos pacientes.

Copeiras– 010h00min às 21h00min horas

- ✓ Porcionamento e distribuição do almoço, lanche, jantar e ceia dos pacientes e acompanhantes;
- ✓ Montagem das saladas do almoço e jantar dos pacientes;
- ✓ Preparo e porcionamento dos sucos do almoço e jantar dos pacientes;
- ✓ Distribuição de água para os pacientes;

P. M. A
Fls. 1232
Ass.

- ✓ Coletar amostras de alimentos e bebidas do almoço, lanche, jantar e ceia dos pacientes;
- ✓ Higienização da copa, utensílios, equipamentos das copas;
- ✓ Preparo da solução clorada do borrifador e realizar a troca cada 4 horas;
- ✓ Fazer controle da temperatura das geladeiras e bandeja piloto (3º andar);
- ✓ Etiquetar todos os produtos manipulados.

Ajudante de cozinha – Noturno 12 x 36

- ✓ Distribuição de refeições aos colaboradores;
- ✓ Coleta de amostras;
- ✓ Controle de temperatura dos alimentos;
- ✓ Higienização da louça do jantar;
- ✓ Anotar a sobra - limpa no caderno de plantão;
- ✓ Lavar, clorar, descascar e picar a fruta do desjejum;
- ✓ Lavar e colocar o leite para ferver;
- ✓ Fazer o suco laxativo;
- ✓ Finalizar o café e leite do desjejum de pacientes e colaboradores;
- ✓ Higienização das áreas da cozinha;
- ✓ Higienização do refeitório.

Ajudante de Cozinha – Noturno 6 x 1

- ✓ Reposição do balcão de distribuição de refeições dos colaboradores;
- ✓ Higienização da louça do jantar;
- ✓ Higienização das áreas da cozinha;
- ✓ Higienização do refeitório;
- ✓ Limpar a geladeira do coffee, geladeira de dietas, geladeira de amostras, prateleiras da requisição, forno, passtrough, piso e paredes.

CAPÍTULO V - Horários e serviços

A UND funciona da seguinte forma:

- Assistência Nutricional: (atendimento nutricional aos pacientes internados no **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã** com dieta via oral) segunda à sexta feira das 6:30 às 18:48 horas

Sábados, domingos e feriados das 5:30 às 15:00 horas.

P. M. A
Fls. 1233
Ass.

CAPÍTULO VI - Normas Gerais

As visitas técnicas só poderão ocorrer após a autorização da Gerência Assistencial do **ISSSL**. As visitas são somente observatórias, não podendo os visitantes realizarem fotos e filmagens, nem obter informações específicas do setor.

Todo representante de laboratórios farmacêuticos, devem primeiramente contatar o setor de Gestão de Compras do **ISSSL** e somente depois visitar o **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã.**

Todo colaborador recém-admitido deverá participar do programa de treinamento, logo após sua contratação.

Cumprir e fazer cumprir as determinações do Manual do Colaborador.

Preservar o uso adequado dos meios de comunicação interna (internet/intranet/telefone), coibindo abusos e práticas ilícitas.

Preservar o uso adequado dos meios de comunicação interna (internet/intranet/telefone), coibindo abusos e práticas ilícitas.

Promover a ética e guarda de informações sigilosas.

OBS: As refeições deverão ser identificadas com etiquetas adesivas, contendo nome do paciente, quarto, leito, o tipo de dieta e a validade para o consumo.

Todas as embalagens e utensílios descartáveis utilizados na distribuição de refeições aos comensais devem ser Certificados- Norma ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas).

O serviço deverá estar disponível durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, de segunda-feira a domingo.

O ISSSL irá apresentar em até 30 dias, após o início das atividades, o Manual de Boas Práticas adaptado às necessidades da Unidade Hospitalar, para validação pela SMS e, após aprovação, este deverá ser cumprido na íntegra.

2.2.2.2 PROCESSO PORCIONAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE ALIMENTOS

- **Objetivo**

Descrever a sistemática de fracionamento e distribuição de alimentos, realizada pela U.N.D.

- **Responsabilidades**

Nutricionistas: Cumprir, orientar e supervisionar

Todos os funcionários da U.N.D: Cumprir orientação e seguir critérios corretamente.

P. M. A
Fls. 1234
Ass.

- **Documentos Complementares**

Manual Básico de Higiene e Segurança Alimentar

Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Portaria 1210/06

- **Definições**

D.M.L: Depósito de Material de Limpeza

POP: procedimento operacional padronizado

MBHSA: manual básico de higiene e segurança alimentar

EMTN: Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional

População Sadia: abrange todas as pessoas que frequentam o do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã** e não estão internados, sendo colaboradores do **Hospital** e terceiros, visitantes, acompanhantes e médicos.

População enferma: abrange a todos os pacientes internados ou não, sob serviços ambulatoriais e de pronto socorro.

Produtos perecíveis: são alimentos "In Natura", produtos semi-preparados ou produtos prontos para o consumo, os quais necessitam de condições especiais de temperatura para a sua conservação.

Produtos não perecíveis: são todos os alimentos estáveis em sua composição, podendo ser armazenados em temperatura ambiente. Necessitam serem armazenados em local arejado e seco.

Segurança alimentar: controle adequado e gerenciamento dos perigos durante o processo.

Controle de Qualidade: é o conjunto de atividades planejadas e sistematizadas que objetivam avaliar o desempenho de processos e a conformidade de produtos e serviços com especificações e prover ações corretivas necessárias.

Degustação: é a avaliação de produtos quanto ao sabor, cor, odor e apresentação.

- **Descrições**

Procedimentos e Responsabilidades

- A U.N.D está designada a realizar todo processo de porcionamento, distribuição de alimentos e de solicitações de todos os atendimentos especiais (coffee break);

O **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã** também possui parceria na responsabilidade dos seguintes serviços:

- Manutenção de instalações e equipamentos, Controle Integrado de Pragas, Manejo de Resíduos, Controle de Potabilidade de Água, Calibração de Equipamentos e Desinfecção de Reservatórios de Água. Conforme legislação vigente estes serviços estão mencionados neste documento, por interferir diretamente no controle de qualidade da produção da alimentação. Salientamos que para cada serviço existe um POP exclusivo;

P. M. A
Fls. 1233
Ass.

- Está sob responsabilidade da U.N.D o controle de qualidade da alimentação produzida, o qual está descrito no manual de boas práticas e a qualificação e capacitação dos funcionários que exercem suas atividades neste Setor;
- A U.N.D é composta pelas seguintes áreas:
- Área de Recebimento;
- Área de estoque, dividida em: área para armazenamento de produtos secos (temperatura ambiente), área para armazenamento de produtos descartáveis, área para armazenamento de produtos de limpeza e área para armazenamento de produtos perecíveis que necessitam de temperatura controlada;
- Fazem parte da U.N.D as copas da unidade e refeitório.

A sistemática do processo, compreende as seguintes etapas:

1ª etapa:

Elaboração dos cardápios, referentes à alimentação da população sadia e da população enferma contempla as especificidades para cada área de atendimento. Os cardápios incluem preparações que remetem a datas festivas como Páscoa, Natal, Ano Novo, Dia das Crianças, Dia dos Pais, Dia das Mães, Festa Junina entre outros, e respeitando padrões alimentares relacionados à religião, tabus, hábitos alimentares e socioculturais.

À alimentação da população sadia e da população enferma; contemplando as especificidades para cada área de atendimento, ou seja:

Refeitório: atende colaboradores e terceiros;

Áreas de observação e pronto socorro: atende todos os pacientes. Para este público são elaborados cardápios para as seguintes dietas: geral, branda, leve, pastosa cremosa e líquida. Para as demais dietas são realizadas adaptações, com base nas restrições de cada patologia;

O cardápio destinado aos colaboradores é elaborado com dois meses de antecedência. É elaborado pela assistente técnica e validado pela gerente da nutrição e para pacientes foi elaborado um cardápio fixo de 4 semanas. Estes cardápios são enviados ao setor de suprimentos do **ISSSL** para planejamento de compras.

O cardápio dos colaboradores é composto por dois tipos de saladas, arroz e feijão, um prato principal, uma opção de prato principal, uma guarnição, uma sobremesa e opção de gelatina e um sabor de suco artificial;

O cardápio dos pacientes é composto por um tipo de salada, arroz e feijão, um prato principal, uma guarnição, uma sopa, um tipo de purê, sobremesa e suco.

Todos os cardápios são arquivados em pasta específica na U.N.D.

Sempre que houver necessidade de realizar alterações nos cardápios, estas são estabelecidas em consenso com as partes envolvidas (nutricionistas, estoquista e gestão), para que as mudanças sejam efetuadas.

P. M. A
Fls. 1236
Ass.

O coffee break é planejado de acordo com a solicitação do setor solicitante, que informa por meio de e-mail o tipo de kit, centro de custo, horário, número de pessoas e local.

2ª etapa:

Realização de todo o planejamento de compras, baseado nos cardápios elaborados, características específicas do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã** e número de refeições, aquisição de gêneros alimentícios. Estes procedimentos estão sob responsabilidade do setor de Gestão do **ISSSL**.

Para o planejamento de compras foram estabelecidos os seguintes critérios:

- Hortifrutis in natura: diariamente
- Pães: diariamente;
- Leite: às segundas, quartas e sextas;
- Caso haja algum imprevisto, este cronograma pode ser alterado, devendo a Gestão Centralizada ser informada.

Todos os fornecedores mencionados na tabela de preços passaram pelo processo de qualificação de fornecedores e cadastro, estando sob responsabilidade da Área de Suprimentos. O descritivo deste processo de qualificação encontrarse-ãoarquivado na U.N.D.

Os pedidos são realizados pelo setor de suprimentos que emitem um relatório para os fornecedores e a unidade acompanha essas entregas através destes relatórios.

As datas de entrega são estipuladas com base nos prazos de entrega negociados com os fornecedores (até 5 dias úteis), com exceção em casos de emergência como pedidos extras.

O processo de recebimento e armazenamento de gêneros seguem os critérios de controle de higiene e segurança alimentar estabelecidos.

Na ocorrência de problemas na qualidade da mercadoria entregue no recebimento é feita a devolução ao fornecedor e aberta uma nãoconformidade, para providências cabíveis da área de suprimentos. O retorno à U.N.D é feito via e-mail contendo um número de ordem de serviço. Este e-mail é impresso e arquivado na unidade.

O armazenamento de suplementos, complementos, fórmulas lácteas e espessantes é efetuado dentro da U.N.D., e o critério de controle de qualidade para o armazenamento está sob responsabilidade do auxiliar de estoque e estoquista, sendo estes de uso exclusivo do Lactário.

Fica sob responsabilidade do setor de Almoxarifado do **Hospital Municipal Santo Antônio** fornecer:

- Papel toalha;
- Sabonete Anti-séptico;
- Dietas enterais, frascos e equipos;

P. M. A
Fls. 1237
Ass.

Os pedidos de papel toalha e sabonete anti-séptico são feitos à sextas-feiras por meio do sistema utilizado **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã** já o pedido das dietas enterais é feito pela nutricionista da EMTN para o almoxarifado e o mesmo libera para o estoque da UND.

3ª etapa:

Após as duas etapas mencionadas, é realizado o processo deporcionamento da alimentação voltada a cada público-alvo.

O número de refeições a serem elaboradas, para as quatro refeições diárias, segue o esquema:

- Pacientes: baseadas nas informações prestadas pela nutricionista de clínica, estando relacionada com o número de internações e PS.
- Refeitório: baseadas na média de consumo diário, dados estes fornecidos aos responsáveis pela produção por meio da assistente técnica.

Para o Coffee Break são calculadas mediante a necessidade de cada solicitação e uso fixo diário.

Ao término da elaboração do cardápio, os itens são degustados e aprovados pelas nutricionistas, sendo armazenados sob temperatura controlada, seja refrigerada ou quente. Este processo é efetuado para as refeições: almoço e jantar, voltado para as dietas hipossódicas e gerais e para a refeição do refeitório.

Realizada degustação de todas as preparações verificando os seguintes itens:

Sabor

- Excesso de sal: nutricionista responsável pela degustação define a quantidade de sal adicionada no prato e não sendo possível alterar a preparação, despreza-se alterando o cardápio;
- Ausência de sal: solicita-se ao cozinheiro responsável pela preparação a adição de mais sal, a próxima amostra deverá também passar pela degustação;
- Azedo, amargo, muito doce: será trocada imediatamente a preparação.
- Aparência
- Verificar se a aparência das preparações está de acordo com o esperado.
- Consistência
- Verificar textura da preparação. Caso não esteja dentro do esperado, modificar o cardápio e desprezar a preparação.

Odor

- Preparações com odor fora do esperado deverão ser desprezadas.
- Paralelamente é realizado o porcionamento das dietas, de acordo com suas características, seguindo o fluxo:
- Dieta geral – é porcionada na área de distribuição da cozinha dietética, de acordo com as etiquetas de identificação de dietas. É de responsabilidade das copeiras.

P. M. A
Fls. 1233
Ass.

- Dietas de rotina e especiais – é realizada na área de distribuição da cozinha dietética, de acordo com as etiquetas de identificação de dietas. É de responsabilidade das copeiras.

O porcionamento das dietas dos pacientes internados ou em ambulatório, é realizado de acordo com a necessidade do paciente, conforme descrito nas etiquetas de identificação de dietas. Este processo é supervisionado pela nutricionista de clínica.

Área de apoio – o porcionamento das bebidas e mingaus e sobremesas específicas ou extras ao cardápio são realizados nesta área pelas copeiras;

- Copa dos andares: destinada à distribuição de dietas;

Com relação às refeições do refeitório, os pratos são finalizados e porcionados em cubas, para posteriormente serem disponibilizados no balcão de distribuição.

Os critérios de controle de higiene e segurança alimentar, para execução do processo produtivo estão descritos, os quais são seguidos e monitorados conforme registros pertinentes.

Salientamos que faz parte deste controle a coleta de amostra de cada prato produzido e estas são armazenadas por 72 horas, sob congelamento, com exceção de líquidos, que são armazenados sob refrigeração.

Com relação à produção de outros atendimentos, fora as refeições de rotina, apresentamos o processo específico, bem como as particularidades de cada uma delas:

- Produção de café: a produção é realizada diariamente, estando disponíveis em horários estabelecidos pela UND: 08:30hs e 15:30hs. Está voltada para o atendimento de setores autorizados.
- As garrafas deverão ser entregues à UND às 7:00 hrs e 14:00 hrs, para higienização das mesmas.
- As garrafas deverão ser retiradas na U.N.D pelos colaboradores do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã**

4ª etapa:

Esta etapa está relacionada à distribuição de toda refeição recebida pela U.N.D.

Todos os critérios para o controle de qualidade na etapa distribuição encontram-se descrita e são monitorados e documentados em registros pertinentes, estes encontram-se arquivados na U.N.D.

O processo de distribuição das refeições segue:

Distribuição do Refeitório:

Almoço: 11:30hs às 14:00hs

Jantar das 18:00hs às 20:00hs

Os cardápios estão afixados na entrada do refeitório do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã**

É realizada no refeitório

Os funcionários utilizam bandejas lisas, pratos de porcelana, talheres de mesa de inox, e copos e guardanapos descartáveis.

Durante a distribuição, a reposição dos alimentos e utensílios é realizada por colaboradores da U.N.D, devidamente treinados para atividade.

P. M. A
Fls. 1239
Ass.

Ao término das refeições, os usuários do refeitório devolvem as bandejas e utensílios na área de devolução de bandejas.

2.2.2.3 DISTRIBUIÇÃO DE DIETAS NA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO:

Pré-desjejum: 05:00hs às 05:30hs

Desjejum: 7:30hs às 8:30hs

Almoço: 11:30hs às 13:00hs

Lanche da tarde: 15:00 às 16:00hs

Jantar: 18:00 às 20:00hs

Ceia: 20:00hs às 21:00hs

Lanche noturno: 21:00hs às 22:00

Realizada por copeiras, devidamente treinadas e com competência para exercer tal atividade.

O desjejum, lanche e ceia são servidos em carrinhos abertos, almoço e jantar em carrinhos fechados; os quais transportam as bandejas tipo Alban, talheres, copos e guardanapos descartáveis.

Todas as bandejas do almoço e jantar são identificadas por etiquetas de identificação de dietas, contemplando o nome do paciente, leito e especificações.

Após o porcionamento, os carrinhos são montados e conferidos por nutricionistas de clínica, para verificação de todas as dietas.

A copeira no momento da distribuição do almoço e jantar utiliza como referência as etiquetas de identificação de dietas e os mapas de dietas, para o desjejum, lanche e ceia utilizam apenas os mapas.

O processo de distribuição de pacientes em isolamento é diferenciado, sendo que a copeira se paramenta de acordo com as instruções afixadas pelo SCIH na porta do quarto.

Todos os materiais utilizados para a refeição destes pacientes são descartáveis.

Na presença de não conformidade da qualidade da dieta, trocas de dietas, ou qualquer outra intercorrência, será tomada ações corretivas no menor espaço de tempo. Estas ações são determinadas pela nutricionista de clínica e repassadas à copeira.

O recolhimento das bandejas é efetuado no período máximo de 1hora, as quais são recolhidas pelas copeiras, para posterior higienização.

Os restos alimentares são desprezados na área da copa, com exceção das bandejas provenientes de pacientes em isolamento, que são despejadas em lixo branco (infectante) pela própria enfermagem.

P. M. A
Fls. 1249
Ass.

Atendimento de Acompanhantes:

Osacompanhantes de pacientes maiores de 65 anos e menores de 18 anos, têm direito a realizar as seguintes refeições: almoço e jantar, sendo que as copeiras entregam as refeições no box de observação do paciente, mães da pediatria que amamentam têm direito a realizar as cinco refeições servidas: desjejum, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia.

2.2.2.4 DIETAS

Introdução

O cuidado humano manifesta-se por meio da atuação profissional de natureza disciplinar e interdisciplinar. Dentro deste contexto, o cuidado nutricional é considerado relevante para a melhoria da qualidade da assistência ao paciente.

O cuidado nutricional compreende um conjunto de medidas voltadas a promoção, recuperação e manutenção da saúde, proporcionando satisfação sensorial e psicológica do paciente. Desta forma, o cuidado nutricional é incorporado ao processo de humanização dos hospitais.

A humanização do atendimento nutricional é caracterizada pelo constante acompanhamento dos pacientes pelos nutricionistas, possibilitando a escolha de alimentos e preparações que permitam favorecer a aceitação alimentar, segundo a dieta prescrita.

A alimentação fornecida possui aspectos peculiares e diferenciados com relação ao cotidiano dos pacientes que provêm de grupos culturais e econômicos distintos, além de hábitos alimentares diversos. Uma vez que o estado nutricional tem grande influência na evolução clínica de pacientes, que paciente desnutrido tem maiores taxas de infecção e morbimortalidade, e que a internação na observação pode afetar o apetite, o paladar, o processo digestório e a utilização dos alimentos, faz-se necessário o atendimento nutricional individualizado.

As dietas de rotina são baseadas em um padrão dietético apropriado segundo as necessidades dietéticas recomendadas, que indicam os níveis de ingestão de nutrientes essenciais. As necessidades nutricionais do paciente são determinadas segundo a análise do histórico clínico, dietético e social; dos dados antropométricos e bioquímicos; assim como a interação entre drogas e nutrientes.

As dietas de rotina podem sofrer modificações qualitativas e quantitativas. Nas modificações qualitativas os ajustes são feitos de acordo com os tipos de alimentos permitidos e nas modificações quantitativas as alterações são realizadas com aumento ou diminuição na quantidade dos constituintes alimentares.

O presente documento tem como objetivo a divulgação da padronização, nomenclatura, indicação e característica das dietas utilizadas pelo Serviço de Nutrição e Dietética aos profissionais da saúde que atuam no **Hospital Municipal Santo Antônio**

P. M. A
Fls. 1241
Ass.

2.2.2.4.1 DIETA GERAL

Indicação:

Dieta que atende as leis da nutrição: lei da harmonia, adequação, qualidade e quantidade dos alimentos.

Esta dieta é indicada para indivíduos cuja condição clínica não justifica restrição de nutrientes ou da consistência dos alimentos.

Características da Dieta:

- Sem alteração de consistência
- Sem alteração de nutrientes
- Valor energético total – 2500 kcal
- Proteínas –14%
- Lipídeos – 210%
- Carboidratos – 57%
- Consistência – normal

2.2.2.4.2 DIETA BRANDA

Indicação:

É uma dieta de transição entre a dieta pastosa e a dieta geral, indicada para indivíduos que necessitem abrandar os alimentos para facilitar o trabalho mecânico (mastigação e deglutição) e digestivo.

Características da Dieta:

- Dieta com tecido conectivo e celulose abrandados por processo mecânico ou cocção;
- Semalteração de nutrientes;
- Restrições – alimentos crus (exceto alguns com textura mais suave) e alimentos fermentescíveis, doces concentrados, frituras, leguminosas (servir apenas o caldo), embutidos, conservas, enlatados e condimentos fortes.
- Valor energético total – 2500 kcal
- Proteínas – 15%
- Lipídeos – 210%
- Carboidratos – 56%

P. M. A
Fls. 1247
Ass.

2.2.2.4.3 DIETA PASTOSA

Indicação:

É uma dieta de transição entre a dieta leve e a dieta branda. Indicada para indivíduos que apresentem dificuldade para a mastigação e deglutição de alimentos. A dieta deve conter alimentos no grau máximo de subdivisão e cocção, apresentando-se na consistência pastosa.

Características:

- Dieta com alimentos bem cozidos, de fácil mastigação e deglutição;
- Semalteração de nutrientes;
- Restrições – alimentos crus (exceto alguns com textura mais suave) e alimentos fermentescíveis, doces concentrados, frituras, leguminosas (servir apenas o caldo), embutidos, conservas, enlatados e condimentos fortes.
- Valor energético total – 2500 kcal
- Proteínas – 15%
- Lipídeos – 30%
- Carboidratos – 55%

2.2.2.4.4 DIETA LEVE

Indicação:

É uma dieta de transição entre a dieta branda e a dieta líquida. Tem por finalidade favorecer a digestão e o esvaziamento gástrico dos alimentos, sendo utilizada em alguns pré e pós-operatórios preparo de exames e problemas de deglutição ou mastigação.

Características:

Promove mínimo trabalho digestório;

Restrições – alimentos crus (exceto alguns com textura mais suave ex. pêra, banana prata e mamão), frituras, doces concentrados, alimentos fermentescíveis, leguminosas, enlatados, conservas e arroz.

- Consistência – semilíquida
- Valor energético total – 2400 kcal
- Proteínas – 15 %
- Lipídeos – 20 %
- Carboidratos – 65 %

P. M. A
Fls. 1248
Ass.

2.2.2.4.5 DIETA LÍQUIDA

Indicação:

A dieta líquida é comumente indicada para favorecer a hidratação e facilitar o trabalho digestório de pacientes com problemas no processo de mastigação, em alguns pré e pós-operatórios e preparo de alguns exames. Esta dieta deve ser prescrita por um breve período em função de sua inadequação em relação aos nutrientes. Quando houver necessidade de manter a dieta por período superior a dois dias são fornecidos suplementos alimentares líquidos industrializados.

Características:

- Consistência – líquida ou alimentos que se liquefazem na boca.
- Restrições – todos os alimentos sólidos.
- Valor energético Total – 1500 kcal
- Proteínas – 16 %
- Lipídeos – 24 %
- Carboidratos – 60 %

2.2.2.4.6 DIETAS DE ROTINA MODIFICADAS

Dieta Laxativa

Indicação:

Dieta indicada para pacientes com dificuldade de evacuação, nos pós- cirúrgicos ginecológicos, para a promoção da formação do bolo fecal e alívio da obstipação. As fibras alimentares estimulam o peristaltismo intestinal, além de auxiliar na formação de fezes mais macias, contribuindo para a normalização do trânsito intestinal. As dietas podem ser enriquecidas com alimentos fonte de ácido diidrofenil-isolina (ameixa preta). Contudo as dietas com alto teor de fibras não deve ser usadas indiscriminadamente, quando os sintomas persistem outras causas devem ser investigadas.

Características:

- Consistência – normal
- Orientações nutricionais – maior oferta hídrica com enriquecimento da dieta com os seguintes alimentos ou preparações laxativas: suco laxante (receita padrão), mingau de aveia, acréscimo alimentos integrais (conforme aceitação), maior oferta de mamão e folhosos.
- Valor energético total – 2600 kcal

P. M. A
Fls. 1244
Ass.

- Proteínas – 15 %
- Lipídeos – 30 %
- Carboidratos – 55 %
- Fibraalimentar – 40 g

Dieta com Restrição de Sódio

Indicação:

A dieta com restrição de sódio ou hipossódica é indicada para a prevenção e controle de edema, insuficiência cardíaca, hipertensão crônica grave, distúrbios renais, hepáticos e pulmonares.

Características:

- Consistência - normal, conforme a aceitação e/ou indicação ao paciente.
- Orientações nutricionais - deve-se evitar o uso dos seguintes alimentos: alimentos salgados, enlatados, conservas, defumados, embutidos, queijos, massas prontas, molhos, temperos e alimentos industrializados.
- Deve-se substituir a manteiga ou margarina com sal por produto semelhante sem adição de sal, diminuir o consumo de café e lipídeos e substituir pão e bolacha com sal por sem sal.
- Valor energético total – 2500 kcal
- Proteínas – 14 %
- Lipídeos – 210 %
- Carboidratos – 57 %
- Sódio – 60 mEq.

Utilizam-se alimentos preparados sem adição de cloreto de sódio, com adição de 01g de cloreto de sódio no almoço e no jantar.

Dieta Hipercalórica e Hiperprotéica

Indicação:

Estas dietas são indicadas para as pacientes que apresentam patologias que induzem a um estado catabólico ou hipermetabólico: estados infecciosos, desnutrição protéico-calórica, câncer (anexo 1 - Recomendações nutricionais para minimizar sintomas causados pelos tratamentos), cicatrização de feridas, síndrome da imunodeficiência adquirida e nos pós- cirúrgicos.

No planejamento do suporte nutricional, deve-se considerar que a oferta de energia não ultrapasse 45 kcal/kg de peso ideal /dia, a de proteínas 2g/kg/peso ideal/dia e a de lipídeos 2,5g/kg/peso ideal/dia. A oferta hídrica deve ser abundante para evitar a sobrecarga renal.

P. M. A
Fls. 1245
Ass.

Características:

- Consistência – a consistência da dieta varia conforme o estado geral das pacientes e aceitação da dieta.
- Enriquecimento das dietas – adota-se o uso de preparações de elevados teores protéicos e calóricos (mingaus, vitaminas, sobremesas, etc.) e conforme a necessidade da paciente utiliza-se suplementos alimentares disponíveis no mercado.
- Valor energético total (varia de acordo com a consistência da dieta) – 3300 kcal (dieta geral)
- Proteínas – 16 %
- Lipídeos – 28 %
- Carboidratos – 56 %

Dieta Hipoprotéica (40 g de Proteína)

Indicação:

Esta dieta é indicada para pacientes com insuficiência renal e hepática, dependendo do graude evolução da doença.

Características:

- Consistência – normal
- Dieta normocalórica, hiperglicídica, hipoprotéica e normolipídica;
- Valor energético total – 1700 kcal
- Proteínas – 10 %
- Lipídeos – 25 %
- Carboidratos – 66 %

Dieta Hipoprotéica (40 g de Proteína), Hipocalêmica e Hipossódica

Indicação:

Esta dieta é indicada para pacientes com insuficiência renal com presença de edema ou hipertensão arterial, além da elevação da concentração sérica de potássio ou quando houver perda significativa da função renal (TFG<15 ml/min.).

A prescrição de líquidos baseia-se no volume urinário residual de 24 horas acrescido de cerca de 500 ml para as perdas insensíveis.

P. M. A
Fls: 1246
Ass

Característica:

- Consistência – normal
- Orientações nutricionais – Recomenda-se que a ingestão de potássio seja inferior a 70 mEq/dia. O cozimento em água das hortaliças e frutas promove perda significativa de potássio (cerca de 60%), contudo não é necessário que o paciente consuma somente alimentos cozidos, pode-se orientar o uso de frutas e hortaliças com pequena e média quantidade de potássio como: laranja-lima, banana-maçã, maçã, caqui, abacaxi, pêra, pêssego, alface, agrião, repolho e escarola nas quantidades prescritas pelo nutricionista.
- Valor energético total – 1700 kcal
- Proteínas – 10 % (40 g de proteína)
- Lipídeos – 25 %
- Carboidratos – 66 %
- Sódio – 60 mEq. (Utiliza-se alimentos preparados sem adição de cloreto de sódio (NaCl) e com adição de 01g de cloreto de sódio por refeição).
- Potássio – aproximadamente 70 mEq por dia.

Dieta Para Diabetes

Indicação:

Esta dieta é indicada como base para o tratamento do diabetes como medida exclusiva ou coadjuvante do tratamento medicamentoso.

Características:

- Consistência – normal
- Orientações nutricionais – não usar açúcar refinado, mascavo, cristal, confeiteiro, ou alimentos que o contenham: doces em geral, chocolates, mel, sorvetes, balas, bolos, biscoitos, bolachas doces, bombons, cremes, chicletes, compotas de frutas, flans, mousses, pudins, sorvetes, refrigerantes, sucos artificiais (em pó ou líquidos que contenham açúcar) e xaropes. Utilizar produtos dietéticos, "diet e light", somente com a orientação do nutricionista. Substituir o açúcar por adoçantes artificiais à base de sacarina, aspartame e sucralose.
- Valor energético total – 1800 kcal
- Proteínas – 20 %
- Lipídeos – 25 %
- Carboidratos – 55 %

P. M. A
Fls. 1247
Ass.

Dieta Hipocalórica

Indicação:

Esta dieta é indicada para pacientes que necessitem redução calórica para a obtenção de um peso saudável. Contudo o cálculo das necessidades nutricionais do paciente deve ser individualizado e o mesmo deve ser acompanhado. Para alcançar o peso saudável é importante a programação da redução ponderal, com planejamento individual das necessidades nutricionais, estabelecendo a reeducação nutricional.

Características:

- Consistência – normal
- Dieta com restrição de carboidratos simples e alimentos gordurosos.
- Valor energético total – varia conforme as necessidades nutricionais de cada paciente.
- Proteínas – 15 %
- Lipídeos – 30 %
- Carboidratos – 55 %

Dieta Rica em Ferro

Recomendações Gerais:

- Ingerir uma fonte de vitamina C após as refeições (almoço e jantar) para aumentar a absorção de ferro: mexerica, laranja, maracujá, caju, acerola, goiaba, abacaxi ou suco de limão.
- Não substituir o almoço e jantar por lanches a base de leite.
- Não ingerir leite, café, chá preto, mate ou sobremesas a base de leite logo após o almoço e jantar.

Alimentos Ricos em Ferro:

- Miúdos em geral: fígado, rim, moela, língua, dobradinha, etc.
- Carnes em geral: vaca, peixe, frango, etc.
- Leguminosas: feijão, lentilha, ervilha, grão de bico e soja.
- Cereais integrais: arroz, aveia, gérmen de trigo, etc.
- Vegetais de folhas verdes escuras: espinafre, catalonha, almeirão, rúcula, folha de beterraba, folha de batata doce, folha de nabo, folha de abóbora, etc.
- Outros: melado de cana, rapadura e açúcar mascavo.

P. M. A
Fls: 248
Ass.

2.2.2.5 PROCESSOS PRODUTIVOS DE PREPARO DE FÓRMULAS INFANTIS

Os alimentos podem ser veículos de transmissão de microrganismo se toxinas, e sendo a alimentação láctea a base alimentar e terapêutica para crianças, é necessária uma atenção especial em estabelecer condições higiênico-sanitárias adequadas para garantir a qualidade microbiológica dos alimentos e da água utilizados no preparo de fórmulas e alimentos infantis.

Para iniciar o preparo, deve-se separar a matéria-prima a ser utilizada por lotes de preparo, estando devidamente identificados com os dados dos pacientes, retirando-se a quantidade suficiente para o preparo sem desperdícios.

Em seguida, recomendam-se a pesagem inicial do pó de acordo com os cálculos das receitas previamente realizados em balanças de precisão e armazenamento em embalagens plásticas ou de papel fechadas até o momento da diluição, protegidos da exposição ambiente e das oscilações de temperatura e da umidade relativa do ar.

Para a diluição, a qualidade da água deve seguir os padrões de potabilidade de água para consumo humano, segundo a Portaria 21014 de 201127 quando se tratar de água filtrada, e a RDC 275 de 2005 quando se tratar de água mineral, sendo indicada para pacientes com trato digestório íntegro e imunologicamente saudável. Porém, para pacientes com afecções agudas e com alterações de trato digestório, recomenda-se água estéril.

Temperaturas da água entre 80°C e 100°C demonstram morte de microrganismos patogênicos, mas levam à redução significativa do valor nutricional das fórmulas infantis, não sendo recomendadas.

A existência da bactéria *Cronobacterspna* fórmula infantil em pó após preparada ou em leite em pó modificado pode ocorrer de duas maneiras:

- Intrínseca: resultante da introdução da bactéria na fórmula durante o processo de manufatura do produto. Entretanto, hoje os fabricantes possuem certificações que garantem a integridade do produto na fabricação;
- Extrínseca: resultante da introdução da bactéria na fórmula durante o processo de manipulação do produto. Sendo assim, a garantia de boas práticas de manipulação e controles dos pontos críticos de cada etapa produtiva é fundamental.

Recomenda-se que o preparo da fórmula infantil não deve exceder o tempo máximo de 30 minutos em temperatura ambiente não climatizada, e 1 hora e 30 minutos em áreas condicionalmente climatizadas, com temperatura de 20°C a 24°C e umidade de ar relativa de 50% a 60%.

P. M. A
Fls. 1249
Ass.

Os utensílios de preparo (jarras, talheres, entre outros), bem como os equipamentos (liquidificadores e mixer) para homogeneização dos ingredientes, devem ser desinfetados ou termo desinfetados antes do preparo. Recomenda-se usar utensílios e equipamentos distintos para cada lote ou gênero de alimentos, evitando-se contaminação cruzada.

Para o envase das fórmulas infantis já diluídas, recomenda-se a utilização de mamadeiras estéreis, principalmente para as formulações que não serão autoclavadas, e termo desinfetadas para as que serão autoclavadas.

Mediante a importância das fórmulas infantis como principais substitutos do leite materno, torna-se importante avaliar a necessidade de ofertar as mesmas de forma auto- clavadas, que poderá resultar na redução significativa de nutrientes e com indícios de substâncias tóxicas, como a amônia, no cuidado nutricional das crianças.

Após o "aquecimento terminal", as mamadeiras contendo as fórmulas infantis auto-clavadas devem ser resfriadas o mais rapidamente possível e o método mais recomendado é o uso de um resfriador. Caso não haja o resfriador no Lactário, outros métodos podem ser usados:

- Imersão em água fria circulante;
- Resfriamento em refrigerador.

No resfriamento em imersão em água fria, as fórmulas devem ser resfriadas na água corrente fria, o que deve promover a redução da temperatura do alimento a 21ºC em 2 horas e depois no refrigerador a 4°C e manter 4 horas.

Demais alimentos infantis manipulados em Lactário devem seguir procedimentos operacionais adequados e de sistemas adicionais que garantam a segurança do produto final, como o Sistema de Análise de Perigo se Pontos Críticos de Controle (APPCC).

Para os ambientes de creches, onde são preparadas fórmulas infantis em pó e não há equipamentos para o "aquecimento terminal", recomenda-se o preparo com água potável em temperatura igual a 70°C e resfriamento em refrigerador.

Armazenamento, Aquecimento e Distribuição

Armazenamento de fórmulas e alimentos infantis

Após o resfriamento das fórmulas infantis destinadas à alimentação via oral, já nas mamadeiras ou outros utensílios específicos como copos, elas devem ser armazenadas em refrigeradores até o momento da dispensação e/ou distribuição.

Este armazenamento deve ser feito sob temperatura controlada de até 4°C por até 12horas para produtos não autoclavados, e 24 horas para produtos autoclavados.

As fórmulas infantis devem ter refrigeradores exclusivos para se evitar contaminação cruzada, porém, caso isso não for possivel, recomenda-se o armazenamento destas em prateleiras separadas dos de mais alimentos infantis preparados.

Para estas formulações, quando há distinção de embalagens de envase como mamadeiras ou seringas recomenda-se a separação destes em prateleiras devidamente identificadas nos refrigeradores.

Internamente, as prateleiras dos refrigeradores não podem ser forradas, pois isso dificulta a circulação de ar e promove condições inadequadas de refrigeração, devem estar livres da presença de alimentos que exalem odores, protegidas da incidência de raios solares e organizadas de forma que se permita o controle de utilização através do sistema primeiro que vence primeiro que sai (PVPS).

Com relação aos produtos prontos preparados com alimentos "innatura", ou à base de cereais, o tempo de refrigeração deverás ser validado mediante a perecividade dos componentes e a análise microbiológica das preparações, sendo submetidas a uma temperatura de até 4°C.

Os refrigeradores utilizados precisam de controle de temperatura com registro diário em formulário próprio com no mínimo 3 mensurações diárias ou mais, se necessário, e válido no processo produtivo. Este formulário deverá ser arquivado por um período mínimo de 1 ano, para futuras análises de funcionamento dos equipamentos.

O ambiente para o armazenamento dos produtos infantis deve ser livre da presença de material de higiene e produtos químicos, pragas e vetores (insetos – por exemplo), em sala limpa, ventilada e organizada, isolada por barreira física do ambiente externo e em condições climáticas que devem seguir as mesmas recomendações para áreas de preparo, com a temperatura e umidade relativa do ar para as áreas de preparo segundo a ABNT NBR 7256 (2005)110, e quando não for possível o controle de umidade relativa, que pelo menos as condições de temperatura atendam as recomendações citadas.

O aquecimento da fórmula pode ser realizado em banho-maria ou em micro-ondas,

Deve-se validar a relação tempo e temperatura de aquecimento e o processo de resfriamento rápido para alcançar a recomendação de 37°C para a administração ao paciente, controlando-se o período de exposição em temperatura ambiente.

A validação deve ser realizada para cada aparelho utilizado, devido à própria variação entre marcas, potência, volume e tipo de fórmula, além das especificações de preparo - como fórmulas engrossadas, espessadas.

Quando houver apenas um aquecedor disponível, indica-se aquecer os frascos com maior volume envasado inicialmente, de forma a garantir que todos atinjam a temperatura adequada de forma simultânea.

P. M. A
Fls. 125
Ass.

O aquecimento se inicia pelo centro do líquido para as extremidades, podendo ocasionar erro da interpretação da temperatura real do líquido durante a medição. Se não homogeneizada, a fórmula aquecida corre o risco de formação de "bolhas quentes" que levariam ao risco de queimadura na mucosa bucal da criança.

- Testar a temperatura que a fórmula infantil atingiu ao toque, testando-se no dorso da mão.

Distribuição, Transporte e Entrega de fórmulas e alimentos infantis

Uma vez que não existe uma legislação específica para a distribuição de fórmulas infantis, o **ISSSL** irá adotar a Portaria 26110 de 2011 da Secretaria Municipal da Saúde, que regulamenta as boas práticas e de condições sanitárias, bem como técnicas das atividades relacionadas a alimentos, onde os produtos que forem mantidos em exposição à temperatura de 60°C, devem ser consumidos no máximo em 1hora.

Para demais situações, há necessidade de validar o cuidado alimento à exposição em temperatura ambiente, como é o caso de fórmulas infantis na via enteral em frascos e seringas.

A etapa de distribuição de fórmulas infantis envasadas em mamadeiras, frascos para nutrição enteral ou seringas requer controle do tempo de exposição e temperatura.

A exposição a temperaturas inadequadas por tempo prolongado pode favorecer a multiplicação de microrganismos, e se a mamadeira não for utilizada no máximo em 1 hora e 30 minutos após o aquecimento, o produto deverá ser desprezado.

Para se evitar este risco, o **ISSSL** irá adotarar a distribuição das fórmulas infantis aos pacientes em observação, deve ser realizada imediatamente após o aquecimento diretamente ao leito pediátrico, com a orientação de consumo imediato à entrega.

Quando a entrega é feita à equipe de enfermagem, recomenda-se a aplicação de um protocolo de recebimento assinado pela equipe de enfermagem, onde deve constar o horário de entrega, determinado pelo Serviço de Nutrição, a assinatura do responsável pelo recebimento e a etiqueta do produto deve conter orientações sobre tempo de validade em temperatura ambiente.

Como já referenciado, na prática recomenda-se um consumo imediato à entrega, ou não ultrapassar 1 hora de exposição em temperatura ambiente.

Administração

A administração da fórmula infantil por via oral pode ser feita pela equipe de enfermagem ou pelo cuidador da criança, desde que bem orientado, devendo ocorrer de forma imediata à entrega e observando a temperatura adequada antes da administração, bem como prazo máximo de validade identificado nas etiquetas das mamadeiras, determinado pelo protocolo da Instituição.

A tampa da mamadeira, parte protetora do bico, deve ser mantida em todas as etapas de esterilização, resfriamento, refrigeração, aquecimento, distribuição até o momento da administração na boca da criança.

A ocorrência de alargamento do bico da mamadeira é frequente nas enfermarias pediátricas. A equipe multidisciplinar deve estar atenta às mães que realizam essa prática, desencorajando-as, explicando principalmente sobre o risco de aspiração do conteúdo.

A manipulação da mamadeira fora do ambiente apropriado em especial a troca de bico, não é uma prática adequada, pois coloca em risco todas as etapas até aqui discutidas.

Por isso, se houver a necessidade de troca de bico da mamadeira, uma nova mamadeira deve ser encaminhada com a fórmula infantil e o bico adequado, não se devendo realizar a troca de bicos na unidade de internação, ou leito da criança ou ambiente externo.

Toda fórmula infantil não consumida dentro do prazo de validade estabelecido para consumo deve ser desprezada. Todas as etapas do aquecimento, transporte, distribuição e administração pertinentes ao Serviço de Nutrição devem estar descritas no Manual, conforme a RDC 275 de2011.

2.2.2.6 NUTRIÇÃO ENTERAL

Serão observados todos os critérios técnicos para Teapia Nutricional Enteral definidas na RDC 63, 06 de julho 2020- Diretoria Colegiada da ANVISA.

P. M. A
Fls. 1253
Ass.

2.2.3 SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA

Introdução

Este manual tem como objetivo: padronização no Serviço de Limpeza em Unidade de Urgência e Emergência, onde serão descritos os tipos de limpeza, frequência que as mesmas devem ser executadas e a descrição de protocolos de trabalho e refere-se aos métodos de limpeza e desinfecção de superfícies, que engloba os mobiliários, bancadas, pias, equipos, computadores, pisos, paredes, divisórias, portas e maçanetas, tetos, janelas, vidros, equipamentos elétricos, instalações sanitárias, grades de aparelho de ar condicionado, ventilador, exaustor, luminárias, bebedouro, aparelho telefônico e outros.

Definições Limpeza

A Limpeza Técnica é o processo de remoção de sujidades, mediante a aplicação de agentes químicos, mecânicas ou térmicos, num determinado período de tempo. Consiste-se na limpeza de todas as superfícies fixas (verticais e horizontais) e equipamentos permanentes, das diversas áreas do recinto. Com o objetivo de orientar o fluxo de pessoas, materiais, equipamentos e a Frequência necessária de limpeza, sendo imprescindível o uso de critérios de classificação das áreas para o adequado procedimento de limpeza.

2.2.3.1 CLASSIFICAÇÃO DE ÁREAS

ÁREAS CRÍTICAS - são as que oferecem maior risco de transmissão de infecções, ou seja, áreas onde se realizam procedimentos invasivos e/ou que possuem pacientes de risco ou com sistema imunológico comprometido, como UTI, clínicas, salas de cirurgias, pronto-socorro, central de materiais e esterilização, áreas de descontaminação e preparo de materiais, cozinha, lavanderia etc.

ÁREAS SEMICRÍTICAS - são áreas ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas, isto é, aquelas ocupadas por pacientes que não exijam cuidados intensivos ou de isolamento, como sala de pacientes, central de triagem etc.

ÁREAS NÃO-CRÍTICAS - são todas aquelas áreas não ocupadas por pacientes e onde não se realizam procedimentos clínicos, como as áreas administrativas e de circulação

P. M. A
Fls 1234
Ass.

2.2.3.2 TIPOS DE LIMPEZA

Limpeza Concorrente

É o processo de limpeza **diária** de todas as áreas críticas, objetivando a manutenção do asseio, o abastecimento e a reposição dos materiais de consumo diário (sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha interfolhado etc.), a coleta de resíduos de acordo com a sua classificação, higienização molhada dos banheiros, limpeza de pisos, superfícies horizontais e equipamentos mobiliários, proporcionando ambientes limpos e agradáveis.

Limpeza Terminal

É o procedimento de limpeza e/ou desinfecção, de todas as áreas da Unidade, objetivando a redução da sujidade e, conseqüentemente, da população microbiana, reduzindo a possibilidade de contaminação ambiental. É realizada periodicamente de acordo com a criticidade das áreas (crítica, semi-crítica e não-crítica), com data, dia da semana e horário pré-estabelecidos em cronograma mensal. Inclui todas as superfícies e mobiliários. Portanto, é realizada em todas as superfícies horizontais e verticais, das áreas críticas, semicríticas, não-críticas, infra-estrutura e área comum.

Deverá ser realizada ao final de cada procedimento envolvendo pacientes.

2.2.3.3 MÉTODOS E EQUIPAMENTOS DE LIMPEZA DE SUPERFÍCIES

Limpeza Manual Úmida

Realizada com a utilização de rodos, mops ou esfregões, panos ou esponjas umedecidas em solução detergente, com enxágüe posterior com pano umedecido em água limpa. No caso de pisos é utilizado o mesmo procedimento com mops ou pano e rodo. Esse procedimento é indicado para a limpeza de paredes, divisórias, mobiliários e de equipamentos de grande porte. Este procedimento requer muito esforço do profissional e o submete ao risco de contaminação. Panos e mops utilizados na limpeza devem ser encaminhados para lavagem na lavanderia e guardados secos por medidas de higiene e conservação. É importante ressaltar que a limpeza úmida é considerada a mais adequada e higiênica, todavia ela é limitada para a remoção de sujidade muito aderida. Na limpeza terminal é necessária a utilização de métodos mais eficientes para a remoção de sujidades, como a mecanizada.

P. M. A
Fls. 1253
Ass.

Limpeza Manual Molhada

O procedimento consiste em espalhar uma solução detergente no piso e esfregar com escova ou esfregão, empurrar com rodo a solução suja para o ralo, enxaguar várias vezes com água limpa em sucessivas operações de empurrar com o rodo ou mop para o ralo.

Limpeza com máquina de lavar tipo enceradeira automática

É utilizado para limpeza de pisos com máquinas que possuem tanque para soluções de detergente que é dosado diretamente para a escova o que diminui o esforço e risco para o trabalhador.

Limpeza Seca

Consiste-se na retirada de sujidade, pó ou poeira, mediante a utilização de vassoura (varreduras secas), e/ou aspirador.

A limpeza com vassouras é recomendável em áreas descobertas, como estacionamentos, pátios etc. Já nas áreas cobertas, se for necessário a limpeza seca, esta deve ser feita com aspirador.

PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Ato simples e fundamental para prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde.

Lavar as mãos com água e sabonete líquido, com técnica correta, pode interromper a cadeia de transmissão de infecção entre pacientes e profissionais da área da saúde.

Praticada entre procedimentos, antes e após o atendimento individual, ao adentrar e antes de sair do ambiente de trabalho, antes e após uso do banheiro.

Antes de calçar as luvas, para não contaminá-las, devem-se higienizar as mãos. Após o uso de luvas também, pois essas freqüentemente têm micro perfurações.

Devem ser retirados os acessórios que podem servir de reservatório para microorganismos (anéis, pulseiras, relógios de pulso). As unhas devem estar sempre aparadas, pois podem abrigar microorganismos causadores de infecção.

P. M. A
Fls. 1236
Ass

PASSO A PASSO HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

1. Abrir a torneira com a mão não dominante e molhar as mãos, sem encostar-se à pia ou lavatório.
2. Ensaboar as mãos, friccionando a palma, o dorso, os espaços interdigitais, polegar, articulações, unhas e extremidades, dedos, punhos.
3. Enxaguar as mãos
4. Fechar a torneira com o auxílio de papel toalha.

A descrição da maneira correta de lavar as mãos está ilustrada no anexo 01



P. M.
Fls. 1257
Ass.

2.2.3.3.1 PROTOCOLO DA LIMPEZA CONCORRENTE

Frequência que deverá ser realizada a limpeza concorrente:

Classificação das áreas	Frequência	Observação
Áreas Críticas	3x por dia	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Semi-Crítica	2x por dia	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Não-Crítica	1x por dia ou dias alternados	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Áreas comuns	1x por dia	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Áreas externas	2x por semana	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário

P. M. A.
Fls. 1258
Ass.

MÉTODO:

Método	- Limpeza úmida para todas superfícies, utilizando baldes de cores diferenciadas (um contendo solução detergente e outra água limpa); - Trocar a solução dos baldes, a cada ambiente; - Limpeza banheiro: lavar;
Técnica	- Iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja; - Utilizar movimento único, em um só sentido para a limpeza de todas as superfícies; - Do mais distante para o mais próximo; - Do fundo para a porta.

P. M. A
Fls. 123
Ass.

2.2.3.3.2 PROTOCOLO DA LIMPEZA TERMINAL

Frequência que deverá ser realizada a limpeza terminal:

Classificação das áreas	Frequência	Observação
Áreas Críticas	Semanal	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Semi-Crítica	Quinzenal	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Não-Crítica	Mensal	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Áreas comuns	Mensal	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Áreas externas	Semanal	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário

P. M. A
Fls. 126
Ass.

MÉTODO:

Reunir e organizar todo o material necessário no carrinho de limpeza.
Colocar o carrinho de limpeza do lado da porta de entrada do ambiente, sempre do lado de fora.
Utilizar os EPIs necessários e indicados para a realização do procedimento de limpeza.
Realizar, quando necessárias, a desinfecção/descontaminação de matéria orgânica conforme as normas vigentes.
Trocar as luvas para execução das demais etapas.
Recolher os sacos de lixo do local, separados, fechando-os com dois nós e depositando-os, seguindo o Manual de Gerenciamento de Resíduo.
Iniciar a limpeza pelo mobiliário com solução detergente para remoção da sujidade.
Realizar o enxague e sempre que necessário, realizar fricção com álcool 70%.
Proceder a limpeza da porta, do visor e da maçaneta com solução detergente.
Proceder a limpeza do piso com solução padronizada.
Realizar a limpeza do banheiro, iniciando pela pia, o vaso sanitário e por último o piso e ralos (não esquecer de limpar a porta papel toalha, a porta papel higiênico, o espelho, a válvula de descarga). Reorganizar o ambiente
Desprezar as soluções dos baldes, no local indicado pela chefia imediata.
Realizar a higienização dos baldes.
Proceder a limpeza do recipiente para resíduos, com solução detergente, em local específico.
Repor os sacos de lixo, conforme Manual de Gerenciamento dos Resíduos.
Retirar e lavar as luvas.
Lavar as mãos.
Repor os produtos de higiene pessoal (sabonete, papel toalha e higiênico).

P. M.
Fls. 1261
Ass.

2.2.3.4 PROTOCOLO DAS ETAPAS DOS PROCEDIMENTOS

Espanação

Material (Panos macios, baldes, água, equipamentos de proteção individual)

Separar todo material que será utilizado e levá-lo para área a ser limpa.
Umedecer o pano no balde com água, torcê-lo para retirar o excesso da solução. Cada vez que verificar presença de sujidade lavar o pano mergulhando-o no balde para lavar.
Esfregar o local com movimentos longos e retos, segurando o pano frouxamente de maneira que absorva mais facilmente a sujidade.
Começar sempre limpando de cima para baixo
Procurar as manchas de sujeira mais fixadas sobre as superfícies e remova-as completamente.
Utilizar solução desinfetante nas áreas críticas e semicríticas.
Verificar a harmonia do local antes de sair
Lavar e guardar todo material de limpeza
Lavar e pendurar os equipamentos de proteção individual.

P. M. A
Fls. 1262
Ass.

Varrição

Material (balde, esfregão, mops, água, equipamentos de proteção individual, sinalização de segurança).

A varrição úmida deve ser feita diariamente e mais intensamente nas áreas de maior tráfego. Não utilizar vassoura nas áreas assistenciais, evitando a suspensão de partículas contaminantes.
Separar todo material que será utilizado e levá-lo para área a ser limpa.
Remover móveis, utensílios ou equipamentos do local se necessário.
Molhar o esfregão na água e remover o excesso de água
Aplicar sobre o piso, uma linha reta começando a limpeza do extremo da área, trabalhando progressivamente em direção a saída, sempre em linhas paralelas.
Utilizar o identificador de piso molhado, evitando circulação de pessoas na área a ser limpa.
Inspecionar seu trabalho, o piso não deve possuir vestígios de poeira ou resíduos.
Utilizar o equipamento de proteção individual, na execução do trabalho. Após o seu uso lavar e pendurar para secar.
Escolher o horário de menor tráfego para realizar a operação, evitando acidentes.
Nas clínicas odontológicas só realizar a limpeza do piso após terminar a limpeza dos equipamentos.

P. M. A
Fls. 1263
Ass.

Lavagem

Material (pano de chão lavado e limpo, balde, rodos, máquinas elétricas ou vassoura de piaçava, água, solução detergente e desinfetante, equipamentos de proteção individual, sinalização de segurança)

Retirar o mobiliário do local sempre que possível e iniciar o procedimento.
Despejar uma quantidade de água e sabão, procedendo a esfregação em sentido lateral com uso de máquina ou vassoura.
Esfregar toda a extensão traçando linhas paralelas.
Remova a água e o sabão com rodo e sear inicialmente com mop, torcendo o excesso em um balde. Evitar que a solução corra para outras dependências.
Proceder ao enxague.
Secar com rodo e mop limpo e seco
Os cantos devem ser limpos com vassouras, pois as máquinas não chegam até o mesmo.
Lavar sempre as dependências do fundo para a porta com exceção dos banheiros que devem ser lavados da entrada para o fundo.

LIMPEZA DE TETOS

Utilize óculos de proteção ou máscara de proteção facial, para realizar a limpeza do teto. A operação deve ser realizada antes de qualquer outra, respeitando sempre a ordem de cima para baixo e do fundo para a porta. Limpe os cantos removendo as teias de aranha ou outras sujeiras visíveis.

Material (escada, rodo, pano limpo, água, luvas, óculos de segurança)

Com o material no local subir na escada com um pano umedecido em água. Dobrar o pano em quadrados para obter mais faces de limpeza ou envolvê-lo em um rodo.
Fazer o uso da aplicação das linhas paralelas de forma que toda a área seja limpa.
Trocar a água da limpeza sempre que necessário
Inspecionar seu trabalho, lavar e guardar todo material utilizado no local indicado

P. M. A
Fls. 1264
Ass.

LIMPEZA DE JANELAS

Material (baldes, panos macios, esponjas, rodo de mão, escada, equipamento de proteção individual, óculos de segurança)

Remover os acessórios da janela (telas protetoras). Escovar ou lavar as telas.
Limpar o peitoril da janela, por dentro e por fora com pano úmido.
Limpar a janela primeiramente por fora com esponja e agente de limpeza.
Ao terminar a limpeza externa inicie a limpeza interna.
Comece a limpeza do alto a esquerda do vidro da janela e mover a sua mão para a direita. Quando alcançar o lado direito, volte para a esquerda, ligeiramente abaixo e continuar a limpeza dessa forma.
Utilizar pano macio para secagem. Realizar os mesmos movimentos recomendados para lavagem.
Inspecionar seu trabalho, limpe e guarde todo material
Lavar os equipamentos de proteção individual e guardá-los de forma adequada.

LAVAGEM DE PAREDES

Verificar o tipo de revestimento das paredes e adotar a técnica correta

Parede de Pintura Lavável

Material (baldes, panos macios, luvas, escadas, escova macia, solução detergente/desinfetante, equipamento de proteção individual, óculos de segurança)

Retirar o pó com rodo envolto com pano úmido de cima para baixo
Utilizar escada para limpeza
Mergulhar outro pano na solução de limpeza, torcendo para retirar o excesso. Passar o pano com auxílio de um rodo em linhas paralelas, sempre de cima para baixo.
Caso haja manchas na parede, utilizar escova macia com solução de limpeza no local.

P. M. A
Fls. 1263
Ass.

Encher um balde com água limpa para enxaguar, mergulhando o pano na água, torcendo-o para retirar o excesso. Realizar o enxágüe, com pano úmido, repetindo a ação.
Repetir a operação com um pano limpo quase seco com movimentos retos de cima para baixo em toda a área, a fim de secá-lo.
Inspecionar seu trabalho, limpar e guardar todo material

Para facilitar o trabalho, e evitar longos movimentos paralelos, dividir imaginariamente a parede ao meio, limpando primeiro a parte mais alta.

Parede Revestimento Cerâmico

Material (baldes, panos macios, luvas, escadas, escova macia, solução detergente/desinfetante, equipamento de proteção individual, óculos de segurança)

Colocar a solução de limpeza em um balde (água e sabão)
Mergulhar a esponja na solução, esfregando-a em movimentos únicos.
Iniciar a operação pela parte mais alta.
Enxaguar com pano embebido em água executando movimentos retos de cima para baixo.
Após a limpeza aplicar solução desinfetante com auxílio de um pano, realizando movimentos paralelos de cima para baixo.
Inspecionar seu trabalho e limpar todo material
Guardar os utensílios utilizados.

LIMPEZA DE PORTAS

Realizar essa operação após a limpeza das paredes.

Material (baldes, panos macios, luvas de borracha, solução de limpeza)

P. M. A
Fls. 1266
Ass.

Iniciar a operação com o material no local.
Com auxílio de um pano umedecido, remover o pó da porta em movimentos paralelos de cima para abaixo.
Aplicar a solução de limpeza com outro pano
Remover o sabão com pano umedecido.
Inspecionar seu trabalho e guardar o material de trabalho.
Evitar aplicar produtos em dobradiças e fechaduras
Limpar bem as maçanetas com soluções desinfetantes.

LIMPEZA DE PIAS

Material (solução desinfetante e solução detergente, esponja abrasiva, luvas de borracha, jarro, pano macio)

Juntar o material e levá-lo a área desejada.
Coloque as luvas de borracha
Molhar a esponja na solução de limpeza
Esfregue toda a pia, inclusive colunas e torneiras
Enxágüar a pia e o lavatório com água da própria torneira (utilize um jarro)
Utilizar escovas de cerdas para remoção da sujeira aderida
Executar movimentos da extremidade para o centro da cuba
Lavar e guardar o equipamento de proteção individual utilizado.

P. M. A
Fls 1167
Ass.

LIMPEZA DE SANITÁRIOS

Material (baldes, solução detergente e desinfetante, esponja e/ou escova, luvas de borracha, pano e vassoura, equipamento de proteção individual)

Calçar luvas de borracha
Levantar a tampa dos vasos e puxar a descarga
Despejar hipoclorito de sódio a 1% dentre e nas bordas do vaso.
Esfregar cuidadosamente todo o interior do vaso com vassoura devendo atingir o mais fundo possível. Deixar em contato por 10 minutos, enquanto realiza a limpeza dos lavatórios.
Puxar a descarga para enxaguar o interior do vaso.
Remover a sujeira aderida, usando vassoura com saponáceo, até atingir a limpeza desejada.
Lavar a parte externa do vaso esfregando com um pano ou esponja molhados na solução detergente, tomando especial cuidado com as dobradiças
Enxaguar bem o vaso e o assento com jarro
Puxar a descarga para o enxágüe final do interior do vaso
Aplicar na parte externa do vaso a solução desinfetante.
Despejar pequenas quantidades do desinfetante dentro do vaso.

P. M. A
Fls. 1268
Ass.

LIMPEZA DE MÓVEIS E UTENSILIOS DE AÇO CROMADOS E FORMICAS

Superfícies diferentes dos moveis seguir a técnica básica de limpeza geral
Pano macio e solução de água e sabão neutro em balde
Utilizar esponjas macias ou escovas de cerdas macias para remoção da sujidade aderida.
Realizar fricção com leve pressão, utilizando sempre sentido único nos movimentos.
Remover com pano macio úmido, trocando a fase do pano e trocando a água quantas vezes forem necessárias, até que a água esteja limpa.
Realizar a desinfecção com álcool 70% quando for recomendado.

PRODUTOS DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO

A utilização de produtos de limpeza e de desinfecção, quando for o caso, precisa estar de acordo com as determinações da Comissão de controle e infecção da instituição se houver. A sua seleção também deverá considerar os seguintes critérios:

- Natureza da superfície a ser limpa ou desinfetada, e se pode sofrer corrosão ou ataque químico.
- Tipo e grau de sujidade e sua forma de eliminação.
- Tipo de contaminação e sua forma de eliminação, observando microrganismos envolvidos, com ou sem matéria orgânica presente.
- Qualidade da água e sua influência na limpeza e desinfecção.
- Método de limpeza e desinfecção, tipo de máquina e acessórios existentes.

Medidas de segurança na manipulação e uso. Caso o germicida entre em contato direto com funcionários, considerar a irritação dérmica e toxidade.

P. M. A
Fls. 1269
Ass.

Produtos Químicos

Todos os produtos químicos apresentam algum risco para quem os manuseia. O ideal é que a empresa responsável pelo fornecimento oriente e treine os usuários, demonstrando como utilizar corretamente e sem riscos para a saúde e/ou para as áreas a serem limpas, com o uso de medidas simples como a utilização de EPI (Equipamento de Proteção Individual)

Em qualquer diluição de produtos concentrados, os usuários devem seguir as orientações do fabricante para obter o resultado esperado. As diluições devem ser feitas com muito cuidado, evitando respingos de produtos concentrados, tanto no auxiliar de limpeza como no ambiente onde está sendo feita a manipulação. Alguns produtos, principalmente os concentrados, podem causar irritação na pele, olhos, mucosas e até queimaduras nos operadores. Deve-se estar atentos às dosagens recomendadas, uma vez que nas dosagens manuais podem ocorrer erros na diluição, o que inclusive compromete a eficácia do produto. O recipiente onde está sendo diluído o produto deve estar limpo e ser lavado entre a diluição de um produto e outro. As diluições devem ser feitas sempre acrescentado ao produto água e não ao contrário, é obrigatório utilizar sempre um dosador para proceder à diluição.

O armazenamento deve ser feito em locais onde a temperatura ambiente não apresente calor ou frio excessivos, distante de crianças e animais e/ou conforme outras orientações do fabricante, além de sempre estarem devidamente identificados. Produtos são conhecidos por seus nomes e não por suas cores. Um cuidado adicional é o de armazenar a solução de uso em recipientes fechados, evitando a contaminação do mesmo.

Engano comum no manuseio de produtos químicos para limpeza é achar que misturar produtos aumenta eficácia, o que não é verdade. Essa mistura pode produzir gases tóxicos, níveis de calor perigosos, danos a saúde e ao meio ambiente, sem contar que a mistura pode neutralizar os produtos, invalidando a aplicação.

P. M. A
Fls. 1270
Ass.

PROTOCOLO DO USO DE EPI

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI

AVENTAL IMPERMEÁVEL	Protege contra o contato com fluidos orgânicos e contra umidade gerada pelo aerossol e respingos provenientes dos procedimentos de limpeza e desinfecção de artigos e superfícies, e de acidente térmico, mecânico e químico. O **impermeável** deve ser usado nos procedimentos de limpeza e desinfecção de artigos e superfícies, sendo que para o profissional de limpeza protege a roupa contra umidade.
MÁSCARA CIRURGICA	Indicada para área de isolamento, recolhimento de resíduo, diluição de produtos, vidrarias de laboratório, etc. **OBS.:** A máscara não deve ser tocada com as mãos enluvadas
MASCARA PFF2 E N95	Proteção contra névoas químicas, durante o preparo de soluções concentradas; Troca a cada 10 dias, descartar em lixo demarcado como contaminado.
ÓCULOS DE PROTEÇÃO	Utilizado nos procedimentos de limpeza e desinfecção de superfícies quando houver risco de contaminação por secreções, aerossóis e produtos químicos. Protege os olhos do impacto de partículas volantes, de luminosidade intensa, de radiação ultravioleta e de respingos de produtos químicos e material biológico. Deve ser confortável, ter boa vedação, ser transparente, permitir lavagem com água e sabão e desinfecção quando indicada.

P. M. A
Fls. 127
Ass.

TOUCA DESCARTÁVEL	Deve ser utilizado nas atividades onde há possibilidades de respingo de liquidos, e para limpeza de áreas acima do nível da cabeça, ou onde há projeção de poeira(teto, parede, janela etc.). A touca deverá cobrir todo o cabelo. Desprezar ao final do período descartando em lixo contaminado.
BOTAS	Indicada para as atividades de lavagem em geral.
SAPATO FECHADO IMPERMEÁVEL	Utilizar em todos os processos de limpeza, faz parte do uniforme do profissional.
LUVAS DE BORRACHA	Para a proteção das mãos, sendo usadas duas colorações: **VERDE** - usadas nas superfícies onde a sujidade é maior (Ex: lixeiras, pisos, banheiro, rodizios de mobiliários, janelas, tubulações na parte alta, etc.). **AMARELA** – usadas em mobiliários (Ex: cama do paciente, mesa, cadeiras, paredes, portas e portais, pias, etc).

A escolha do EPI dependerá do procedimento a ser realizado pelo profissional.
Os EPI não descartáveis são de uso individual. Quando for atingido por sangue/secreções, deve ser higienizado após o uso. Diariamente os calçados, luvas e avental de borracha, devem ser lavados, desinfetados, secos e armazenados em local arejado.

Atenção! Todos os equipamentos de proteção individual (EPI), duraveis ou descartáveis deve obrigatóriamente, ser fornecido e/ou dispensados somente com a assinatura do profissional em formulário padrão individual.

P. M. A
Fls. 1272
Ass.

PROTOCOLO DE COLETA DE LIXO

Recolher o lixo antes de qualquer tipo de limpeza.
As lixeiras deverão ser esvaziadas ao atingir 2/3 de sua capacidade.
Lavar as lixeiras diariamente e sempre que necessário.
O lixo deve ser recolhido sempre que for necessário.
Acondicionar o resíduo biológico (Resolução 306-ANVISA, 358 CONAMA e NT 426001 - COMLURB) em saco plástico branco leitoso.
Acondicionar o resíduo comum (Resolução 306-ANVISA e 358 CONAMA e NT
426001 - COMLURB) em saco plástico nas cores verde, azul ou outra cor que o EAS (estabelecimento de assistência a saúde) recomendar.
O EAS que adotar o sistema de reciclagem, acondicioná-los em sacos transparentes (Lei municipal 3273 de.2001 -COMLURB). Manter os recipientes de lixo em locais afastados do tráfego de pessoas e fechados.
Não colocar sacos de lixo pelos corredores, os mesmos devem ser armazenados no container do abrigo interno e encaminhados para o abrigo externo. No setor que não dispor de abrigo interno os resíduos deverão ser transportados (em container) para o abrigo externo.
As caixas para materiais perfurocortante, deverão ser transportadas em container específico, alternando com os outros tipos de resíduos.
Não desprezar o conteúdo de um saco de lixo em outro saco maior.
O carrinho que transporta o lixo não deve ser deixado nos corredores e nem em outro local de acesso a paciente, funcionários e ao público.
No caso de haver derramamento de resíduos no piso ou em outra superfície, o mesmo deverá ser removido. Em seguida, proceder a técnica de limpeza do local, seguida por desinfecção quando necessário.

P. M. A
Fls. 1273
Ass.

A descrição dos tipos de resíduos está ilustrada na figura 02.









P. M. A
Fls. 1274
Ass.

PRINCÍPIOS BÁSICOS NA OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE LIMPEZA

- ✓ Utilizar equipamento de proteção individual (EPI), sempre.
- ✓ Começar do ambiente menos contaminado para o mais contaminado.
- ✓ Iniciar a limpeza pelo teto ou áreas mais altas.
- ✓ Proceder a varredura úmida.
- ✓ Corredores: dividir corredor ao meio, deixando um lado livre para o trânsito de pessoal enquanto procede a limpeza do outro.
- ✓ Usar a técnica de dois ou três baldes:
- ► Área crítica, usar três baldes:
- Balde 1: Água pura;
- Balde 2: Água e sabão;
- Balde 3: Com solução padronizada desinfetante
- ► Área semi-crítica e não-crítica, usar dois baldes:
- Balde 1: Água pura
- Balde 2: Água e sabão.
- ✓ Limpar em único sentido, de cima para baixo e em linhas paralelas, nunca em movimentos de vai e vem.
- ✓ Nos banheiros, lavar por último o vaso sanitário, onde será desprezada toda água suja (contaminada).
- ✓ Todo material usado para limpeza (baldes, panos, vassouras etc.), deverá ser limpo e guardado em local apropriado.
- ✓ Não utilizar material de limpeza de pisos e banheiros, na limpeza de móveis e de outras superfícies.
- ✓ Ao término da limpeza de cada área, o material deverá ser lavado em água corrente, com detergente neutro, assim como proceder à troca da água e/ou da solução utilizada.
- ✓ Manter todos os pisos higienizados.
- ✓ Os equipamentos metálicos ou de madeira, devem ser limpos com água e pano úmido, usando detergente conforme a necessidade.
- ✓ Os equipamentos elétricos e eletrônicos devem ser limpos com pano seco.
- ✓ Os corredores devem ser limpos após todas as outras superfícies.
- ✓ As águas devem ser renovadas de sala para sala, os panos devem ser higienizados de superfície para superfície.
- ✓ Não tocar em maçanetas, telefones ou superfícies limpas calçando as luvas de trabalho.

P. M. A
Fls. 1275
Ass.

EPIs PARA O TRABALHO HOSPITALAR

Cada colaborador(a) deverá utilizar o seu equipamento, adequando para cada tipo de trabalho

1. **MÁSCARA CIRÚRGICA:** utilizar somente no setor de Isolamento de Gotícula e Contato (Sarampo/Diarréia / bactérias Multiresistentes etc.), limpeza terminal.
2. **MÁSCARA N95:** Utilizar somente em casos de risco de contágio com isolamento de aerosóis (Ex: Meningite/Tuberculose) e na limpeza terminal e concorrente.
3. **GORRO / TOUCA:** Serve como dupla proteção, tanto contra particulas que possam contaminar os profissionais, quanto previne que o cabelo do profissional contamine o paciente.
4. **AVENTAL:** Vestimenta para a proteção da pele do profissional e para evitar o contato direto com secreções.
5. **LUVAS DE PROCEDIMENTOS**: É fundamental para a proteção da pele, para evitar contato direto com material biológico e produtos químicos utilizados para limpeza concorrente de mobiliários e áreas semicríticas.
6. **ÓCULOS DE PROTEÇÃO:** Utilizar, principalmente para situações em que corre o risco de contaminar os olhos com secreções ou agente contaminante do meio (limpeza terminal de tetos/paredes/isolamentos).
7. **LUVAS DE BORRACHA**: É fundamental para a proteção da pele para evitar o contato direto com material biológico e produtos químicos utilizados para limpezas concorrente, como o terminal das áreas críticas e semicríticas.
8. **SAPATOS DE BORRACHA:** Para evitar que as unhas recebam contaminação bacteriana ou viral durante ou após procedimento hospitalar.

ORIENTAÇÕES ESPECIFICAS EM UNIDADES DE ISOLAMENTO

EM CASOS DE PACIENTES GRAVES / INTERNADOS:

Ao entrar no quarto/isolamento:

Paramentar-se com: Máscara Cirúrgica/Avental Descartável/Gorro/Óculos de Proteção/Luvas Emborrachadas.

OBS: Ao retirar os EPIS descartável, sempre tomar o cuidado para não se contaminar.

EM CASOS DA LIMPEZA TERMINAL E SANITÁRIOS HOSPITALAR:

Ao entrar no quarto/Sanitários:

Paramentar-se com: Máscara Cirúrgica/Avental Descartável/Gorro/Óculos de Proteção/Luvas Emborrachadas.

OBS: Ao retirar os EPIS descartável, sempre tomar o cuidado para não se contaminar.

P. M. A
Fls. 1276
Ass.

AO CIRCULAR PELO AMBIENTE HOSPITALAR:

Paramentar-se com Máscara Cirúrgica e Luvas de Procedimento.

Como higienizar as luvas de borrachas após o uso:

- Com as luvas ainda calçadas, lavar as mãos com a técnica correta;
- Secá-las com papel, ainda calçadas;
- Passar álcool gel, ainda calçadas
- Retirá-las pelas pontas dos dedos puxando as mãos para trás usando as próprias luvas e colocá-las dentro da caixa plástica.

PASSO A PASSO PARA RETIRAR O EPI

COMO RETIRAR O EPI?

1. **SEGUIR A SEQUÊNCIA RECOMENDADA RIGOROSAMENTE:**
2. **RETIRAR OS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NA ANTECÂMERA.**
3. **RETIRARA AS LUVAS.**
4. **HIGIENIZAR AS MÃOS COM ÁLCOOL GEL.**
5. **RETIRAR O AVENTAL.**
6. **HIGIENIZAR AS MÃOS COM ÁLCOOL GEL.**
7. **RETIRAR O GORRO.**
8. **HIGIENIZAR AS MÃOS COM ÁLCOOL GEL.**
9. **RETIRAR OS ÓCULOS DE PROTEÇÃO.**
10. **HIGIENIZAR OS ÓCULOS COM ÁLCOOL.**
11. **HIGIENIZAR AS MÃOS COM ÁLCOOL GEL.**
12. **RETIRAR A MÁSCARA, COLOCAR EM SACO PLÁSTICO INDIVIDUAL E IDENTIFICAR COM SEU NOME.**
13. **HIGIENIZAR AS MÃOS COM ÁLCOOL E GEL.**

P. M. A
Fls. 1277
Ass.

COVID-19

Public Health England

Quick guide

Removal of (doffing) personal protective equipment (PPE)

PPE should be removed in an order that minimises the potential for cross contamination.

The order of removal of PPE is as follows:

1 **Gloves –** the outsides of the gloves are contaminated



Clean hands with alcohol gel

2 **Gown –** the front of the gown and sleeves will be contaminated



3 **Eye protection -** the outside will be contaminated



4 **Respirator** Clean hands with alcohol hand rub. Do not touch the front of the respirator as it will be contaminated



5 Wash hands with soap and water



P. M. A
Fls. 1279
Ass.

REFERÊNCIA:

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Higiene, Desinfecção Ambiental e Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde**. 3ª ed. São Paulo: APECIH, 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília: Anvisa, 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília: Anvisa, 2022.

FERNANDES, A. T. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2023.

P. M. A
Fls. 1274
Ass.

2.2.4 SEGURANÇA – CONTROLE DE ACESSO

2.2.4.1 OBJETIVO

Estabelecer normas e procedimentos que propiciem ações padronizadas e seguras

Para o controle do acesso e da circulação interna de pessoas necessários para gerenciar as atividades desenvolvidas nas Unidades de Saúde, além de garantir a segurança do local e do público que circula em suas dependências no complexo predial

MATERIAL

Não se aplica.

2.2.4.2 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

2.2.4.2.1 DA POSTURA DO CONTROLADOR DE ACESSO:

- Estar devidamente uniformizado;
- Manter limpo e em bom estado de conservação o uniforme em uso;
- Manter uso permanente do crachá e em local visível;
- Uso moderado de perfume.
- Não fazer uso de boné, gorros, bandanas etc.
- Evitar o consumo de alimentos e bebidas no local de trabalho, reservando para tal o horário de lanche e descanso previamente estabelecido;
- Observar as instruções disciplinares do local de trabalho.
- Cabe ainda ao controlador de acesso como os demais profissionais, zelar para o bom uso do patrimônio público disponibilizado para o serviço de apoio e assistência.

2.2.4.2.2 DA ÉTICA

DA CONDUTA DO FUNCIONÁRIO:

Preservar a privacidade do paciente ou de quem a ele acompanhar, não fornecendo seus dados pessoais.

Atender a todos com cortesia e presteza, prestando-lhes as informações pertinentes ao funcionamento da Unidade e seu local de trabalho.

P. M. A
Fls. 1280
Ass.

DA PONTUALIDADE E DA ASSIDUIDADE

Apresentar-se no local de trabalho, no horário estabelecido;

Informar sempre a chefia imediata se necessária a ausentar, por algum período determinado.

Na impossibilidade de comparecer ao trabalho, informar o fato para o responsável imediato, ou RH local, com a máxima antecedência, para que a empresa providencie substituto para o posto de trabalho.

2.2.4.3 DOS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS (PADRONIZAÇÃO DO ATENDIMENTO)

- Assumir o posto de trabalho de acordo com a escala;
- Acessar as planilhas de registro ou Sistema disponibilizado (Controle de acompanhantes, visitantes e internos);
- Gerenciar o fluxo de clientes previamente identificados pelo recepcionista;
- Verificar o nome do paciente e em qual enfermaria está internado, para troca de visita ou acompanhante;
- Cadastrar os visitantes em uma planilha, contendo obrigatoriamente as seguintes informações: nome do visitante, número do documento, número do leito a ser visitado, data e hora da entrada e nome do paciente;
- Manter organizado o processo de visita, conforme a Padronização de Horários previamente estabelecidos.
- Entregar cartão de acesso ou pulseira de identificação para o Visitante/Acompanhante, que deverá ser fixado em local visível enquanto o usuário permanecer na instituição;

Obs.: Na falta de cartão de acesso, a identificação dos visitantes poderá ser feita com adesivos contendo as seguintes informações: Número do Leito e data da visita.

Caso já estejam registrados no sistema ou planilha 2 (dois) visitantes para o paciente, outro cadastro não poderá ser realizado, exceto em caso de autorização por escrito do Setor de Enfermagem, no caso de pacientes críticos ou internos da Unidade de Terapia Intensiva – UTI, será autorizado a entrada de apenas 01 visitante, onde ainda será considerado o quadro clínico do paciente.

Realizar disponibilização de chaves para uso de salas no hospital, mediante autorização prévia do gestor administrativo, sendo PROIBIDO o empréstimo de chaves sem a devida reserva no setor responsável.

Controlar as chaves disponibilizadas através de registro no caderno de protocolo, onde deverá ficar registrado, o nome e telefone do usuário.

P. M. A
Fls. 128
Ass.

Conferir o quadro de chaves antes da troca de turno e no final do turno e Comunicar os setores administrativos, por telefone, sobre a chegada de representantes/visitantes.

2.2.4.4 HORÁRIOS DE VISITAS E TROCAS DE ACOMPANHATES

2.2.4.4.1 AS VISITAS AOS PACIENTES OCORRERÃO CONFORME AS REGRAS PREVIAMENTE ESTIPULADAS NA UNIDADE DE SAÚDE.

Horário de visita: _____

Horário de troca de acompanhantes: _____

*nos casos de pacientes idosos ou portadores de necessidades especiais, este horário poderá ser flexibilizado.

Enfermarias: _____Poderão visitar 2 pessoas por vez

Pediatria: _____ Poderá visitar 1 pessoa por vez ao dia e por leito. Pai e mãe tem acesso liberado até as 22h00.

OBSERVAÇÕES

- A apresentação do documento no celular (próprio) da pessoa supre a falta da documentação, devendo constar essa informação no campo observação do cadastro da pessoa.
- Fica liberado o acesso sem o crachá de visitante em áreas de circulação, para os fiscais do trabalho, auditores do trabalho ou autoridade do Ministério do Trabalho, e Conselhos de Classe, autoridades municipais (prefeitos, vereadores e secretários), mediante apresentação da carteira funcional que permita a identificação, devendo ser comunicado imediatamente ao gestor local, respeitando o direito de privacidade dos pacientes internos, visando o atendimento humanizado.
- Não será permitida a entrada de alimentos para pacientes e/ou acompanhantes, salvo mediante autorização expressa do Serviço de Nutrição.
- Os pacientes em isolamento respiratório poderão receber visitas, desde que as medidas de precaução sejam adotadas.
- Visitas às áreas administrativas deverão ser previamente comunicadas e autorizadas por quem for recebê-las;
- Visitas ou troca de acompanhantes fora do horário poderão ser realizadas apenas com autorização escrita pela enfermagem e serviço social.
- Caso a paciente seja lactante, o fato deverá ser comunicado ao setor da enfermaria responsável, para que o enfermeiro encarregado tome as providências e autorize a entrada do bebê para amamentação.

P. M. A
Fls. 1882
Ass.

A autorização deverá ser feita no formulário de entrada especial. O ato de amamentação deverá ser realizado na Pediatria, conforme procedimento que já se realiza naquele setor.

- Lei 14.737/23 assegura às mulheres o direito de serem acompanhadas por pessoa maior de idade durante todo o período do atendimento em unidades de saúde, públicas ou privadas.

2.2.4.4.2 CONDIÇÕES PARA INGRESSO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DURANTE O HORÁRIO REGULAR DE VISITA AOS PACIENTES INTERNADOS, DE ACORDO COMO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (1990)

- As crianças ou adolescentes serão instruídos previamente sobre as regras, cuidados e rotinas a serem observados durante a visita;
- As crianças ou adolescentes deverão permanecer acompanhadas por um adulto responsável durante todo o tempo de visita;

O ingresso de crianças e adolescentes poderá ser vetado no caso de:

- Recusa do paciente em receber a visita;
- Paciente ou visitante com doença infecto transmissível por via aérea, contato direto ou fômites (após avaliação da equipe assistencial);
- Paciente ou visitante com deficiência do sistema imunológico;
- Visitantes com comportamentos incompatíveis com a tranquilidade, segurança e higiene do local de internação;
- Contraindicação médica devidamente fundamentada, registrada no prontuário do paciente;

O ingresso de crianças e adolescentes poderá ser postergado no caso de:

- Necessidade de realização de exames ou procedimentos no paciente visitado ou outro no mesmo quarto;
- Motivos de força maior;
- No caso de pacientes internados em unidade de terapia intensiva, adulta ou infantil, o estabelecimento de saúde poderá condicionar o ingresso de crianças e adolescentes à avaliação médica ou psicológica acerca da conveniência dessa visita para a saúde mental do visitante.

P. M. A
Fls. 1283
Ass.

2.2.4.4.3 CUSTODIADOS

- É proibida a visita a pessoas custodiadas (detentas/reclusas), salvo com prévia autorização escrita pela autoridade competente (delegado, juiz) a ser entregue pelo agente penitenciário à recepção do hospital. Estes agentes deverão também assinar o formulário da recepção de "Autorização de Visita a Acautelado". Menores de idade, também custodiados, passam pelo mesmo fluxo.

2.2.4.4.4 DA VISITA RELIGIOSA

- Considerando a Constituição Federal de 1988, art. 5º, inciso VII, que assegura a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva;
- Considerando a portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, mormente o apresentado no art. 4º, parágrafo único, que garante o direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe no inciso XIV o recebimento de visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança da rotina de tratamento e do estabelecimento e ameaça à segurança ou perturbações a si ou aos outros;
- Considerando a lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000, que trata da prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, especialmente o disposto no art. 1º que assegura aos religiosos de todas as confissões o acesso aos hospitais para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com seus familiares no caso de pacientes que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais e no art. 2º que estabelece que os religiosos chamados a prestar assistência nas entidades deverão em suas atividades acatar as determinações legais e normas internas de cada instituição hospitalar, a fim de não pôr em risco as condições do paciente ou a segurança do ambiente hospitalar e;
- Considerando a Diretriz do Instituto que defende um rol mínimo de atividades de humanização, entre elas a visita aberta e o direito ao acompanhante, incluindo a visita religiosa aos internados;
- O Instituto São Lucas entende, de modo a assegurar a visita religiosa aos usuários, ser possível três modalidades para a realização da visita religiosa:
- Visita religiosa no horário normal destinado às visitas: o religioso se apresenta na recepção e o funcionário autoriza/libera a visita, respeitando as diretrizes previstas em POP de apoio de Capelania.

P. M. A
Fls. 1284
Ass.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** visita aberta e direito a acompanhante / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 32 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

– Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Serviço de Gestão da Qualidade. Coordenadoria de Gestão da Clínica. Diretoria de atenção à Saúde. **Diretriz Ebserh de Humanização:** assistência humanizada para melhoria da qualidade em saúde. Brasília, 2018. 1ª ed. Série "Diretrizes Ebserh sobre Humanização".

– **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt- br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/publicacoes/eca-2023.pdf Acesso em: 30 jan. 2023.

– **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 30 jan. 2023.

– **Lei nº 9.982**, de 14 de julho de 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9982.htm Acesso em: 30 jan. 2023.

– **Portaria nº 1.820**, de 13 de agosto de 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html Acesso em 30 jan. 2023

P. M. A
Fls. 1284
Ass.

2.2.4.5 CÂMERAS DE SEGURANÇA

2.2.4.5.1 INTRODUÇÃO

O baixo controle nas entradas e saídas dos hospitais públicos revelados recentemente pela grande mídia denotam a baixa segurança que pacientes, familiares e equipe técnica vive cotidianamente – especialmente na rede pública de saúde. Segundo algumas reportagens, bastou que o jornalista estivesse trajando branco para acessar todas as áreas do hospital sem apresentar qualquer identificação.

O hospital é um organismo de gestão complexa por compreender trabalhos de hotelaria, lavanderia, serviços médicos, vigilância, restaurantes, atendimento a pacientes etc. Por isso, casos de roubo de medicamentos, fuga de pacientes, alto fluxo de desconhecidos, roubo de crianças e até assassinatos por desligamento de aparelhos vitais não são incomuns.

A questão da segurança patrimonial hospitalar é tão relevante que está presente em dois dos principais manuais de acreditação internacional: o da Organização Nacional da Acreditação (ONA) e o da *Joint Comission International* (JCI). Algumas das mais importantes entidades do setor, tanto brasileiras como estrangeiras, contam com grupos de estudos especializados no tema. É o caso da Associação Brasileira de Profissionais de Segurança (Abseg) e Associação Brasileira dos Profissionais de Segurança Orgânica (ABSO), além da norte-americana *International Association for Healthcare Safety and Security*(IAHSS).

O aumento crescente da violência no mundo afeta a todos os segmentos, inclusive o hospitalar. Por isso, é dever da instituição implantar controles de acesso eficientes, visando maior segurança e tranquilidade na rotina de médicos, enfermeiros, equipe administrativa, pacientes e acompanhantes. O sistema de monitoramento e controle de acesso foi, portanto, idealizado para dar mais segurança às unidades hospitalares, por meio de catracas com identificação biométrica, portas automáticas controladas, por exemplo, ou a instalação de câmeras quem filmam em alta resolução.

Atualmente, alguns centros de excelência e referência no setor no Brasil, como os hospitais São Luiz, Albert Einstein e Sírio Libanês, já utilizam tecnologias que permitem o controle mais eficiente do fluxo operacional – seja de pessoas ou de medicamentos. Os sistemas de acesso asseguram alto nível de controle da circulação de pessoas em áreas sensíveis como farmácia, necrotério, centros cirúrgicos etc. Outra ferramenta importante é o monitoramento por imagens, com o objetivo de combater ações de violência, roubos e furtos no ambiente. Mais adotado na rede hospitalar particular, essa captação e gravação de imagens é feita por câmeras, com vistas a oferecer mais conforto tanto para pacientes como a equipe que trabalha no local.

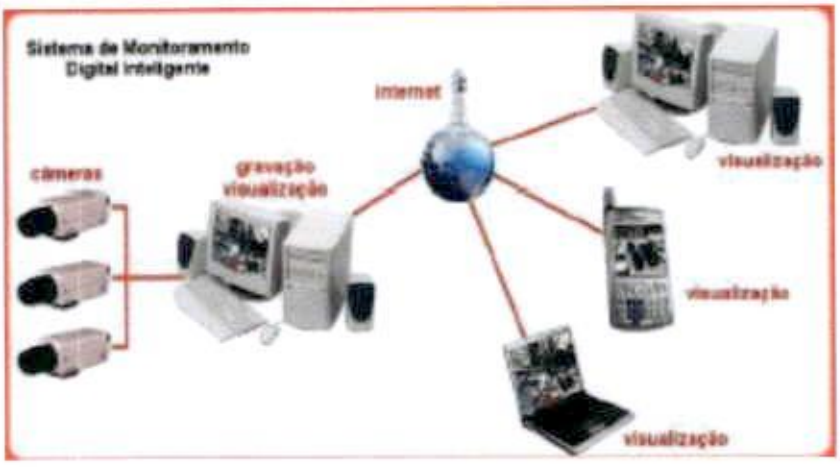
Assim, o acesso não somente às alas internas **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã,** mas também a entrada e saída de veículos têm igual importância. Um processo ágil, definido a partir de um cadastro único de pessoal técnico e visitante, pode definir o acesso ao local. Da mesma forma, a automatização restringiria o acesso de não cadastrados a remédios, por exemplo, aumentando a segurança do ambiente.

P. M. A
Fls. 1286
Ass.

As mais recentes soluções da indústria permitem definir uma política personalizada de controle de acesso para pessoas e carros dentro da área dos equipamentos de saúde. Se o local permite apenas três ocupantes por dia, o sistema se encarrega de controlar tudo: quem esteve na sala, em qual horário e quando saiu.

Na área farmacêutica, as soluções de controle de acesso também podem estar presentes. É possível acompanhar quais dos enfermeiros e médicos autorizados tiveram acesso aos armários de remédios, principalmente aqueles com tarja preta – os mais controlados. Além disso, o desempenho do sistema é totalmente mensurável, antevendo fatos negativos que possam vir a acontecer, além de sanar problemas já detectados por estes.

2.2.4.5.2 IMPLANTAÇÃO



As câmeras são conectadas ao dispositivo de visualização e gravação, a fim de gravar as imagens capturadas em um disco rígido. Este é conectado, via internet, a outros equipamentos de visualização, tais como computadores, notebooks e dispositivos móveis.



P. M. A
Fls. 287
Ass.

A figura 2 demonstra a conexão direta com a internet através de um roteador, sem a necessidade de um computador para intermediar essa conexão. Quando é feita a conexão no ambiente de rede (esta pode ser interna ou mesmo aberta para a internet), a câmera se encarrega de criar um endereço IP, e dentre outras vantagens ainda trabalha com criptografia Wireless (sem fio), proporcionando mais segurança e versatilidade para um sistema de monitoramento.

Sendo outra grande vantagem senão a principal do uso da câmera IP a sua comodidade e facilidade ao permitir que o sistema de vigilância possa ser acessado, controlado e configurado remotamente, pela rede de internet com toda segurança através de uma senha de qualquer lugar que estiver e tudo isso em tempo real.



A figura 3 demonstra uma arquitetura de monitoramento por câmeras completo, utilizando além da câmera IP, um aparelho DVR Stand Alone responsável por gravar imagens e áudio, além de controlar as câmeras e fazer a conexão destas com os dispositivos de acesso e com a internet, gerenciando a monitoração.

2.2.4.5.3 SOBRE O SISTEMA

O sistema ajuda a melhorar a produtividade dos funcionários - A presença de câmeras IP de vigilância nas dependências do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã** pode melhorar a comunicação entre os departamentos ou entre edifícios, permitindo aumento da produtividade em alguns setores.

P. M. A
Fls. 1238
Ass.

Evitar alegações falsas ou desonestas, nos casos em que os pacientes ou visitantes falsamente alegam ter se ferido nas dependências do hospital, uma gravação de uma câmera IP pode desmentir tais afirmações, salvando o hospital de processos injustificados.

Resolução de litígios de empregados - Disputas com funcionário são facilmente resolvidas quando uma prova visual clara está disponível. Câmeras IP de vigilância podem elucidar fatos sobre os incidentes em questão.

Monitoramento Contínuo em tempo real - Câmeras IP permitem que os funcionários do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã** autorizados possam monitorar áreas críticas de forma contínua, em tempo real, a partir de seus computadores pessoais.

Armazenamento digital - Os Sistemas IP podem aproveitar os benefícios do armazenamento digital. Câmeras IP permitem o armazenamento de imagens gravadas digitalmente diretamente em **NVRs**, onde o vídeo pode ser facilmente acessado por usuários autorizados, com alta capacidade e segurança.

Evidência visual para investigações - Câmeras IP de vigilância podem fornecer evidências visuais de valor inestimável para as investigações de atividades criminosas e outros eventos específicos que tiveram lugar dentro ou em torno de unidades de saúde.

Monitoramento remoto de vídeo - Monitoramento remoto é uma ferramenta extremamente útil em instalações médicas. Vigilância IP permite que os funcionários do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã** possam ver câmeras de segurança remotamente a partir de qualquer PC com acesso à rede. Vários sites podem se comunicar através da mesma rede, com todos as câmeras acessíveis on-line, através da Internet.

2.2.4.5.4 CONFIGURAÇÃO DE CÂMERAS IP DE SEGURANÇA EM INSTALAÇÕES MÉDICAS

É importante considerar alguns fatores durante o desenvolvimento do projeto e instalação de um sistema de câmeras IP em uma unidade de saúde:

- Já existe algum sistema de Monitoramento atualmente instalado?
- A instalação será feita em conjunto com o pessoal da segurança?
- O hospital possui vários edifícios?
- Existe um estacionamento do próprio hospital?
- Existe relatos de atividades criminosas no local?
- Existe histórico de arrombamentos no hospital?
- Tem havido qualquer tipo de problemas com funcionários, pacientes ou visitantes que justifiquem investigação visual?

P. M. A
Fls. 124
Ass.

- O PA tem gasto grandes montantes financeiros com processos que não puderam ser contestados nem desmentidas?
- Quais são as áreas mais críticas da instalação que exigem monitoramento mais rígido?

2.2.4.5.5 ORIENTAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO

- Coloque câmeras IP de segurança próximas de todas entradas e saídas, a fim de capturar imagens daqueles que entram e saem das instalações.
- Corredores do hospital devem ser monitorados para controlar o fluxo de pessoas e eventos no interior da instalação.
- Utilize câmeras de alta definição para vigiar os estacionamentos do PA e áreas de carga e descarga.
- Instale câmeras de segurança nos acessos a áreas restritas para garantir que somente pessoas autorizadas tenham acesso.
- Posicione câmeras dentro e fora das instalações.

2.2.4.5.6 PREMISSAS PARA INSTALAÇÃO

- A quantidade de câmeras deverá ser o suficiente para que a **Secretaria Municipal de Aripuanã** acompanhe o fluxo de atendimento em todas as unidades gerenciadas pelo **ISSSL.**
- Obrigatoriamente existirão câmeras em pontos estratégicos como a recepção, corredores, salas de espera e câmeras externas que cubram visualização dos equipamentos de saúde
- Serão disponibilizados links de acesso compartilhado com a **Secretaria de Saúde de Aripuanã** para visualização das imagens em tempo real.

P. M. A
Fls. 1280
Ass.

2.2.5 CENTRAL DE GASES MEDICINAIS

2.2.5.1 INTRODUÇÃO

As instituições de saúde têm a necessidade de vários insumos para que ocorra o bom funcionamento de seus equipamentos e dos serviços prestados. Além dos insumos básicos, também se faz necessário o fornecimento adequado de insumos específicos como gases medicinais, vácuo e outros. Os gases medicinais devem ser distribuídos a todos os setores que deles necessitam possuindo uma grande rede de tubulações e outros acessórios para garantir que esses insumos fiquem dentro da faixa de fluxo, pressão, temperatura e segurança necessárias. Além disso, devem manter as características químicas para que não prejudique os equipamentos nem tão pouco os pacientes.

O **ISSSL** partiu do princípio de que o tema em questão venha minimizar os riscos inerentes ao assunto abordado. Muitos riscos estão associados a gases medicinais em instituições de saúde devido à sua extensa utilização, sendo o treinamento o maior fator de segurança para os funcionários e pacientes.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária o manuseio e armazenagem seguros de cilindros e as intervenções seguras quanto às instalações centralizadas de gases medicinais podem ser a diferença entre a vida ou a morte de pacientes e até de funcionários ou terceiros. Portanto é necessário seguir alguns cuidados básicos em relação ao manuseio, movimentação, armazenagem, separação de cilindros, abastecimento, transporte, entre outros.

Assim como o corpo humano requer alguns cuidados, o mesmo ocorre com a central de gases medicinais em um ambiente de saúde. Para ter um desempenho satisfatório é necessário que o fornecimento de gases (em cilindros ou criogênicos) obedeçam a alguns parâmetros como: sua distribuição, perigos, manuseio e abastecimento dos insumos e sejam adequados para o bom andamento de todos os setores onde se faz necessário a utilização de gases medicinais. Se o bom andamento na central de gases medicinais não ocorrer, acarretará grandes problemas às instalações hospitalares, podendo levar pacientes ao óbito.

A central de gases medicinais por estar constantemente ligada à área da saúde e consequentemente envolver vidas, seja a de funcionários ou de pacientes, necessita de vistoria diária nos setores que possuam rede de distribuição através de cilindros ou através dos tanques criogênicos.

Os gases medicinais devem ser distribuídos a qualquer ponto da instituição, onde seja necessário e também possuir extensa rede de tubulações, válvulas e registros que irão garantir que os insumos fornecidos possam ficar dentro dos moldes adequados de funcionamento como faixas de pressão, fluxo, segurança e temperaturas recomendadas, para não prejudicar de forma alguns pacientes ou qualquer tipo de equipamento.

Os cilindros são ligados ao sistema de gases por intermédio de tubulações. Tais instalações podem ser compostas por vários cilindros para suprir a quantidade de gás a um ou vários reguladores, que vão reduzir a pressão do gás para enviar a rede de alimentação e não danificar o sistema.

P. M. A
Fls. 1291
Ass.

2.2.5.2 GASES MEDICINAIS

Gases medicinais são todos os gases utilizados, direta ou indiretamente aos pacientes, podem estar na forma líquida ou gasosa. Os gases podem ser utilizados puros ou ainda em misturas padronizadas. São classificados como gases medicinais **puros** o oxigênio, nitrogênio, óxido nitroso e dióxido de carbonó e como **misturas** para aplicações medicinais o ar medicinal e óxido nítrico (AR MEDICINAL).

São medicamentos na forma de gás, gás liquefeito ou líquido criogênico, ou ainda a mistura destes medicamentos, destinados a tratar ou prevenir doenças em humanos ou administrados para fins de diagnóstico médico, bem como para: restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas.

Podem ser utilizados em hospitais, clínicas de saúde ou outros locais de interesse à saúde, bem como em tratamentos domiciliares de pacientes.

A lista de Gases Medicinais sujeita à Notificação junto a ANVISA está disponível na resolução RDC 70, de outubro de 2008.

Outros gases que não estão relacionados na referida lista da RDC 70/2008 ou suas atualizações, e que se enquadrem na definição descrita acima, estão sujeitos a Registro.

Um mesmo gás pode apresentar uso como medicinal e industrial. Como exemplo, podemos citar o oxigênio de uso na indústria metalúrgica ou o oxigênio para uso em pacientes para fins terapêuticos.

Ocorre que, quando um gás é definido como medicinal, passa a estar sujeito à regulação sanitária, apresentando duas características básicas:

- Todos deverão ser notificados junto a ANVISA, comprovando perfil de segurança adequado, eficácia para as indicações propostas e qualidade, normalmente avaliada por meio de testes descritos em farmacopeias e compêndios oficiais.
- Todas as empresas Fabricantes ou Envasadoras devem possuir Autorização de Funcionamento – AFE para suas atividades e Certificado de Boas Práticas de Fabricação, conforme normativas vigentes da ANVISA.

Assim, os Gases Medicinais possuem requisitos bem definidos com evidências para sua produção, controle de qualidade e comercialização.

As diferenciações entre Gases Medicinais e gases industriais ocorrem pela cor dos cilindros conforme normas da ABNT e pela sua rotulagem. Como exemplo, podemos citar o oxigênio medicinal em cilindros de aço, que necessariamente é comercializado na cor verde, enquanto o oxigênio industrial deve ser comercializado na cor preta.

P. M. A
Fls. 1292
Ass.

2.2.5.2.1 LEGISLAÇÃO

Relembrando que o registro ou a notificação de Gases Medicinais somente será obrigatória após a revisão da RDC 70/2008.

Alinhada com as tendências internacionais para classificar os gases como medicamentos, e considerando as especificidades dos gases medicinais, a ANVISA publicou as resoluções RDC 69 e RDC 70 ambas de 01 de outubro de 2008.

A RDC 69/2008 estabelece as Boas Práticas de fabricação de gases medicinais e a RDC 70/2008 estabelece a lista de gases medicinais de uso consagrado e de baixo risco, sujeito à notificação, bem como os procedimentos para suas notificações. Os gases medicinais não relacionados na lista da RDC 70/2008 devem ser submetidos a registro junto à ANVISA.

A concessão de AFE é orientada pelas Resoluções RDC 16, de 01 de abril de 2014 e RDC 32/2011, abrangendo as empresas fabricantes e envasadoras de Gases Medicinais.

2.2.5.2.2 PARTICULARIDADES

É por meio da notificação que as empresas comunicam a fabricação de gases medicinais à ANVISA. Todavia, atualmente, a notificação de gases medicinais está suspensa, conforme resolução RDC 25 de 25 de junho de 2015. A notificação de gases medicinais será retomada com a publicação de nova resolução em substituição à RDC 70/2008, estabelecendo novas regras para registro e notificação destes produtos.

Pelo seu uso em saúde, com finalidade de prevenção, tratamento ou diagnóstico de doenças, os Gases Medicinais são enquadrados pela ANVISA como medicamentos. Ademais, tais produtos já são considerados medicamentos em países da Europa, nos Estados Unidos e alguns da América do Sul. Entretanto, suas diferenças dos medicamentos ditos tradicionais devem ser respeitadas.

As empresas que fabricam Gases Medicinais são reguladas pela ANVISA; entendendo como fabricação ações de síntese química, compressão ou separação de gases e qualquer tipo de envase.

Assim, embora a notificação dos Gases Medicinais esteja suspensa, todas as empresas que fabriquem ou envasem gases medicinais devem obrigatoriamente possuir a Autorização de Funcionamento – AFE, expedida pela ANVISA e cumprir com os requerimentos de Boas Práticas de Fabricação, estabelecidos pela RDC 69, de 01 de outubro de 2008, completada pela RDC 9, de 04 de março de 2010.

As empresas de importação, distribuição, armazenamento e transporte ainda não necessitam de AFE, já estando em estudo suas futuras regulamentações junto a ANVISA.

Essa regulação inicial que abrange somente as empresas fabricantes e envasadoras ocorre para que o impacto regulatório a este segmento aconteça de maneira paulatina, já que se trata de um setor com longa história de existência, que até então, não apresentava nenhuma regulamentação sanitária federal.

P. M. A. Fls. 1293 Ass.

A certificação das empresas fabricantes e envasadoras de Gases Medicinais se dá por linha de fabricação, conforme previsto pela RDC 39/2013. Essa RDC define as linhas de Gases Medicinais como: Líquidos Criogênicos Medicinais e Gases Medicinais.

Assim, se uma empresa fabricar ou envasar somente um desses produtos deverá apresentar 01 (uma) solicitação para uma certificação junto a ANVISA.

Se fabricar ou envasar os dois tipos de produtos deverá apresentar 02 (duas) solicitações de certificação junto a ANVISA, uma para cada linha de produção, entendendo como envase, qualquer transferência de um recipiente a outro, como produto de venda.

A empresa que lida com Gases Medicinais Liquefeitos, poderá protocolizar processo de certificação como Gases Medicinais e não Líquidos Criogênicos Medicinais.

Conforme previsto na RDC 70/2008, os gases medicinais de uso consagrado (bem estabelecido) estão sujeitos à notificação. Os gases medicinais de uso não consagrado devem ser registrados.

Os prazos para a notificação e registro como medicamentos encontram-se suspensos, conforme estabelecido pela RDC 25, de 25 de junho de 2015.

Uma ressalva importante a se fazer é que, hospitais ou demais estabelecimentos em saúde que produzam Gases Medicinais para uso exclusivo em suas instalações, ou seja, para consumo de seus próprios pacientes, não necessitam requerer notificação, registro ou certificação em boas práticas de fabricação.

Quando isso ocorre, tal produção é considerada um serviço em saúde, sujeito a regulação diferente, não podendo o gás lá produzido ser vendido ou envasado separadamente, para uso comercial.

Atualmente as empresas fabricantes e envasadoras de gases medicinais devem cumprir com a RDC 69/2008, RDC 70/2008, RDC 09/2010 e RDC 32/2011,

Os hospitais e serviços de saúde devem seguir regulamentações próprias relacionadas à prestação dos serviços e se precaverem para adquirir somente produtos regularizados pela ANVISA.

2.2.5.2.3 LIMPEZA

Os procedimentos de limpeza devem ser validados, como requerido pela RDC 69/2008. A empresa deverá garantir que qualquer residual remanescente de gás, antes do enchimento de um novo lote, não implica em um percentual de contaminação maior que o aceitável.

Entretanto, a validação de limpeza de gases medicinais não segue uma abordagem clássica de validação de limpeza dos demais medicamentos alopáticos e fitoterápicos, sendo o limite máximo aceitável de resíduo gasoso remanescente aquele que não comprometa a concentração nominal do produto enchido, ou outros parâmetros de sua monografia.

P. M. A
Fls. 1299
Ass.

2.2.5.3 PRINCIPAIS GASES MEDICINAIS

2.2.5.3.1 OXIGÊNIO MEDICINAL (O_2):

Gás não inflamável, não tóxico, não corrosivo, insípido, inodoro, porém é um poderoso oxidante que causa queima vigorosa em materiais combustíveis e comburente (não queima, mas alimenta e intensifica a combustão), é altamente refrigerado na fase líquida. Apresenta diversas aplicações como utilização em anestesias, em casos de pneumonias, tratamento de problemas respiratórios, administração de medicamentos através de inalação ou nebulização, entre outros (BRASIL, 2002; WOOD). É fornecido na forma gasosa, em cilindros de aço, de alta pressão, até 200 Kgf/cm², (OXIGÊNIO) e também na forma líquida para altos consumos (tanques criogênicos) a uma temperatura aproximada de -183° C (graus Celsius) e quando resfriado a essa temperatura passa do estado gasoso para líquido facilitando o transporte ou pode ser produzido em usinas concentradoras de oxigênio (BRASIL, 2002; MOLL et al, 2007). Segundo Brasil (2002) antes de ser inalado pelo paciente o oxigênio líquido é vaporizado, transformando-se em gás.

Quando administrado de forma incorreta pode ser tóxico e trazer sequelas, por isso para evitar danos deve ser verificada a duração da exposição, a sensibilidade de cada paciente e principalmente a pressão do oxigênio ofertado (CAMARGO, et al, 2008).

É necessária a conscientização de todos os profissionais envolvidos nos cuidados diretos ao paciente sobre a importância do uso adequado do oxigênio.

O oxigênio puro ou equipamentos que utilizam este gás devem ser mantidos afastados de fontes de calor e o contato com óleo, graxa e seus derivados nunca deve ocorrer (O NITROGÊNIO).

2.2.5.3.2 AR MEDICINAL:

Gás incolor, inodoro, seco, estéril e não inflamável. É constituído por aproximadamente 79% de nitrogênio e 21% de oxigênio, ou seja, na mesma proporção encontrado na atmosfera e é isento de umidade, microorganismos e outros poluentes (AR MEDICINAL). É utilizado principalmente em ventilação pulmonar e inalação (visando a diluição das secreções das vias respiratórias) e em tratamentos intensivos, centros cirúrgicos na diluição de anestésicos e até secagem de instrumentos cirúrgicos (BRASIL, 2002; OXIGÊNIO).

É fornecido em cilindros sob alta pressão ou realizado sua mistura proporcional dos gases fornecidos separados em tanques criogênicos. O líquido é convertido em gás através de aparelhos chamados vaporizadores, o qual passa pelo misturador e vai para a distribuição na forma gasosa (BRASIL,2002).

P. M. A
Fls. 1295
Ass

2.2.5.4 CLASSIFICAÇÃO DOS GASES POR SUAS PROPRIEDADES FÍSICAS

Os gases medicinais podem ser classificados segundo suas propriedades físicas como:

a) **Comprimidos**: está no estado gasoso, sob pressão (cada gás possui sua pressão específica) e à temperatura ambiente. Exemplos: oxigênio medicinal, ar comprimido medicinal e óxido nítrico medicinal que são armazenados em cilindros;

b) **Liquefeitos**: gás embalado sob pressão, parcialmente líquido (gás sobre um líquido), é muito mais concentrado que o comprimido são eles: óxido nitroso medicinal e dióxido de carbono medicinal que são armazenados em cilindros;

c) **Criogênicos:** está no estado líquido dentro do tanque criogênico (tanque fixo com isolamento térmico para armazenar alguns tipos de gases medicinais) com a temperatura extremamente baixa e sob baixa pressão, como o oxigênio medicinal e nitrogênio medicinal, e ainda segundo a AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (1995), são largamente utilizados por ocupar menor volume no armazenamento e maior quantidade de produto.

2.2.5.5 CENTRAL DE GASES MEDICINAIS

A central de gases medicinais é formada por reservatórios especiais para oxigênio e nitrogênio, baterias de cilindros e equipamentos interligados para viabilizar o abastecimento constante de gases.

Segundo a AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (1995), esta central deve ter suas instalações em local com acesso restrito, ficar afastada de fontes de calor e de materiais inflamáveis para evitar qualquer tipo de acidente.

Na central de gases deve haver um suprimento reserva através de uma bateria de cilindros de oxigênio e outra de ar medicinal na forma gasosa e suas válvulas devem ser mantidas sempre abertas com todos os cilindros cheios e acoplados à central de gases, sob o risco de interrupção no fornecimento de gás.

O painel de ramais (derivação da rede de distribuição que alimenta diretamente os postos de utilização) A e B possui um manômetro (para cada ramal) indicando a pressão da bateria de cilindros e outro para indicar a pressão na rede (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2003), conforme mostra a figura

P. M. A
Fls 1296
Ass.



As baterias de cilindros devem ser conectadas a válvula reguladora de pressão a qual reduz a pressão que vem dos cilindros para a pressão de distribuição, que deve ficar em torno de seis kgf/cm^2

2.2.5.6 ABASTECIMENTO E FORNECIMENTO DE GASES

Segundo ABNT (2003 e 1992) o abastecimento de gases a qualquer que seja o setor ou equipamento, é procedente da central de gases através dos tanques criogênicos ou de cilindros e devem seguir rigorosamente as Normas Brasileiras Regulamentadoras NBR 12188 e NBR 11906 que estabelecem as padronizações de conexões, seja do tipo roscado ou do tipo engate rápido, evitando assim a troca indevida dos gases e consequentes problemas.

A capacidade do suprimento reserva de cilindros como também dos tanques criogênicos deve ser muito bem dimensionada. Deve-se considerar a utilização prevista para cada tipo de gás e a frequência do fornecimento para que não ocorra a interrupção dos gases.

Para viabilizar, em questões financeiras, o suprimento de grandes volumes de gases medicinais na instituição hospitalar é utilizado o abastecimento através do uso de tanques criogênicos.

2.2.5.7 ARMAZENAGEM DE CILINDROS

No armazenamento de cilindros alguns cuidados básicos devem ser tomados a fim de evitar acidentes: os cilindros devem ser separados por tipo de gás e os cheios devem ficar separados dos vazios, o que evita atraso quando ocorrer sua utilização. Todos os cilindros devem ter os capacetes rosqueados até sua instalação e permanecerem sempre na posição vertical, presos por corrente, em local coberto e bem ventilado o que evita o acúmulo de gases em caso de vazamentos. Devem ainda, serem mantidos longe de

P. M. A
Fls. 1097
Ass.

fontes de calor e devolvidos ao fabricante quando vierem sem a etiqueta de identificação, pois é nela que estão descritas as características do gás armazenado, os procedimentos de emergência e o potencial de risco.

Somente pessoas capacitadas ou autorizadas devem manusear os cilindros, pois o contato com óleos, graxas e substâncias combustíveis podem trazer sérios riscos à saúde, principalmente no caso dos gases oxidantes. Seu transporte deve ser realizado através de carrinho apropriado sempre com o cilindro acorrentado para evitar quedas e pancadas, com capacete, válvula fechada e lacre do fabricante. Quando da abertura da válvula deve-se atentar para que seja feita de forma lenta e totalmente (A CONSERVAÇÃO).

Postos De Utilização

São terminais utilizados para acoplar os aparelhos medicinais com suas devidas roscas específicas (DIÓXIDO).

Os postos de utilização de gases são ligados através de tubulações, possuem painéis com conectores de entrada e saída apropriados, com símbolo e cor específicos a cada tipo de gás e devem seguir os critérios da NBR 11906. Para o ar medicinal é padronizada a cor amarela. Já para o oxigênio a cor verde fica estabelecida como padrão, para o óxido nitroso a cor azul e a cor cinza para o vácuo. Cada posto de utilização deve possuir válvula autovedante e ser rotulado legivelmente com abreviatura e símbolo ou o nome e ainda ter o fundo de cor conforme a norma de cores para identificação de gases. Deve ser posicionado a um metro e meio acima do piso para evitar qualquer tipo de dano à válvula ou qualquer outro acessório nele instalado.

2.2.5.8 REDE DE DISTRIBUIÇÃO

Para a ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (2003) é toda tubulação em que ocorre a distribuição dos gases da central de gases para toda a instituição e devem ser de cobre e unidas com solda quente. Sua identificação deve ser através da pintura na cor amarelo segurança em toda extensão da tubulação, indicando que o fluído está na forma gasosa, ou ainda em cor neutra, sendo a pintura fora da faixa de identificação opcional. Na faixa de identificação deve haver frisos de dois a cinco milímetros na cor preta ou branca (conforme melhor contraste) quando as cores a sua direita e esquerda forem iguais, como no caso do ar medicinal.

A faixa de identificação deverá possuir uma tarja central de vinte centímetros na cor amarelo segurança, indicando que o fluído é gasoso e na sua direita e esquerda, uma tarja de dez centímetros cada, na qual fará a identificação do fluído: óxido nitroso (azul marinho), oxigênio (verde emblema) e ar medicinal (amarelo segurança). As tubulações devem ter suas dimensões apropriadas de acordo com o consumo, conforme mostra a figura abaixo:

P. M. A
Fls. 1298
Ass.



2.2.5.8.1 PAINÉIS DE ALARMES

São dispositivos acionados através de alarme visual ou sonoro que indica a ocorrência de anormalidade no sistema de suprimento de gases e necessita de intervenção (DIÓXIDO). Devem ser instalados painéis de alarme nos postos de enfermagem para que haja o alerta quando o gás estiver abaixo do valor aceitável e tomadas as devidas providências

2.2.5.8.2 CORES DE IDENTIFICAÇÃO EM CILINDROS

O cilindro pode armazenar diversos tipos de gases e também apresentar diferentes tamanhos e cores de acordo com sua aplicação. Para identificação do conteúdo dos cilindros a ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (1999) padronizou cores específicas para cada em deles relacionando-as a cada tipo de gás, que serve para facilitar sua identificação. A cor é utilizada na sinalização de segurança por ser um sistema rápido de identificação. Através dela é fácil a identificação do produto.

Alguns gases medicinais são representados através de duas cores: uma cor referente ao corpo do cilindro e outro referente à faixa central (no caso do ar medicinal, a cor cinza do corpo refere-se ao gás em maior quantidade e a cor verde refere-se à faixa central indicando o gás em menor quantidade).

Para o óxido nitroso a cor utilizada é azul marinho, para o oxigênio o verde, para o óxido nítrico a cor bege, para o nitrogênio a cor cinza claro e para o ar medicinal cinza claro com faixa central verde e para o dióxido de carbono a cor alumínio.

P. M. A
Fls. 1299
Ass.

2.2.5.9 PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: GASES MEDICINAIS

Objetivo

Estabelecer a linha de conduta para recebimento, transporte, armazenamento e utilização de cilindros de gases medicinais, garantindo condições de segurança para usuários (pacientes e trabalhadores), instalações e terceiros no P.S Central e Maternidade.

Informações Gerais

Cada gás medicinal possui uma Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ) que fornece orientações específicas sobre os riscos e medidas de segurança, devendo a Ficha ser mantida nas unidades onde houver a manipulação e/ou utilização de gases medicinais. Os trabalhadores deverão conhecer o conteúdo da FISPQ.

A FISPQ contempla:

1. Identificação do produto e da empresa;
2. Composição e informações sobre os ingredientes;
3. Identificação de perigos;
4. Medidas de primeiros socorros;
5. Medidas de prevenção e combate a incêndio;
6. Medidas de controle para derramamento ou vazamento;
7. Manuseio e armazenamento;
8. Controle de exposição e proteção individual;
9. Propriedades físico-químicas;
10. Estabilidade e reatividade;
11. Informações toxicológicas;
12. Informações ecológicas;
13. Considerações sobre tratamento e disposição;
14. Informações sobre transporte;
15. Regulamentações;
16. Outras informações.

P. M. A
Fls. 1800
Ass.

Responsabilidades

Almoxarifado

Receber, conferir, guardar e distribuir os cilindros de gases medicinais, por meio de profissionais designados pela chefia imediata. Os profissionais deverão receber treinamento específico para executarem essas atribuições.

Observar e cumprir este Procedimento Operacional Padrão (POP) e as normas correlatas de saúde e segurança no trabalho, conforme orientações que vierem a ser expedidas pelo **ISSSL**.

Consultar a FISPQ do produto antes de utilizá-lo e sempre que necessário.

Chefias das unidades em que são utilizados cilindros de gases medicinais

Relacionar, por escrito, a equipe de profissionais que utilizam e/ou manipulam cilindros de gases medicinais, que deverão receber treinamento específico.

Observar e cumprir este POP e as normas correlatas de saúde e segurança do trabalho, conforme orientações que vierem a ser expedidas pelo **ISSSL**.

Trabalhadores que utilizam/manipulam cilindros de gases medicinais

Receber treinamento específico para utilizar e/ou manipular cilindros de gases medicinais.

Observar e cumprir este POP e as normas correlatas de saúde e segurança do trabalho, conforme orientações que vierem a ser expedidas pelo **ISSSL.**

Consultar a FISPQ do produto antes de utilizá-lo e sempre que necessário.

Empresa fornecedora dos cilindros de gases medicinais

Ministrar treinamento específico aos trabalhadores que irão utilizar e/ou manipular os cilindros de gases medicinais.

Disponibilizar as FISPQ de todos os gases medicinais existentes no P. S Central e Maternidade e anexos, para os profissionais de saúde envolvidos na utilização dos cilindros. Observar e cumprir este POP e as correlatas de saúde e segurança no trabalho, conforme orientações que vierem a ser expedidas pelo **ISSSL.**

Da equipe de engenharia de segurança do trabalho da Unidade

Sinalizar, por meio de placas e avisos, a Central de Gases Medicinais

Inspecionar, periodicamente, a Central de Gases Medicinais

Notificar os responsáveis quanto ao descumprimento deste procedimento e/ou demais normas de segurança do trabalho e estabelecer prazos para correção.

Fornecer suporte necessário e acompanhar o treinamento específico dos trabalhadores que irão utilizar e/ou manipular os cilindros de gases medicinais. Exigir o fiel cumprimento deste procedimento.

P. M. A
Fls. 130
Ass.

Descrição das Tarefas

Do recebimento de cilindros de gases medicinais pelo Almoxarifado

Os cilindros de gases medicinais devem ser inspecionados quando do seu recebimento, devendo ser recusados e devolvidos ao fabricante quando apresentarem defeitos visíveis de corrosão acentuada, falta de capacete de proteção e ainda, se estiver vencido o prazo de validade do ensaio de pressão hidrostática.

A etiqueta de identificação dos cilindros contendo nome e especificação do gás, riscos a ele inerentes, recomendações de uso e manuseio e procedimentos de emergência deve estar intacta, não devendo ser removida. Na falta dessa etiqueta o cilindro não poderá ser utilizado.



Figura 1
Etiqueta de identificação do cilindro

As válvulas dos cilindros devem ser inspecionadas quanto à vedação para verificar se há vazamentos.

Se houver, separar o cilindro em área aberta e solicitar substituição junto à empresa fornecedora.

Transporte de cilindros de gases medicinais

O transporte dos cilindros nas dependências do P.S e Maternidade e anexos deve ser feito, obrigatoriamente, por meio de carrinhos apropriados, adequados aos tamanhos dos cilindros que, por sua vez, devem estar presos com uma corrente de proteção ou dispositivo de travamento similar.

P. M. A
Fls. 1392
Ass.



Figura 2
Carrinhos para transporte de cilindros

É proibido o transporte de cilindros em cadeiras de rodas, carrinhos de transporte de materiais ou medicamentos e demais equipamentos improvisados.

Poderá ser realizado o transporte manual de cilindros desde que para espaços muito curtos, obedecendo ao seguinte.

- Não segurar o cilindro pela válvula;
- Rolar um cilindro por vez, apenas em pequenos trechos;
- Transportar apenas com o capacete colocado.

Não se deve deslocar mais de 01 (um) cilindro manualmente, ao mesmo tempo, bem como não deve ser elevados cm cabo de aço ou eletroímã. Somente devem ser movimentados em posição vertical, com as válvulas fechadas e o capacete de proteção devidamente colocado.

Antes de depositar um cilindro na vertical, segurando-o ou movimentando-o pelo capacete, deve-se ter certeza de que este está perfeitamente colocado/ajustado.

P. M. A
Fls. 1306
Ass.



Durante o transporte em macas, os cilindros devem estar fixos por meio de suportes apropriados.

Os cilindros não podem conter choques, quedas, impactos ou arrastões. Em caso de possível queda não se deve tentar, de nenhuma forma, segurar os cilindros, seja com os braços, pernas ou qualquer instrumento de apoio.

2.2.5.10 DO ARMAZENAMENTO DE CILINDROS DE GASES MEDICINAIS

Conforme NR 2 da portaria nº 3214/78 do Ministério do Trabalho e emprego:

Para o sistema centralizado de gases medicinais devem ser fixadas placas, em local visível, com caracteres indeléveis e legíveis, com as seguintes informações:

a) Nominação das pessoas autorizadas a terem acesso ao local e treinadas na operação e manutenção do sistema;

b) Procedimentos a serem adotados em caso de emergência;

c) Número de telefone para uso em caso de emergência;

d) Sinalização alusiva a perigo.

Os cilindros devem ser armazenados na Central de Gases Medicinais, devendo o local ser ventilado, à prova de fogo, em perfeitas condições de limpeza, sendo expressamente proibido fumar próximo ao local, devendo inclusive, haver placas de advertência.

As unidades assistenciais que utilizam gases medicinais acondicionados em cilindros deverão manter um estoque **mínimo** para atender às necessidades dos clientes.

Deverão ser armazenados em local de pouco trânsito de pessoas e equipamentos, separados por tipo de gás e, os cheios, separados dos que estão vazios e/ou em uso.

Os cilindros devem ser mantidos em posição vertical, com as válvulas para cima, afastados de fontes de calor, intempéries e materiais combustíveis. Devem estar devidamente identificados, armazenados ao nível do chão, em piso plano, e presos para evitar quedas e choque de um com o outro.

Os cilindros devem estar presos por cintas ou correntes e os lotes devem estar identifica- dos por tipos. Devem estar separados a uma distância mínima de 06 (seis) metros de inflamáveis e materiais combustíveis como madeira, papel, óleo e graxa, podendo ser construída ainda, uma parede não combustível (corta chamas) com, pelo menos, 1,60 metros de altura e resistência ao fogo por 30 (trinta) minutos.

Os cilindros de gases inflamáveis como hidrogênio e acetileno, devem ser armazenados a uma distância mínima de 08 (oito) metros dos cilindros de gases oxidantes, como oxigênio e óxido nitroso, ou então, armazenados através de barreiras vedadas e resistentes ao fogo.

É vedada a submissão dos cilindros a temperaturas extremas.

As instalações elétricas das áreas de armazenagem de acetileno, hidrogênio e outros gases inflamáveis devem ser à prova de explosão. Deve haver extintores de incêndio na Central de Gases Medicinais

Ao apresentar vazamento, o cilindro deverá ser imediatamente retirado da área de armazenagem e colocado em local isolado, ao ar livre.

A Central de Gases Medicinais deverá estar sempre limpa e organizada, devendo ser promovida sua limpeza semanalmente ou quando necessário.

2.2.5.11 SOLICITAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE CILINDROS DE GASES MEDICINAIS NAS UNIDADES ASSISTENCIAIS

A solicitação dos gases medicinais, nas unidades assistenciais, deverá ser realizada por enfermeiros por meio de requisição de materiais em formato eletrônico, em dias úteis e em horário administrativo.

Os cilindros pequenos, como os de oxigênio utilizados para transporte de clientes, deverão ser buscados no Almoxarifado pelas unidades requisitantes e transportados, conforme o recomendado). Já os cilindros grandes deverão ser entregues pelos responsáveis do almoxarifado.

Nos locais em que são utilizados cilindros de gases medicinais deverá haver suportes e pontos para sua fixação. Os cilindros e seus acessórios não devem sofrer quedas ou impactos contra outros objetos que possam danificá-los

A equipe de enfermagem, das unidades assistenciais deverá, diariamente, conferir a quantidade de gás, data de validade e integridade de cada cilindro. Os que apresentarem data de validade inferior a 30 (trinta) dias deverão ser devolvidos ao almoxarifado.

Os cilindros só devem ser utilizados para as finalidades as quais se destinam. É proibida sua utilização como roletes ou suportes de apoio

P. M. A
Fls. 1305
Ass.

Antes da utilização e/ou manipulação de cilindros, deve-se limpar bem as mãos com solução desinfetante, devendo estar isentas de cremes hidratantes, gorduras, graxas, óleos, azeites, manteigas, devendo ser evitado qualquer contato das mãos com essas substâncias as válvulas devem ser abertas vagarosamente, utilizando as mãos sobrepostas, facilitando o controle da velocidade de abertura, retirando-se o rosto da frente do manômetro. Devem ser fechadas após o término do conteúdo do cilindro. A válvula de segurança não deve ser retirada.

Cuidados devem ser tomados para evitar a entrada de poeira, água, graxa ou qualquer outra substância na válvula dos cilindros. As válvulas não devem ser forçadas ou submetidas a impacto, sendo proibido o uso de martelos, chaves ou artifícios impróprios para abrir válvulas endurecidas ou emperradas.

Não deverão ser utilizados cilindros que apresentarem vazamentos. Não deverá ser utiliza- do nenhum material vedante para conter vazamentos.

O conteúdo do cilindro, ainda que seja ar comprimido, não deverá ser utilizado para secar ferramentas, limpar roupas ou realização de qualquer outro procedimento diverso.

É proibido misturar ou transferir gases de um cilindro para outro.

É proibido crianças e/ou pessoas não autorizadas manusearem os cilindros.

Quando do recebimento e transporte dos cilindros até a Central de Gases Medicinais ou dependências do Hospital, será obrigatória a utilização dos seguintes Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), pelos trabalhadores do almoxarifado: Óculos de segurança incolor, luvas de raspa de couro ou vaqueta e botina com biqueira de aço.

Acessórios

Reguladores de pressão

- Os reguladores de pressão devem estar adequados às pressões a que serão submetidos. Somente deverão ser utilizados cilindros que estiverem conectados a um regulador de pressão adequado.
- Antes de ser conectado um regulador de pressão ao cilindro, a válvula deverá ser aberta para eliminação de sujidades e poeira, logo após, deverá ser fechada para, em seguida, ser feita a conexão. Durante a abertura da válvula, ninguém deverá permanecer diante dos manômetros do regulador.
- Antes de ser removido o regulador de pressão de um cilindro, a válvula deverá ser fechada e o regulador despressurizado.

P. M. A
Fls. 1306
Ass.

Conexões

As conexões deverão ser inspecionadas quanto ao seu desgaste e deterioração.

Para testes de vazamento deverá ser usada água livre de óleo.

Se as conexões apresentarem irregularidades, vazamento e sinal de defeitos que as tornem impróprias para uso, o trabalhador deverá comunicar imediatamente o setor de Engenharia Clínica para providências.

As conexões devem ser fixadas às mangueiras, por meio de braçadeiras ou outros dispositivos semelhantes, devendo apresentar rosca "à esquerda", enquanto as de oxigênio e gases inertes, rosca "à direita".

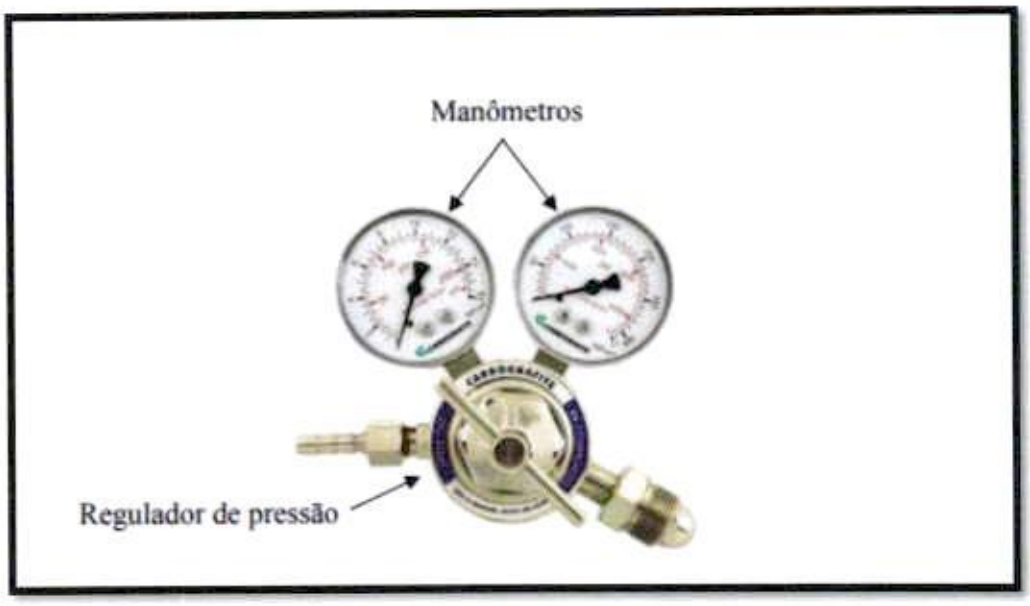


Manômetros

Os manômetros para oxigênio devem trazer a seguinte inscrição: "não usar óleo ou graxa" nem mesmo para lubrificação.

Reparos nos manômetros somente devem ser efetuados por pessoa qualificada e devidamente instruída pelo fabricante.

P. M. A
Fls. 1 30
Ass.



Incêndio em cilindros de gases medicinais

Pequenos focos de incêndio causados por vazamentos devem ser extintos, se possível, pelo fechamento da válvula, pelo uso de água, pano úmido ou extintor.

As pessoas devem ser mantidas afastadas à maior distância possível e o cilindro deve ser resfriado com água.

P. M. A
Fls. 1308
Ass.

2.2.6 MANEJO E DESTINAÇÃO DE RESÍDUOS

2.2.6.1 POLÍTICA NACIONAL DE RESÍDUOS DE SÓLIDOS

A Lei federal nº 12.305 de 02 de Agosto de 2010 institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), dispondo sobre seus princípios, objetivos e instrumentos, bem como sobre as diretrizes relativas à gestão integrada e ao gerenciamento de resíduos sólidos, incluídos os perigosos, as responsabilidades dos geradores e do poder público e aos instrumentos econômicos aplicáveis (BRASIL, 2010).

Esta Lei é regulamentada pelo decreto nº 7404, de 23 de dezembro de 2010, que também dispõe sobre a criação do Comitê Internacional da Política Nacional de Resíduos Sólidos e o Comitê Orientador para a implantação dos Sistemas de Logística Reversa. (BRASIL, 2010).

No Artigo 3 define logística reversa como conjunto de ações, procedimentos e meios destinados a viabilizar a coleta e a restituição dos resíduos sólidos ao setor empresarial para reaproveitamento em seu ciclo ou em outros ciclos produtivos, destinação final ambientalmente adequada (BRASIL,2010).

2.2.6.2 PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)

Esse Plano é um documento que descreve todas as ações relativas ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, identificação, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, destinação e disposição final ambientalmente adequada, bem como as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente (ANVISA, 2018).

A elaboração, implantação e desenvolvimento do PGRSS devem envolver os setores:

- Hotelaria Hospitalar (Higienização);
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho- SESMT;
- Representantes de setores assistenciais como Centro de Imagem e Laboratório.

P. M. A
Fls. 1309
Ass.

Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS)

Definidos como aqueles que provêm de estabelecimentos de saúde e que prestam serviços relacionados à assistência à saúde humana ou animal.

2.2.6.3 CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os Resíduos dos Serviços de Saúde são classificados em 5 grupos:

A, B, C, D, E.

Grupo A: resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção. Divide-se em subgrupos: A1, A2, A3, A4, A5.

Grupo B: resíduos contendo produtos químicos que apresentam periculosidade à saúde pública ou ao meio ambiente.

Grupo C: resíduos resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores ao estabelecido pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN).

Grupo D: resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

Grupo E: materiais perfurocortantes ou escarificantes.

2.2.6.4 MANEJO DOS RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

São ações de manuseio dos resíduos de serviços de saúde desde a sua geração até a disposição final. As ações dividem-se nas seguintes etapas:

- Segregação
- Acondicionamento
- Identificação
- Coleta interna
- Transporte interno
- Armazenamento temporário
- Armazenamento externo
- Coleta externa
- Transporte externo
- Destinação final

P. M. A
Fls. 1310
Ass.

2.2.6.4.1 SEGREGAÇÃO

Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

Segregação e acondicionamento adequado dos RSS



A	B	C	D	E
RESÍDUOS POTENCIALMENTE INFECTANTES	RESÍDUOS QUÍMICOS	RESÍDUOS RADIOATIVOS	RESÍDUOS COMUNS	RESÍDUOS PERFUROCORTANTES
(Sondas, curativos, luvas de procedimentos, bolsa de colostomia)	(Reveladores, fixadores de raio x, prata)	(Cobalto, Urio)	(Fraldas, frascos e garrafas pets vazias, marmitex, copos, papel toalha)	(Agulhas, lâminas de bisturi, frascos e ampolas de medicamentos)
Devem ser descartados em lixeiras revestidas com sacos brancos	Devem ser descartados em galões coletores específicos	Devem ser descartados em caixas blindadas	Devem ser descartados em lixeiras revestidas com sacos pretos	Devem ser descartados em coletor específico

2.2.6.4.2 ACONDICIONAMENTO

Ato de embalar os resíduos segregados em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.

2.2.6.4.3 IDENTIFICAÇÃO

Conjunto de medidas que permitem o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS, devendo também estar afixada nos carros de coleta, nos locais de armazenamento destes resíduos.

P. M. A
Fls. 1311
Ass.

GRUPO	CLASSIFICAÇÃO	SÍMBOLO
A	INFECTANTE	
B	QUÍMICOS	
C	RADIOATIVOS	
D	COMUNS	
E	PERFUROCORTANTES	

2.2.6.4.4 COLETA E TRANSPORTE INTERNO

Definida como coleta e translado dos resíduos de armazenamento interno (sala de utilidades ou expurgos) para o armazenamento externo. O coletor utilizado para transporte interno deve ser de material liso, rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados e com identificação pelo símbolo infectante.

Técnica de Limpeza do Carro de coleta



- Remover os resíduos que ficaram no carro de coleta;
- Lavar o carro de coleta com minilok ou vassoura utilizando detergente neutro (sabão), iniciando pela parte externa e depois interna;
- Retirar o detergente jogando água com uma mangueira;
- Passar Hipoclorito de sódio 1%, deixar agir por 10 minutos e enxaguar;
- Secar com auxílio de rodo e um pano.

P. M. A
Fls. 132
Ass.

2.2.6.4.5 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) PARA COLETA INTERNA CONFORME NBR



Uniforme: composto por calça comprida e camisa com manga comprida, no mínimo de 3/4, de tecido resistente e de cor clara, específico para o uso do funcionário do serviço, de forma a identificá-lo de acordo com a sua função.

Luvas: PVC, impermeáveis, resistentes, de cor clara, preferencialmente branca, antiderrapantes e de cano longo. Para os serviços de coleta interna, pode ser admitido o uso de luvas de borracha, mais flexíveis, com as demais características anteriores.

Botas: o material também composto de PVC, impermeáveis, resistentes, de cor clara, preferencialmente branca, com cano 3/4 e solado antiderrapante. Para os funcionários da coleta interna, admite-se o uso de sapatos impermeáveis e resistentes, ou botas de cano curto, com as demais características já descritas.

Gorro: caracterizado pela cor branca, de forma a proteger os cabelos.

Máscara: respiratória, tipo semifacial e impermeável.

Óculos: lente panorâmica, incolor, ser de plástico resistente, com armação em plástico flexível, com proteção lateral e válvulas para ventilação.

Avental: PVC, impermeável e de médio comprimento.

Todos os EPI's utilizados pelos colaboradores da coleta interna devem ser lavados e desinfetados diariamente.

2.2.6.4.6 ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO:

Guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, (sala de utilidades/ expurgos) visando otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à disponibilização para coleta externa.

2.2.6.4.7 ARMAZENAMENTO EXTERNO:

Consiste no acondicionamento dos resíduos em abrigo, em recipientes coletores adequados (Container), em ambiente exclusivo e com acesso facilitado para os veículos coletores.

P. M. A
Fls. 1313
Ass.

Características do abrigo externo

- Permitir fácil acesso às operações do transporte interno e aos veículos de coleta externa;
- Ser dimensionado com capacidade de armazenagem mínima equivalente à ausência de uma coleta regular, obedecendo à frequência de coleta de cada grupo de RSS;
- Ser construído com piso, paredes e teto de material resistente, lavável e de fácil higienização com aberturas para ventilação, assim como apresentar tela de proteção contra acesso de vetores; ser identificado conforme os Grupos de RSS armazenados;
- Porta com abertura para fora, provida de proteção inferior contra
- roedores e vetores, com dimensões compatíveis com as dos coletores utilizados;
- Ter ponto de iluminação, sistema elétrico e de combate a incêndio, que atendam os requisitos de proteção estabelecidos pelos órgãos competentes.
- Caneletas com escoamento dos efluentes de lavagem, direcionadas para a rede de esgoto, com ralo sifonado com tampa;
- Possuir área coberta para pesagem dos RSS, quando couber;
- Área coberta, com ponto de saída de água, para higienização e limpeza dos coletores utilizados.



2.2.6.4.8 COLETA E TRANSPORTE EXTERNO:

A coleta externa consiste na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, pela utilização de técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente.

Os veículos de transporte externo dos RSS não podem ser dotados de sistema de compactação ou outro sistema que danifique os sacos contendo os RSS, exceto para os RSS do Grupo D.

P. M. A
Fls. 1314
Ass.

2.2.6.4.9 DESTINAÇÃO FINAL:

O tratamento faz parte da destinação, pois consiste na aplicação de processo que modifique as características físicas, químicas ou biológicas dos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de dano ao meio ambiente ou à saúde pública, após tratamento disposição definitiva de resíduos no solo ou em locais previamente preparados para recebê-los.

2.3. REGULAMENTO PRÓPRIO

P. M. A
Fls. 135
Ass.

OFICIAL DE R.C.P.J
06/12/23

INSTITUTO SOCIAL DE SAÚDE SÃO LUCAS
CNPJ: 96.295.654/0001-69

ATA DA ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINARIA REALIZADA EM 19 DE NOVEMBRO DE 2020.

Ao (19) Décimo Nono dia do mês de Novembro do ano de (2020) Dois Mil e Vinte, às 10:00 (Dez) horas, na sede social, sito à Rua José Felix de Oliveira, nº 359, sala 103, bairro Vila Santo Antonio na cidade de Cotia/SP, CEP: 06708-415, reuniram-se em assembléia geral os associados e colaboradores da organização em atendimento ao Edital de convocação de 12/09/2020. Assumiu a presidência da mesa a Sra. Litana Grasiela dos Santos Alves o qual convidou a mim Rosangela Sampaio Rodrigues para secretariar a mesa diretora desta Assembléia Geral, que após haver constatado quorum legal foi dado inicio a sessão. A presente Assembléia Geral vem atender ao Edital de convocação em epigrafe, tendo como ordem do dia: Aprovação do Regulamento de Compras e Contratações no qual foi aprovado por unanimidade pelos membros do Conselho de Administração e Conselho Fiscal o referido Regulamento de Compras e Contratações conforme segue abaixo:

REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES

O Instituto Social Saúde São Lucas, doravante ISSSL, entidade de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social por diversos entes da Federação, resolve, no âmbito de sua competência, instituir o presente Regulamento de Compras e Contratações que será regido em estrita observância aos princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da eficiência, da economicidade, da vinculação ao instrumento convocatório e do julgamento objetivo.

CAPÍTULO I – DAS DISPOSIÇOES GERAIS

SEÇÃO I – OBJETIVO

Art. 1º - Este Regulamento tem por finalidade fixar normas e critérios para a contratação de obras, serviços, compras e alienações no âmbito do ISSSL, bem como para as contratações firmadas com o emprego de recursos provenientes do Poder Público, repassados a título de contrato de gestão.

P. M. A. Fls. 1316 Ass.

§1º - O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas, a mais vantajosa, técnica e financeiramente, para a consecução das finalidades institucionais do ISSSL.

OFICIAL DE R.P.J. 067-23

SEÇÃO II – FUNDAMENTO

Art. 2º - O fundamento da presente regulação atende aos seguintes institutos:

I. Lei n.º 9.637/1998 - Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências;

II. Lei n.º 8.666/1993 - Regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências;

III. Estatuto e Regimento Interno do ISSSL e demais atos normativos internos.

CAPÍTULO II – DO PROCEDIMENTO DE COMPRAS

SEÇÃO I – DOS PRINCÍPIOS E EXIGÊNCIAS

Art. 3º - Nos contratos firmados com recursos próprios ou de contrato de gestão ou de convênios firmados, o ISSSL observará as disposições deste Regulamento.

Art. 4º - Os procedimentos de compras e contratações de bens e serviços pelo ISSSL dependem da autorização do Diretor Corporativo do ISSSL e serão precedidos de consulta de preços para aferição do valor referencial e, quando apreciada a capacidade técnica, observados os demais ditames deste Regulamento.

§1º - A consulta de preços ocorrerá, preferencialmente, junto a cadastro de fornecedores ou banco de dados mantido no sítio eletrônico do ISSSL, ou Registros Cadastrais de Órgãos Públicos a que o Contrato de Gestão esteja vinculado, de outras entidades da Administração Pública direta ou indireta, ou ainda de cadastros de outras Organizações Sociais com a mesma finalidade estatutária do ISSSL.

§2º – A consulta de preços poderá ainda ocorrer por meio de solicitação e cotação junto a empresas do ramo, por meio de solicitação escrita, por ofício ou correio eletrônico, mediante envio de proposta a e-mail designado para esta incumbência.

§3º - Em caso de inexistência de fornecedores previamente cadastros, nos termos do §1º do presente artigo, bem como frustradas ou desertas as cotações realizadas nos termos do §2º, mediante justificativa expressa e comprovação registrada em procedimento,

P. M. A
Fls. 137
Ass.

OFICIAL DE R.C.P.J.
067128

poderá ser dispensada a consulta de preços para fins de contratação de serviços ou aquisição de bens.

Art. 5º - Visando o atendimento ao §1º, do artigo 4º, o ISSSL manterá Registros Cadastrais, cuja validade não será superior a 1 (um) ano, constando os fornecedores e prestadores de serviços interessados.

§1º - O Registro Cadastral será de livre acesso a qualquer interessado, mantido em sítio eletrônico oficial do ISSSL, em endereço próprio, devidamente destacado para necessária divulgação.

§ 2º - Os inscritos serão classificados por categorias, tendo-se em vista sua especialização, subdivididas em grupos, segundo a qualificação técnica e econômica avaliada pelos elementos constantes da documentação relacionada adiante.

§ 3º - Aos inscritos será encaminhado, via e-mail previamente cadastrado, recibo que comprove a realização do cadastramento, renovável sempre que atualizarem o registro.

§ 4º - A qualquer tempo poderá ser alterado, suspenso ou cancelado o registro do inscrito que deixar de satisfazer as exigências deste Regulamento, ou as estabelecidas para classificação cadastral.

Art. 6º - O procedimento de compras poderá ser substituído por um procedimento eletrônico simplificado, respeitados os princípios enumerados no preâmbulo deste Regulamento.

Art. 7º - O ISSSL poderá cancelar os procedimentos de compra ou contratação que houver iniciado, a qualquer tempo e em qualquer fase, assim como recusar a participação em seleção ou a contratação de pessoa física ou jurídica que tenha demonstrado incapacidade administrativa, financeira ou técnica ou má conduta ética na execução de contratação anterior firmada com o ISSSL, sem que tais atos impliquem direito de reclamação, indenização ou reembolso.

Art. 8º - A apresentação de proposta em procedimento de contratação do ISSSL implica a aceitação, pelo proponente, de forma irrestrita e irretratável, das normas que regulam o respectivo procedimento, especialmente às normas expressas neste Regulamento, e daquelas previstas no instrumento convocatório.

SEÇÃO II - DO CADASTRO DE FORNECEDORES

Art.9º - Para requerer a Inscrição no Cadastro de Fornecedores, o interessado deverá apresentar requerimento instruído com os documentos descritos abaixo, de acordo com sua Capacidade Técnica e Idoneidade Financeira:

I. Habilitação Jurídica;
II. Qualificação Técnica;
III. Qualificação Econômico-Financeira;

P. M. A Fls. 32 Ass.

OFICIAL DE R.C.P.J. 067123 COTIA SP

IV. Regularidade Fiscal.

§ 1º - A documentação relativa à habilitação jurídica, conforme o caso, consistirá em:

a) cédula de identidade;
b) registro comercial, no caso de empresa individual;
c) ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
d) inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
e) decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

§ 2º - A documentação relativa à regularidade fiscal e trabalhista, conforme o caso, consistirá em:

a) Cartão de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou no Cadastro Geral de Pessoa Jurídica (CNPJ);
b) Certidão de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do interessado, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto que se pretende contratar;
c) Certidão de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do interessado, ou outra equivalente, na forma da lei;
d) Certidão de regularidade relativa à Seguridade Social, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;
e) Certidão de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;
f) Certidão de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa (CNDT) expedida pelo TST.

§ 3º - A documentação relativa à qualificação técnica limitar-se-á a:

a) registro ou inscrição na entidade profissional competente;
b) comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da futura contratação, e indicação das instalações e do aparelhamento e do pessoal técnico adequados e disponíveis para a realização do contrato mediante apresentação de atestados

P. M. A
Fls. 1319
Ass.

fornecidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, que comprovem que o interessado já prestou anteriormente o serviço de maneira satisfatória.

§ 4º - A documentação relativa à qualificação econômico-financeira limitar-se-á a:

a) certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física;

b) comprovação de capital social ou patrimônio líquido da empresa de no mínimo 100 (cem) vezes o maior salário-mínimo vigente no País, no caso de Empresa Individual de Responsabilidade Limitada – EIRELI, nos termos da n.º 12.441/2011, e/ou compatível com o número de empregados, observando-se os parâmetros previstos na Lei nº 13.429/2017, sendo eles:

b.1) empresas com até dez empregados - capital mínimo de R$ 10.000,00 (dez mil reais);

b.2) empresas com mais de dez e até vinte empregados - capital mínimo de R$ 25.000,00;

b.3) empresas com mais de vinte e até cinquenta empregados - capital mínimo de R$ 45.000,00 (quarenta e cinco mil reais);

b.4) empresas com mais de cinquenta e até cem empregados - capital mínimo de R$ 100.000,00 (cem mil reais);

b.5) empresas com mais de cem empregados - capital mínimo de R$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais).

Art. 10 - O procedimento de compras será processado com pelo menos 03 (três) fornecedores ou concorrentes, e se destina a selecionar, dentre as propostas, a mais vantajosa, técnica e financeiramente, e será julgada em estrita observância aos princípios descritos neste Regulamento e no estatuto do ISSSL, não sendo admitidos critérios que frustrem a busca da melhor proposta de fornecimento de bens ou serviços.

§1º - A escolha da melhor proposta levará em consideração, além do preço, os aspectos operacionais das propostas apreciadas, os motivos que deram azo a celebração do Contrato de Gestão, o currículo dos proponentes, o interesse dos beneficiários, a qualidade dos produtos e a qualidade técnica dos bens ou serviços.

§ 2º - A qualidade técnica será avaliada através de atestados de idoneidade técnica ou por meio de avaliação de especialistas, podendo ser realizada antes ou após formalização do procedimento de contratação, a depender da complexidade do objeto e o custo da elaboração da proposta pelo participante do processo.

SEÇÃO III – DO JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

P. M. A
Fls. 320
Ass.

Art. 11 - No julgamento das propostas serão considerados os seguintes critérios:

a) Adequação das propostas ao objeto do procedimento;
b) Qualidade;
c) Rendimento;
d) Preço;
e) Prazos de fornecimento ou de conclusão;
f) Condições de pagamento;
g) Outros critérios previstos no instrumento convocatório.

§ 1º - É vedado a utilização de qualquer critério de julgamento que possa favorecer qualquer proponente.

§ 2º - Não será considerada qualquer oferta de vantagem não prevista no instrumento convocatório, nem preço ou vantagem baseada nas ofertas dos demais proponentes.

§ 3º - Não se admitirá proposta que apresente preço global ou unitário simbólico, irrisório ou de valor zero, exceto se previsto no instrumento convocatório.

§ 4º - No exame do preço serão consideradas todas as circunstâncias de que resulte vantagem para o ISSSL.

Art. 12 – O ISSSL não pode descumprir as normas e condições do instrumento convocatório, ao qual se acha estritamente vinculado.

Parágrafo único – Qualquer cidadão ou proponente é parte legítima para impugnar o processo de contratação, detalhando as falhas ou irregularidades que viciam o instrumento convocatório, devendo protocolar o pedido até 2 (dois) dias úteis antes da data fixada para a entrega dos documentos de habilitação, devendo o ISSSL julgar e responder a impugnação em até 5 (cinco) dias úteis, podendo ser prorrogado.

Art. 13 - A juízo devidamente justificado do ISSSL, o critério de julgamento das propostas será, conforme o objeto do instrumento convocatório o de menor preço, o de maior desconto, o de maior oferta de preço, o de técnica e preço, o de melhor adequação técnica observado, em todo caso, o valor referencial estimado.

Art. 14 - O julgamento pelo menor preço ou maior desconto considerará o menor dispêndio para o ISSSL, atendidos os parâmetros mínimos de qualidade definidos no instrumento convocatório.

§ 1º - Os custos indiretos, relacionados com as despesas de manutenção, utilização, reposição, depreciação e impacto ambiental, entre outros fatores, serão considerados para a definição do menor dispêndio, sempre que objetivamente mensuráveis.

§ 2º - O julgamento por maior desconto terá como referência a condição prevista no instrumento convocatório, podendo ser estendido aos eventuais termos aditivos.

P. M. A
Fls. 134
Ass.

OFICIAL DE R.C.P.J.
067.20

§ 3º - No caso de obras ou serviços de engenharia, o percentual de desconto apresentado pelos proponentes incidirá linearmente sobre os preços de todos os itens do orçamento apresentado.

Art. 15 - No julgamento pela melhor combinação de técnica e preço, serão avaliadas e ponderadas as propostas técnicas e de preço apresentadas pelos proponentes, mediante a utilização de parâmetros objetivos inseridos obrigatoriamente no instrumento convocatório.

§ 1º - O critério de julgamento a que se refere o *caput* será utilizado quando a avaliação e a ponderação da qualidade técnica das propostas que superarem os requisitos mínimos estabelecidos no instrumento convocatório forem relevantes aos fins pretendidos pelo ISSSL, e será destinado exclusivamente a objetos:

a) De natureza predominantemente intelectual e de inovação tecnológica ou técnica; ou
b) Que possam ser executados com diferentes metodologias ou tecnologias de domínio restrito no mercado, demonstradas as vantagens e qualidades que eventualmente forem oferecidas para cada produto ou solução.

§ 2º - É permitida a atribuição de fatores de ponderação distintos para valorar as propostas técnicas e de preço, e o percentual de ponderação mais relevante será limitado a setenta por cento.

Art. 16 - O julgamento pela melhor adequação técnica selecionará a proposta tecnicamente mais adequada para a execução do objeto com base em critérios previamente estabelecidos pelo requisitante e dispostos no instrumento convocatório, no qual será definida a remuneração atribuída ao vencedor.

§ 1º - O critério de julgamento referido no *caput* poderá ser utilizado para a contratação de projetos, bens e serviços de natureza especializada.

§ 2º - A área técnica responsável elaborará parecer em que classificará as propostas apresentadas.

Art. 17 - O julgamento pela maior oferta de preço será utilizado no caso de contratos que resultem em receita.

§ 1º - Quando utilizado o critério de julgamento pela maior oferta de preço, os requisitos de qualificação técnica e econômico-financeira poderão ser dispensados.

§ 2º - No julgamento pela maior oferta de preço, poderá ser exigida a comprovação do recolhimento de quantia a título de garantia, como requisito de habilitação, limitada a 5% (cinco por cento) do valor ofertado.

§ 3º - Na hipótese do § 2º, o proponente vencedor perderá o valor da entrada caso não efetive o pagamento devido no prazo estipulado.

CARTÓRIO DE R.C.P.J. 06/23

P. M. A Fls. 322 Ass.

Art. 18 – O ISSSLsempre poderá negociar condições mais vantajosas com o interessado mais bem classificado, e com os demais participantes da seleção pública, respeitadas a ordem de classificação inicialmente estabelecida, quando o preço do primeiro colocado, mesmo após a negociação, for desclassificado por sua proposta permanecer acima do valor referencial ou for inexequível.

SEÇÃO IV – DO PROCEDIMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES

Art. 19 – Para fins do presente Regulamento considera-se compra toda aquisição onerosa de bens para fornecimento de uma só vez ou em parcelas, podendo obedecer aos ritos de compras de rotina ou compras em regime de urgência.

§ 1º - Consideram-se:

a) Compras de rotina - as que se destinam a aquisição de bens comuns de uso frequente, cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos por meio de especificações usuais no mercado.
b) Compras em regime de urgência – aquisição de material inexistente no estoque do Departamento de Materiais; os decorrentes de fatos imprevisíveis de necessidade imediata ou, ainda, em virtude do atraso na entrega pelos fornecedores.

Art. 20 – O procedimento de compras e contratações, que deverá ser apresentado ao Diretor Corporativo para aprovação, compreende o cumprimento das seguintes etapas:

a) Solicitação de compra e, ou, contratação pelorespectivoDepartamento de Serviços do ISSSL;
b) Consulta de preços;
c) Qualificação de fornecedores;
d) Apuração de melhor oferta;
e) Emissão de ordem de compra ou fornecimento ou Descritivo Técnico para Emissão de Contratos.

Art. 21 – A melhor oferta será apurada nos termos do artigo10 deste Regulamento e será decidida pelo Diretor Corporativo do ISSSL, com a ratificação expressa da Diretoria.

Art. 22 – A emissão de ordem de compra e fornecimento ou Descritivo Técnico para Emissão de Contratos encerra o procedimento de compras ou contratações e será emitido pelos respectivos Departamentos de Serviços sempre que ultrapassarem o valor R$ 8.000,00 (oito mil reais).

Art. 23 – É dispensável o procedimento de compras:

§ 1º - Nos casos de início de Contrato de Gestão, Contrato Emergencial ou convênio com duração inferior a 12 (doze) meses, e que não houve a transição do serviço com pelo menos 30 (trinta) dias de antecedência entre a assinatura do contrato e a efetiva

P. M. A
Fls. 1322
Ass.

prestação do serviço, e somente para bens e serviços necessários ao atendimento do objeto do Contrato de Gestão ou convênio;

§ 2º - Nos casos de urgência, que venham a atingir o objeto do Contrato de Gestão ou convênio, e que ocorra dentro dos 03 (três) primeiros meses do instrumento, bem como demandas provocadas por fatos excepcionais e supervenientes;

§ 3º - Quando não acudirem interessados a consulta de preços, mantidas as condições do instrumento convocatório;

§ 4º - Ter como valor referencial Atas de Registro de Preços mantidos pela Administração Pública;

§ 5º - Para compras de pequeno valor, consideradas aquelas inferiores a R$ 8.000,00 (oito mil reais), que deverão ser adquiridas por Nota Fiscal;

§ 6º - Nos casos de Dispensa elencados no artigo 24, incisos IV, V, VII, X, XII, XXII, XXIV, XXVII, XXXII, XXXIV da Lei Federal n.º 8.666/1993.

Art. 24 – O procedimento de compras será inexigível quando inviável a competição, em especial:

§ 1º - Para aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo, devendo ser comprovado a exclusividade, e justificado, nestes casos, pelo corpo técnico a escolha da marca ou produto;

§ 2º - Para a contratação de serviços técnicos de natureza singular, com profissionais ou empresas de notória especialização, vedada a inexigibilidade para serviços de publicidade;

§ 3º - Para contratação de profissional de qualquer setor artístico, diretamente ou através de empresário exclusivo;

§ 4º - Nos demais casos de inexigibilidade previstos no artigo 25 da Lei Federal n.º 8.666/1993.

§5º - Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnicos profissionais especializados os trabalhos relativos a:

a) Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
b) Pareceres, perícias e avaliações em geral;
c) Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias financeiras;
d) Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
e) Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
f) Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
g) Prestação de serviços de assistência;
h) Serviços de informática.

P. M. A
Fls. 1324
Ass.

Art. 25 – O processo de dispensa e de inexigibilidade será autorizado pelo Diretor Corporativo, com anuência da Diretoria, mediante parecer prévio do Departamento Jurídico e será instruído com os seguintes elementos:

a) Caracterização da situação que justifique a dispensa e a inexigibilidade;
b) Razão da escolha o fornecedor ou executante.

SEÇÃO V – DA HABILITAÇÃO

Art. 26 - A qualificação do fornecedor ou candidato constará em despacho do Departamento Jurídico, sendo esta composta pela verificação dos documentos legais e técnicos, elencados no art. 9º deste Regulamento, e apresentados em conformidade com o art. 8º.

§1º - Para o fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos, OPME e correlatos são necessários também os documentos listados abaixo, caso haja formalização contratual:

a) Cópia autenticada do registro do Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União – obrigatório para fabricante e distribuidor;
b) Cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos, no caso de distribuidora ou representante;
c) Licença de funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária;
d) Certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe, ou o protocolo de assunção desta responsabilidade técnica - obrigatório pelo fabricante e distribuidor;
e) Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – obrigatório para o fabricante;
f) Cópia autenticada de autorização especial para medicamentos da Portaria n.º 344/98 SVS-MS – obrigatório para fabricante e distribuidor.

§2º - Caso não haja formalização contratual, e a compra proceda de cotação para fornecimento imediato, fica dispensado a documentação do artigo 9º, devendo ser substituída pelo processo de cotação previsto neste Regulamento.

CAPÍTULO III – DA CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS

SEÇÃO I – DEFINIÇÃO

Art. 27 - Para fins do presente Regulamento considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse do ISSSL, realizada por terceiros, como: demolição, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparo, adaptação,

OFICIAL DE R.C.P.J. 067523

P. M. A Fls. 125 Ass.

manutenção, transporte, locação de bens, publicidade e seguro, consultoria, assessoria, hospedagem, alimentação, serviços técnicos profissionais especializados, produção artística, serviços gráficos, bem como obras civis, englobando construção, reforma, recuperação ou ampliação.

Art. 28 – A contratação de pessoa jurídica para prestação de serviços assistenciais será autorizada pelo gestor responsável, após apresentação de proposta de minuta de contrato pelos interessados, levando-se em consideração, no que couber, as disposições contidas neste Regulamento.

Parágrafo único – Na hipótese do *caput*, a pessoa jurídica deverá apresentar a documentação elencada no artigo 9º deste Regulamento, no que couber, podendo o ISSSL exigir documentação complementar.

SEÇÃO II – DA CONTRATAÇÃO

Art. 29 - Os contratos deverão estabelecer com clareza e precisão as condições de execução, aplicando-lhes as normas de direito civil, os princípios da teoria geral de contratos e as disposições do direito privado.

Art. 30 - A venda ou fornecimento de bens e serviços para o ISSSL implica a aceitação integral e irretratável dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados pelo ISSSL, bem como a observância deste Regulamento e normas aplicáveis.

Parágrafo único - Para todas as compras de bens e serviços deverão ser emitidas, pelo fornecedor, Nota Fiscal de venda ou de prestação de serviços, ou fatura de prestação de serviços.

Art. 31 - A critério do ISSSL, poderão ser exigidas garantias de execução do contrato na modalidade de caução ou fiança bancária.

Art. 32 – Ao ISSSL caberá fiscalizar a execução dos contratos, podendo aplicar as sanções previstas contratualmente, quando descumpridas as cláusulas pactuadas.

Parágrafo único - A inexecução total ou parcial do contrato poderá acarretar a sua rescisão, respondendo a parte que a causou com as consequências contratuais e previstas em lei.

CAPÍTULO IV – DA CONTRATAÇÃO DE PESSOAL

SEÇÃO I – PRINCÍPIOS

Art. 33 - Todas as normas aplicáveis ao recrutamento, seleção, contratação e avaliação de pessoal para integrarem os quadros da Organização Social reger-se-ão pelos princípios básicos da moralidade e boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e busca permanente de

P. M. A
Fls. 1226
Ass.

qualidade e competência de profissionais, bem como pela adequação aos objetivos da entidade.

Art. 34 - Todo o processo de recrutamento, seleção, contratação e avaliação de pessoal de que trata este Regulamento deve estar devidamente documentado, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização das instâncias pertinentes.

SEÇÃO II–DAS PROFISSÕES REGULAMENTADAS

Art. 35 - Na contratação de pessoal cujas profissões possuam regulamentação própria, além da documentação prevista no artigo 9º deste Regulamento de Compras, os profissionais deverão apresentar ao Departamento de Recursos Humanos Central do ISSSL os seguintes documentos:

a) Cópia autenticada do cadastro no respectivo conselho de classedo local de prestação do serviço;
b) Cópia autenticada do diploma de conclusão de curso superior em instituição reconhecida pelo MEC;
c) Cópia autenticada do título de especialista, quando cabível;
d) Certidão ética profissional;
e) Cópia autenticada do registro geral;
f) Cópia do comprovante de residência;
g) Duas fotos 3x4, recentes;
h) Certidão de antecedentes criminais.

§ 1º - Os profissionais dos serviços assistenciais especializados apresentarão os documentos diretamente aos Coordenadores e, ou, Diretores Médicos.

§ 2º - Além da documentação elencada nas alíneas "a" à "h" do *caput* deste artigo, os Coordenadores e, ou, Diretores Médicos realizarão entrevista prévia, devendo consultar o banco de dados da instituição onde serão prestados os serviços, bem como o sítio eletrônico do respectivo Conselho de Classe a fim de verificar a situação atualizada do candidato e a veracidade dos dados apresentados.

§3º - Atendido o previsto no parágrafo anterior, o Coordenador, e, ou, Diretor Médico encaminhará as informações obtidas em conjunto da documentação apresentada ao Departamento de Recursos Humanos Central do ISSSL.

§4º - A critério do Departamento de Recursos Humanos, outros documentos poderão ser solicitados.

SEÇÃO III – DAS OBRIGAÇÕES DO DIRETOR E COORDENADOR MÉDICO

P. M. A
Fls. 327
Ass.

Art. 36 - Além das disposições regulamentares editadas pelos conselhos de fiscalização profissional, o Diretor e o Coordenador Médico obedecerão às disposições previstas em contrato e neste Regulamento, em especial:

a) Coordenação presencial na Unidade e na cobertura dos plantões, de acordo com a necessidade do serviço;
b) O uso de jaleco e crachás de identificação;
c) Ostentar especialização médica e, quando necessário, cursos de atualizações, como emergências médicas ATLS, ACLS entre outros;
d) Participar de reuniões da instituição e município, sempre que solicitado;
e) Zelar pelas boas práticas de atendimento preconizadas pela instituição e pelos órgãos competentes;
f) Acionar a chefia imediata sempre que houver dúvidas;
g) Disponibilidade integral para a resolução de problemas através de telefone celular, smartphones, computadores ou qualquer outro meio que proporcione a comunicação imediata, informando a chefia médica imediata uma linha fixa para contato;
h) Seguir em estrita conformidade as diretrizes do Sistema Único de Saúde, em especial o atendimento humanizado aos pacientes;
i) Implantar comissões médicas obrigatórias e gerenciar as atas destas comissões;
j) Trabalhar em conjunto com outras unidades, ajudando a instituição globalmente;
k) Implantar, implementar e supervisionar protocolos de atendimento;
l) Coordenar a solicitação de pedidos de transferência para referências;
m) Entrevistar e encaminhar para o Departamento de Recursos Humanos os novos membros a serem contratados para o corpo clínico;
n) Coordenar a assistência médica realizada pela equipe sob sua responsabilidade;
o) Gerenciar junto à regulação médica as transferências de pacientes, quando necessário.

TÍTULO I – DO PROCESSO SELETIVO

SEÇÃO I – DO PROCEDIMENTO

Art. 37 - Os candidatos interessados em participar de processos seletivos conduzidos pelo ISSSL, deverão observar os critérios e requisitos fixados neste Regulamento.

§1º - O processo seletivo tem como objetivo promover a movimentação de recursos humanos em caráter interno ou externo, promovendo a integração dos quadros funcionais, através de substituições, promoções e cobertura de afastamentos temporários.

P.M.C.P.J. 067823

P. M. A
Fls. 132
Ass.

§2º - Toda movimentação no quadro de colaboradores de uma unidade deverá ser realizada através do preenchimento do formulário de Requisição de Recursos Humanos, preenchido e encaminhado pelo Gestor da Unidade requisitante, responsável pela vaga aberta.

§4º - As Unidades atuantes deverão encaminhar as requisições, via e-mail, à Diretoria Administrativa do ISSSL, contendo a assinatura eletrônica do gestor responsável pela Unidade.

§5º - Os candidatos deverão encaminhar seu *Curriculum Vitae* via e-mail, e ou, entregá-lo pessoalmente no endereço informado no sítio eletrônico ou ao setor ou empresa de RH do Serviço de Saúde a que pretende se inscrever, respeitando os prazos estabelecidos.

§6º - Além do banco de dados previsto no parágrafo anterior, o Departamento de Recursos Humanos analisará os currículos recebidos pelos correios, sítio eletrônicos de recolocação, pesquisas pela Internet, convênio com escolas e faculdades, e recebimentos de material através de consultorias.

§7º - O recrutamento poderá ser realizado internamente, com aproveitamento de profissionais que já atuam na unidade ou externamente, promovendo-se a busca de candidatos de acordo com o perfil técnico e comportamental definidos pelo ISSSL.

§8º - A abertura do processo seletivo será realizada através da Requisição de Recursos Humanos, que deverá ser confeccionada pelo gestor solicitante da área e entregue ao Departamento de Recursos Humanos, com a aprovação da Diretoria.

Art. 38 – O Departamento de Recursos Humanos promoverá processo de avaliação e seleção que preveja e observe obrigatoriamente as seguintes etapas:

a) Etapa I – Análise do *Curriculum Vitae* frente aos requisitos mínimos exigidos pela vaga e convocação destes para participação no processo de avaliação.
b) Etapa II – A avaliação dos candidatos convocados na Etapa I será realizada, mediante pertinência técnica e juízo de conveniência do avaliador, conforme os procedimentos seguintes:

b.1) Aplicação de prova de conhecimentos específicos e situacionais;

b.2) Aplicação de prova de redação;

b.3) Avaliação psicológica: entrevistas, aplicação de testes psicológicos e dinâmicas de grupo.

c) Etapa III – Os candidatos aprovados na Etapa II do processo seletivo serão convocados para entrevista final;
d) Etapa IV – Preencherão as vagas disponíveis os candidatos aprovados na entrevista final, a critério do ISSSL.

P. M. A
Fls. 1329
Ass.

Art. 39 - O candidato deve respeitar o prazo informado para apresentação da documentação requerida, sob pena de eliminação do processo seletivo.

Art. 40 - A aprovação no processo seletivo não enseja aobrigatoriedade da contratação, tampouco confere direito subjetivo à vaga, apenas qualifica o candidato ao perfil da vaga podendo, tal processo, servir para cadastro de candidatos potencialmente aptos.

Parágrafo único - A critério do ISSSL e consoante a especificidade dos cargos a serem selecionados, as etapas anteriores poderão ser ampliadas ou reduzidas, para melhor adequação ao processo seletivo desses profissionais.

Art. 41- Todos os resultados de seleção serão devidamente divulgados no sítio eletrônico do ISSSL.

Art.42- Será assegurado aos portadores de deficiência o direito de participação no Recrutamento e Seleção, de acordo com as proporções estabelecidas no artigo 93, da Lei Federal n.º 8.213/91.

Art. 43 – Todas as unidades do ISSSL observarão as disposições deste Regulamento, incentivando a leitura por todos os Gestores que nesses sítios eletrônicos contratar recursos humanos em suas áreas e os colaboradores que tenham interesse em participar de recrutamento.

SEÇÃO II – DO PROCESSO SELETIVO INTERNO

Art. 44 – Os processos seletivos para movimentação de recursos humanos em âmbito interno, serão anunciados em murais fixados nas unidades, obedecidas as seguintes condições:

a) Estiver atuando há no mínimo 06 (seis) meses contínuos no ISSSL;
b) Não apresentarem registro de advertências de conduta em um período de 06 (seis) meses antecedentes ao ato de inscrição;
c) Avaliação de desempenho,com periodicidade fixada pelo Departamento de Recursos Humanos;
d) Não possuir férias programas para os próximos 6 (seis) meses;
e) Atender a todos os requisitos definidos para o cargo;
f) Preencher a ficha de participação de seleção interna, Ficha de Processo Seletivo, disponibilizado pelo Departamento de Recursos Humanos;
g) O Departamento de Recursos Humanos definirá o período de recebimento dos currículos dos colaboradores.

SEÇÃO III – DA CONDUÇÃO DO PROCESSO SELETIVO

Art. 45 – Caberá aos gestores das unidades:

a) Identificar as necessidades de contratações;

P. M. A
Fls. 1330
Ass.

b) Definir o tipo de recrutamento: interno ou externo;
c) Preencher os Formulários de Requisição de Recursos Humanos;
d) Encaminhar a requisição para a Diretoria Administrativa.

Art. 46 – Caberá à Diretoria Administrativa:

a) Deferir ou indeferir o pedido de processo seletivo;
b) Se indeferido o processo, encaminhar ao Gestor da Unidade o Formulário de Requisição apresentando as justificativas do indeferimento;
c) Se deferido o processo, encaminhar o Formulário de Requisição à Gerência de Recursos Humanos.

Art. 47 – Caberá ao Departamento de Recursos Humanos:

a) Abrir o processo seletivo;
b) Informar ao Gestor requisitante o cronograma de agendamento entrevistas dos candidatos;
c) Encaminhar os candidatos ao Gestor requisitante, munidos da Carta de Encaminhamento de Funcionário;
d) Encerrar o processo seletivo com a aprovação do candidato;
e) Comunicar o resultado dos processos seletivos aos candidatos, por meio idôneo.

Art. 48 – O candidato aprovado será encaminhado para admissão até o dia 20 de cada mês, sob pena de admissão no primeiro dia útil do mês subsequente;

Art. 49 – O candidato aprovado pelo setor de Recursos Humanos e pelo Gestor da Unidade solicitante receberá do Departamento de Recursos Humanos a Relação de Documentos para contratação nos termos da CLT.

Art. 50 – O Candidato terá o prazo de 48 (quarenta e oito) horas para apresentar os documentos solicitados pelo Departamento de Recursos Humanos, sob pena eliminação do processo seletivo.

SEÇÃO IV – DOS CARGOS, SALÁRIOS E BENEFÍCIOS

Art. 51 - A estrutura dos cargos, salários e benefícios deverá observar as diretrizes fixadas pela Diretoria do ISSSL, as normas técnicas aplicáveis, piso salariais de categorias profissionais serão devidamente regulamentados em lei e pela legislação trabalhista vigente, de tal sorte a assegurar remunerações compatíveis com as atividades exercidas pelos profissionais, pela competitividade do mercado, pela localização geográfica em que inserido o ISSSL e por outras variáveis que impactarem as dimensões econômicas, administrativas e jurídicas, dentre outras.

P. M. A
Fls. 139
Ass.

TÍTULO II– DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 52 - Os empregados serão admitidos sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária e jornada previamente estabelecida em contrato de trabalho, a qual deve ser garantida prévia ciência pelo empregado, compatível com cada cargo ou função, podendo variar para os períodos diurno, noturno ou variável, na forma de revezamento ou escala de serviço;

Art. 53 - É permitida a contratação de empresa especializada em recrutamento e seleção de pessoal, a critério discricionário do ISSSL, respeitando sempre as etapas e critérios estabelecidos neste regimento.

Art. 54 - A abertura e fechamento e a especificação de cada vaga é uma decisão da Diretoria o ISSSL.

Art. 55 - Os candidatos aprovados na entrevista final e que não forem contratados em razão do número de vagas disponíveis, ficarão cadastrados no Banco de Currículos por um período de até 12 (doze) meses e poderão ser aproveitados quando do surgimento de novas oportunidades.

Art. 56 - Terá seu contrato de trabalho extinto o empregado que, dentre outras hipóteses legais ou regulamentares, não cumprir a jornada de trabalho, a carga horária semanal, apresentar baixo desempenho em suas atividades profissionais ou não cumprir as metas estabelecidas, além das circunstâncias prevista na CLT.

Art. 57 - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pela Diretoria, com base nos princípios gerais de direito.

Art. 58 - Para fins do presente Regulamento consideram Diretoria o profissional contratado para administrar o ISSSL na localidade da unidade de saúde gerida.

CAPÍTULO IV - DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 59 - Não poderão participar dos processos seletivos de compra, nem contratar com o ISSSL, pessoas físicas ou jurídicas que se relacionem com dirigentes ou pessoa com poder decisório no Poder Público que mantenha Contrato de Gestão ou Convênio com o ISSSL.

Art. 60 - O patrimônio adquirido, exclusivamente com recursos advindos do Contrato de Gestão com o Poder Público, é inalienável e deverão ser integralmente destinados à execução do Contrato de Gestão, e quando do final deste, à entidades congêneres qualificada pelos Estados ou Municípios que tenha firmado Contrato de Gestão ou Convênio, como Organização Social, ou ainda ao Estado ou Município.

P. M. A.
Fls. 327
Ass.

Art. 61 - Para alienação do patrimônio descrito no *caput* do artigo61, é necessário anuência do Estado ou Município do qual foi firmado o Contrato de Gestão, bem como, aplicação dos recursos advindos da referida alienação.

Art. 62 – Caberá à Presidência, ou Diretoria ou Gerência Administrativa competente, selecionar criteriosamente o prestador de serviços técnico profissional especializado, que poderá ser pessoa jurídica ou física, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

Art. 63 - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pela Diretoria, com base nos princípios gerais de direito.

Art. 64 - Este Regulamento entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Nada mais havendo a tratar, a Sra. Presidente suspendeu os trabalhos pelo tempo necessário para a lavratura desta ata. Reabertos os trabalhos, foi esta ata lida e, achada conforme, aprovada por todos os presentes. Na qualidade de secretária da mesa desta Assembléia Geral eu, Rosangela Sampaio Rodrigues, lavrei, redigi e relatei o teor da presente ata ao quorum desta assembléia, a qual segue por mim assinada, e pelo Sr. Presidente que será levada ao registro junto ao Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica da Comarca de Cotia/SP para seus efeitos legais, onde deu-se encerramento a esta assembléia geral.

Cotia/SP, 19 de Novembro de 2020.

Litana Grasiela dos Santos Alves
(Presidente da Mesa)

Rosangela Sampaio Rodrigues
(Secretária da Mesa)

FIRMA 2
S20251AA0046559

OFICIAL DE REG. DE TÍTULOS E DOCUMENTOS E CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS DE COTIA

Rod. Raposo Tavares, km. 23,5 Shopping Granja Vianna, Piso L3 - Cotia

Protocolado sob o nº 36.031 em 11/12/2020
REGISTRADO e MICROFILMADO sob o nº 67.828 em 15/12/2020
Averbado a margem do Registro 64770

Oficial	Estado	Ipesp	Sinoreg	Trib.	Iss	MP	Desp.	Total
129,04	38,75	25,15	6,78	8,92	2,83	6,26	0,00	215,53

Escrevente Autorizado : Renato R. F. Cunha

2.4.1 QUADRO DE PESSOAL MÉDICO

P. M. A
Fls. 1332
Ass.

PROFISSIONAIS MÉDICOS PARA HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTÔNIO ARIPUANÃ

Equipe Médica	Quantidade	Plantões	Regime de contratação
DIRETOR CLINICO /TECNICO	1	20 hs	PJ

PRONTO ATENDIMENTO

Equipe Médica	Quantidade	Plantões	Regime de contratação
MÉDICO CLÍNICO GERAL (PA)	2	122	PJ

ESPECIALIDADES MÉDICAS

Equipe Médica	Quantidade	Plantões	Regime de contratação
MÉDICO ORTOPEDISTA	1	30,5	PJ
MÉDICO PEDIATRA 24 H	1	30,5	PJ
MÉDICO ANESTESISTA 24 H	1	30,5	PJ
MÉDICO GINECOLOGISTA /OBSTETRA 24 H	1	30,5	PJ
MÉDICO CIRURGIA GERAL 12 H	1	30,5	PJ
MÉDICO AUXILIO CIRURGICO 24 h	1	30,5	PJ
MÉDICO REMOÇÃO SOBREAVISO	2	30,5	PJ

2.4.2 QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO

P. M. A
Fls. 1334
Ass.

Profissional	Quantidade	Carga Horária	Salário Base	Adic. Insal.	Adic. Noturno	CBR S/Adic. Noturno	SALÁRIOS			
							Salários	13º SALÁRIO	FÉRIAS	1/3 FÉRIAS
Auxiliar Administrativo	1	40	R$ 1.650,00	R$ 306,64			R$ 1.956,64	R$ 163,05	R$ 163,05	R$ 54,35
Encarregada da limpeza	1	44	R$ 1.920,00	R$ 306,64			R$ 2.226,64	R$ 185,55	R$ 185,55	R$ 61,85
Auxiliar de Serviços Gerais	8	12/36h	R$ 1.533,18	R$ 306,64			R$ 14.718,53	R$ 1.226,54	R$ 1.226,54	R$ 408,85
Auxiliar de Serviços Gerais N	4	12/36h	R$ 1.533,18	R$ 306,64	R$ 841,06	R$ 168,21	R$ 11.396,35	R$ 949,70	R$ 949,70	R$ 316,57
Auxiliar de Lavanderia	2	12/36h	R$ 1.533,18	R$ 306,64			R$ 3.679,63	R$ 306,64	R$ 306,64	R$ 102,21
Costureiro N	1	12/36h	R$ 2.000,00	R$ 306,64	R$ 1.054,46	R$ 210,89	R$ 3.571,99	R$ 297,67	R$ 297,67	R$ 99,22
Auxiliar de Cozinha D	2	12/36h	R$ 1.533,18	R$ 306,64			R$ 3.679,63	R$ 306,64	R$ 306,64	R$ 102,21
Auxiliar de Cozinha N	3	12/36h	R$ 1.533,18	R$ 306,64	R$ 841,06	R$ 168,21	R$ 5.698,17	R$ 474,85	R$ 474,85	R$ 158,28
Copeira	2	12/36h	R$ 1.533,18	R$ 306,64			R$ 3.679,63	R$ 306,64	R$ 306,64	R$ 102,21
Copeira N	3	12/36h	R$ 1.533,18	R$ 306,64	R$ 841,06	R$ 168,21	R$ 5.698,17	R$ 474,85	R$ 474,85	R$ 158,28
Recepcionista D	3	12/36 hs	R$ 1.650,00	R$ 306,64			R$ 3.913,27	R$ 326,11	R$ 326,11	R$ 108,70
Recepcionista N	2	12/36 hs	R$ 1.650,00	R$ 306,64	R$ 894,46	R$ 178,89	R$ 6.059,98	R$ 505,00	R$ 505,00	R$ 168,33
Farmacêutico (RT)	1	40	R$ 4.940,00	R$ 306,64			R$ 5.246,64	R$ 437,22	R$ 437,22	R$ 145,74
Farmacêuticos N	3	12/36 hs	R$ 3.800,00	R$ 306,64	R$ 1.877,32	R$ 375,46	R$ 12.718,94	R$ 1.059,90	R$ 1.059,90	R$ 353,30
Enfermeiro III	1	40 h	R$ 6.175,00	R$ 306,64			R$ 6.481,64	R$ 540,14	R$ 540,14	R$ 180,05
Enfermeiros	6	12/36 hs	R$ 4.750,00	R$ 306,64			R$ 30.339,82	R$ 2.528,32	R$ 2.528,32	R$ 842,77
Enfermeiros N	6	12/36 hs	R$ 4.750,00	R$ 306,64	R$ 2.311,60	R$ 462,32	R$ 46.983,37	R$ 3.915,28	R$ 3.915,28	R$ 1.305,09
Controlador de Acesso D	2	12/36 hs	R$ 1.782,00	R$ 306,64			R$ 4.177,27	R$ 348,11	R$ 348,11	R$ 116,04
Controlador de Acesso N	2	12/36 hs	R$ 1.782,00	R$ 306,64	R$ 954,80	R$ 190,96	R$ 6.468,80	R$ 539,07	R$ 539,07	R$ 179,69
Tecnico de radiologia	3	24 h	R$ 2.617,14	R$ 1.046,94	R$ 1.625,10	R$ 325,02	R$ 17.023,18	R$ 1.418,60	R$ 1.418,60	R$ 472,87
Técnico em Enfermagem - D	7	12/36 hs	R$ 3.325,00	R$ 306,64			R$ 25.421,45	R$ 2.118,45	R$ 2.118,45	R$ 706,15
Técnico em Enfermagem - N	7	12/36 hs	R$ 3.325,00	R$ 306,64	R$ 1.660,18	R$ 332,04	R$ 39.366,93	R$ 3.280,58	R$ 3.280,58	R$ 1.093,53
Técnico em Imobilização	1	12/36 hs	R$ 2.094,00	R$ 306,64			R$ 4.801,27	R$ 400,11	R$ 400,11	R$ 133,37
Tecnico de Segurança do Trabalho	1	40h	R$ 3.144,48	R$ 306,64			R$ 3.551,12	R$ 295,93	R$ 295,93	R$ 98,64
Auxiliar de Farmacia	1	12/36h	R$ 1.650,00	R$ 306,64			R$ 1.956,64	R$ 163,05	R$ 163,05	R$ 54,35
Auxiliar de Farmacia N	2	12/36h	R$ 1.650,00	R$ 306,64	R$ 894,46	R$ 178,89	R$ 6.059,98	R$ 505,00	R$ 505,00	R$ 168,33
Jovem Aprendiz	2	20H	R$ 712,99				R$ 1.425,98	R$ 118,83	R$ 118,83	R$ 39,61
TOTAL	**74**		**R$ 66.300,07**	**R$ 8.712,84**	**R$ 13.845,56**	**R$ 2.769,11**	**R$ 278.301,55**	**R$ 23.191,80**	**R$ 23.191,80**	**R$ 7.730,60**

Encargos				Custos de Rescisão		Benefícios							Total Geral
FGTS	INSS	PIS	AVISO PRÉVIO	MULTA FGTS	Bem estar	PAP/Programa Assistencial	Uniforme	Medicina Ocupacional	Vale alimentação	Dentometria	Seguro de vida		
R$ 186,97	R$ 649,71	R$ 25,00	R$ 163,05	R$ 74,79	R$ 26,10	R$ 26,96	R$ 30,00	R$ 21,30	R$ 200,00		R$ 15,00	R$	3.755,97
R$ 212,77	R$ 739,37	R$ 28,45	R$ 185,55	R$ 85,11	R$ 26,10	R$ 26,96	R$ 30,00	R$ 21,30	R$ 200,00		R$ 15,00	R$	4.230,20
R$ 1.406,44	R$ 4.887,37	R$ 188,07	R$ 1.226,54	R$ 562,57	R$ 208,80	R$ 215,68	R$ 240,00	R$ 170,40	R$ 1.600,00		R$ 120,00	R$	28.406,14
R$ 1.088,98	R$ 3.784,22	R$ 145,62	R$ 948,70	R$ 435,59	R$ 104,40	R$ 107,84	R$ 120,00	R$ 85,20	R$ 800,00		R$ 60,00	R$	21.293,85
R$ 351,61	R$ 1.221,84	R$ 47,02	R$ 306,64	R$ 140,64	R$ 52,20	R$ 53,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00		R$ 30,00	R$	7.101,58
R$ 341,32	R$ 1.186,10	R$ 45,64	R$ 297,67	R$ 136,53	R$ 26,10	R$ 26,96	R$ 30,00	R$ 21,30	R$ 200,00		R$ 15,00	R$	6.583,16
R$ 351,61	R$ 1.221,84	R$ 47,02	R$ 306,64	R$ 140,64	R$ 52,20	R$ 53,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00		R$ 30,00	R$	7.101,58
R$ 544,43	R$ 1.892,11	R$ 72,81	R$ 474,85	R$ 217,80	R$ 52,20	R$ 53,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00		R$ 30,00	R$	10.646,93
R$ 351,61	R$ 1.221,84	R$ 47,02	R$ 306,64	R$ 140,64	R$ 52,20	R$ 53,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00		R$ 30,00	R$	7.101,58
R$ 544,43	R$ 1.892,11	R$ 72,81	R$ 474,85	R$ 217,80	R$ 52,20	R$ 53,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00		R$ 30,00	R$	10.646,93
R$ 373,93	R$ 1.299,42	R$ 50,00	R$ 326,11	R$ 149,57	R$ 52,20	R$ 53,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00		R$ 30,00	R$	7.513,95
R$ 579,06	R$ 2.012,25	R$ 77,43	R$ 505,00	R$ 231,63	R$ 52,20	R$ 53,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00		R$ 30,00	R$	11.282,40
R$ 501,35	R$ 1.742,17	R$ 67,04	R$ 437,22	R$ 200,54	R$ 26,10	R$ 26,96	R$ 30,00	R$ 21,30	R$ 200,00		R$ 15,00	R$	9.834,49
R$ 1.315,36	R$ 4.223,38	R$ 162,52	R$ 1.059,90	R$ 486,14	R$ 52,20	R$ 53,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00		R$ 30,00	R$	22.977,95
R$ 619,36	R$ 2.152,26	R$ 82,82	R$ 540,14	R$ 247,74	R$ 26,10	R$ 26,96	R$ 30,00	R$ 21,30	R$ 200,00		R$ 15,00	R$	11.703,63
R$ 2.899,14	R$ 10.074,50	R$ 387,68	R$ 2.528,32	R$ 1.159,66	R$ 156,60	R$ 161,76	R$ 180,00	R$ 127,80	R$ 1.200,00		R$ 90,00	R$	55.204,68
R$ 4.489,52	R$ 15.601,09	R$ 600,34	R$ 3.915,28	R$ 1.796,81	R$ 156,60	R$ 161,76	R$ 180,00	R$ 127,80	R$ 1.200,00		R$ 90,00	R$	81.437,23
R$ 399,16	R$ 1.387,09	R$ 53,38	R$ 348,11	R$ 159,66	R$ 52,20	R$ 53,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00		R$ 30,00	R$	7.975,63
R$ 618,13	R$ 2.148,00	R$ 82,66	R$ 539,07	R$ 247,25	R$ 52,20	R$ 53,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00		R$ 30,00	R$	17.000,46
R$ 1.626,06	R$ 5.652,64	R$ 217,52	R$ 1.418,60	R$ 650,66	R$ 78,30	R$ 80,88	R$ 90,00	R$ 63,90	R$ 600,00	R$ 90,00	R$ 45,00	R$	30.947,40
R$ 2.429,56	R$ 8.441,33	R$ 324,83	R$ 2.118,45	R$ 971,66	R$ 182,70	R$ 188,72	R$ 210,00	R$ 149,10	R$ 1.400,00		R$ 105,00	R$	46.865,48
R$ 3.761,73	R$ 13.072,01	R$ 503,02	R$ 3.280,58	R$ 1.504,69	R$ 182,70	R$ 188,72	R$ 210,00	R$ 149,10	R$ 1.400,00		R$ 105,00	R$	71.379,16
R$ 458,79	R$ 1.594,29	R$ 61,35	R$ 400,11	R$ 183,52	R$ 52,20	R$ 53,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00		R$ 30,00	R$	9.071,62
R$ 388,33	R$ 1.179,17	R$ 45,38	R$ 295,93	R$ 135,73	R$ 26,10	R$ 26,96	R$ 30,00	R$ 21,30	R$ 200,00		R$ 15,00	R$	6.556,50
R$ 186,97	R$ 649,71	R$ 25,00	R$ 163,05	R$ 74,79	R$ 26,10	R$ 26,96	R$ 30,00	R$ 21,30	R$ 200,00		R$ 15,00	R$	3.755,97
R$ 579,06	R$ 2.012,25	R$ 77,43	R$ 505,00	R$ 231,63	R$ 52,20	R$ 53,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00		R$ 30,00	R$	11.282,40
R$ 196,26	R$ 479,50	R$ 18,22	R$ 118,83	R$ 54,50	R$ 52,20	R$ 53,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00		R$ 30,00	R$	3.148,30
R$ 26.593,26	**R$ 82.411,58**	**R$ 3.556,08**	**R$ 23.191,80**	**R$ 10.637,30**	**R$ 1.931,40**	**R$ 1.995,04**	**R$ 2.220,00**	**R$ 1.576,20**	**R$ 14.800,00**	**R$ 90,00**	**R$ 1.110,00**	**R$ 512.528,39**	

P. M. A
Fls. 1325
Ass.

EQUIPE DE REMOÇÃO	Quantidade	Carga Horária	Salário Base	Adic. Insal.	Adic. Noturno	DSR S/Adic. Noturno	SALÁRIOS			
							Salários	13º SALÁRIO	FÉRIAS	1/3 FÉRIAS
Enfermeiros	2	12/36h	R$ 4.750,00	R$ 306,64			R$ 10.113,27	R$ 842,77	R$ 842,77	R$ 280,92
Enfermeiros N	2	12/36h	R$ 4.750,00	R$ 306,64	R$ 2.311,60	R$ 462,32	R$ 15.661,12	R$ 1.305,09	R$ 1.305,09	R$ 435,03
Técnico em Enfermagem - D	2	12/36h	R$ 3.325,00	R$ 306,64			R$ 7.269,27	R$ 605,27	R$ 605,27	R$ 201,76
Técnico em Enfermagem - N	2	12/36h	R$ 3.325,00	R$ 306,64	R$ 1.660,18	R$ 332,04	R$ 11.247,69	R$ 937,31	R$ 937,31	R$ 312,44
Motorista de ambulância D	2	12/36h	R$ 1.882,00	R$ 306,64			R$ 4.377,27	R$ 364,77	R$ 364,77	R$ 121,59
Motorista de ambulância N	2	12/36h	R$ 1.882,00	R$ 306,64	R$ 1.000,52	R$ 200,10	R$ 6.778,52	R$ 564,88	R$ 564,88	R$ 188,29
TOTAL	12	0	R$ 19.914,00	R$ 1.839,82	R$ 4.972,30	R$ 994,46	R$ 55.441,15	R$ 4.620,10	R$ 4.620,10	R$ 1.540,03

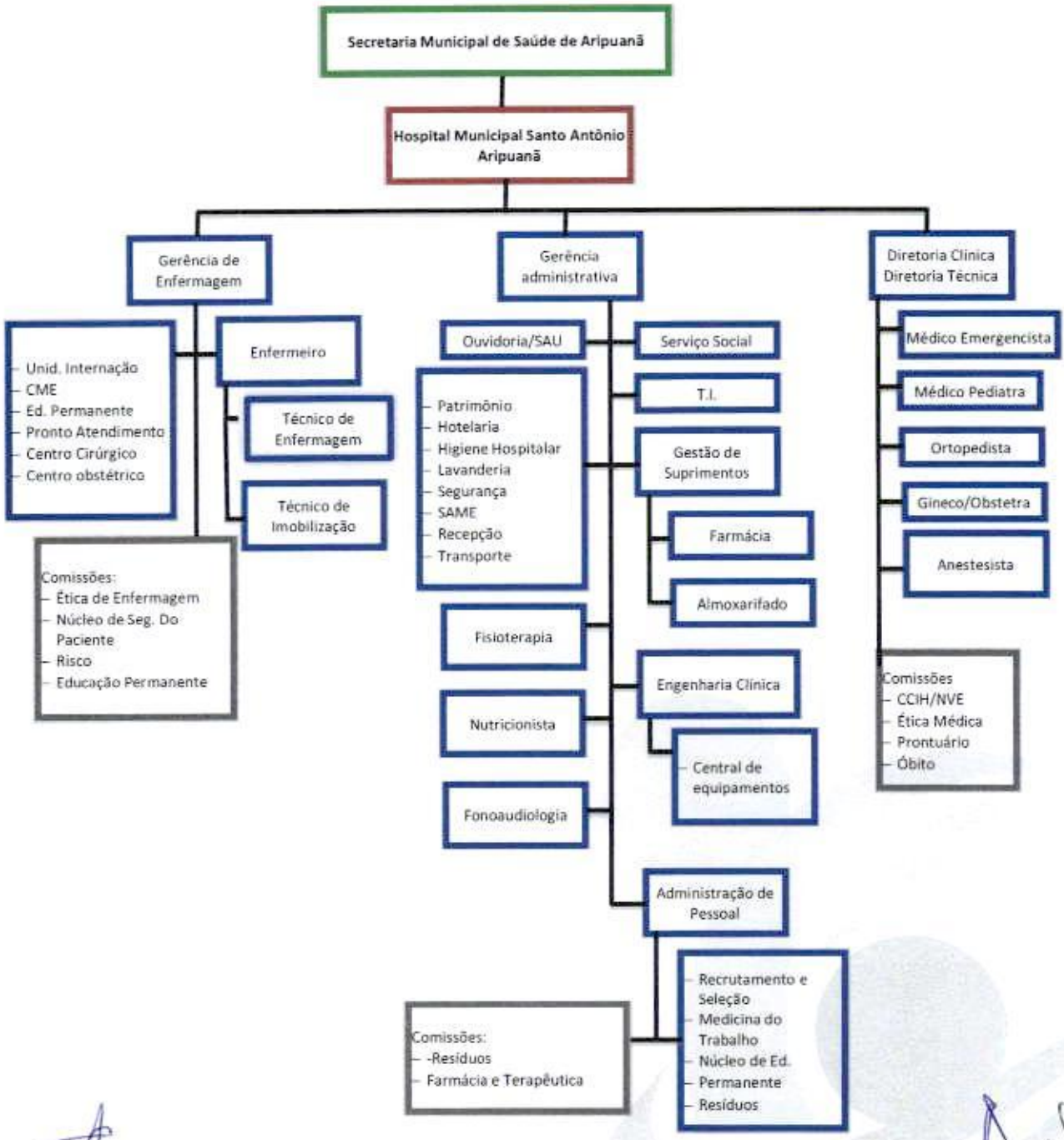
Encargos			Custos de Rescisão		Benefícios						Total Geral
FGTS	INSS	PIS	AVISO PRÉVIO	MULTA FGTS	Bem estar	PAF/Programa Assistencia Familiar	Uniformes	Medicina Ocupacional	Vale alimentação	Seguro de vida	
R$ 966,38	R$ 3.358,17	R$ 129,19	R$ 842,77	R$ 483,19	R$ 52,20	R$ 59,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00	R$ 30,00	R$ 18.504,20
R$ 1.496,51	R$ 5.200,36	R$ 200,11	R$ 1.305,09	R$ 748,25	R$ 52,20	R$ 59,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00	R$ 30,00	R$ 28.301,39
R$ 694,05	R$ 2.411,81	R$ 92,81	R$ 605,27	R$ 347,02	R$ 52,20	R$ 59,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00	R$ 30,00	R$ 13.471,25
R$ 1.074,78	R$ 3.734,86	R$ 143,72	R$ 937,31	R$ 537,39	R$ 52,20	R$ 59,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00	R$ 30,00	R$ 20.507,52
R$ 418,27	R$ 1.453,50	R$ 55,93	R$ 364,77	R$ 209,14	R$ 52,20	R$ 59,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00	R$ 30,00	R$ 8.374,74
R$ 647,73	R$ 2.250,84	R$ 86,61	R$ 564,88	R$ 323,86	R$ 52,20	R$ 59,92	R$ 60,00	R$ 42,60	R$ 400,00	R$ 30,00	R$ 12.615,21
R$ 5.297,71	R$ 18.409,54	R$ 708,41	R$ 4.620,10	R$ 2.648,86	R$ 313,20	R$ 359,52	R$ 360,00	R$ 255,60	R$ 2.400,00	R$ 180,00	R$ 101.774,32

PROFISSIONAIS PJ						
PROFISSIONAIS PJ	QUANTIDADE		VALOR	RT	TOTAL	
Assistente RH	1	40	R$ 3.500,00		R$	3.500,00
Auxiliar de Manutenção	1	40	R$ 3.000,00		R$	3.000,00
Faturista	1	40	R$ 3.500,00		R$	3.500,00
Gestor Administrativo	1	40 H	R$ 8.000,00		R$	8.000,00
Técnico de Informatica	1	40 h	R$ 3.000,00		R$	3.000,00
Fisioterapeuta	1	30h	R$ 4.000,00	R$ 1.200,00	R$	5.200,00
Nutricionista	1	40	R$ 4.500,00	R$ 1.200,00	R$	5.700,00
Fonoaudiologia	1	30	R$ 4.000,00		R$	4.000,00
Assistente Social	1	30	R$ 3.500,00		R$	3.500,00
TOTAL	9		R$ 37.000,00	R$ 2.400,00	R$	39.400,00

P. M. A
Fls. 1339
Ass.

2.4.3 EXPRESSAR ESTRUTURA DA CHEFIA E NÚMERO DE PESSOAS EM CADA CLÍNICA, VÍNCULO, HORÁRIO DE ATIVIDADES, DISTINGUIDO ENTRE PRESENÇA FÍSICA DO MÉDICO ESPECIALISTA E MÉDICO GERAL E MÉDICOS QUE ATENDEM CHAMADAS DE SOBREAVISO.

2.4.3.1 ORGANOGRAMA DA HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTÔNIO ARIPUANÃ-MT



P. M.
Fls. 1337
Ass.

2.4.3.2 ESTRUTURA DA CHEFIA E NÚMERO DE PESSOAS DE CADA CLÍNICA /VÍNCULO/CARGA HORÁRIA

Setor	Categoria	CH	Vínculo	São Lucas	Cedidos	QTD
Recepção	Recepcionista	12/36	CLT	4	2	6
	Agente Administrativo	12/36	Município	0	1	1
	Escriturário	12/36	Município	0	1	1
	Controlador de Acesso	12/36	CLT	4		4
Triagem	Enfermeiro	12/36	Município	0	2	2
Pronto Atendimento	Enfermeiro	12/36	CLT	2		2
	Técnico Enfermagem	12/36	CLT	2		2
	Tecnico em Imobilização	12/36	CLT	2		2
Observação / Medicação	Enfermeiro	12/36	CLT	4		4
	Técnico Enfermagem	12/36	CLT	8		8
Unidade de Internação	Enfermeiro	12/36	CLT	4		4
	Técnico Enfermagem	12/36	CLT / Município	1	16	17
Centro Cirúrgico	Enfermeiro	12/36	CLT	2		2
	Técnico Enfermagem	12/36	Município	1	1	2
	Auxiliar Serviços Gerais	12/36	CLT	2		2
CME	Enfermeiro	40 hrs/sem	CLT	1		1
	Técnico Enfermagem	12/36	CLT	2		2
Transporte	Enfermeiro	12/36	CLT	4		4
	Técnico Enfermagem	12/36	CLT	4		4
	Motorista	12/36	CLT	4		4
Serviço de Nutrição e Dietética	Nutricionista	40 hrs/sem	Pessoa Jurídica	1		1
	Cozinheiro	12/36	CLT / Município	1	3	4
	Auxiliar de Cozinha	12/36	CLT	4		4
	Copeira	12/36	CLT	4		4
Serviço de Higiene e Limpeza	Encarregada Serviço Higiene e Limpeza	44 hrs/sem	CLT	1		1
	Auxiliar de Serviços Gerais	12/36	CLT	10		10
Serviço de Lavanderia	Auxiliar de Lavanderia	12/36	CLT	2		2
Administrativo	Gestor Administrativo	40 hrs/sem	Pessoa Jurídica	1		1
	Faturista	40 hrs/sem	Pessoa Jurídica	1		1
	Auxiliar Administrativo	40 hrs/sem	CLT	1		1
	RT Enfermagem	40 hrs/sem	CLT	1		1
	Jovem Aprendiz	20 hrs/sem	CLT	1		1
	Assistente RH	40 hrs/sem	Pessoa Jurídica	1		1
Farmácia	RT Farmacêutico	40 hrs/sem	CLT	1		1
	Farmacêuticos	12/36	CLT / Município	2	1	3
	Auxiliar de Farmácia	12/36	CLT	3		3
	Atendente de Farmácia	12/36	Município		1	1
Radiologia	Tecnico em Radiologia	20 hrs/sem	CLT / Município	3	4	7
Serviço de Apoio	Tecnico Segurança do Trabalho	40 hrs/sem	CLT	1		1
	Auxiliar de Manutenção	40 hrs/sem	Pessoa Jurídica	1		1
	Técnico de Informática	40 hrs/sem	Pessoa Jurídica	1		1
Equipe Multidisciplinar	Fisioterapeuta	30 hrs/sem	Pessoa Jurídica	1		1
	Fonoaudiólogo	30 hrs/sem	Pessoa Jurídica	1		1
	Assistente Social	30 hrs/sem	Pessoa Jurídica	1		1
Total				95	32	127

P. M. A
Fls 338
Ass.

2.4.3.3 ESTRUTURA DA CHEFIA E NÚMERO DE PESSOAS EM CADA CLÍNICA, VÍNCULO, HORÁRIO DE ATIVIDADES, DISTINGUIDO ENTRE PRESENÇA FÍSICA DO MÉDICO ESPECIALISTA E MÉDICO GERAL E MÉDICOS QUE ATENDEM CHAMADAS DE SOBREAVISO

A disponibilidade de médicos em sobreaviso é prática adotada nos diversos serviços de assistência médica, públicos ou privados, em todo o país.

Tal modalidade de plantão caracteriza-se pela disponibilidade de especialistas, fora da instituição, alcançáveis quando chamados para atender pacientes que lhes são destinados.

O médico em disponibilidade de sobreaviso, quando acionado, está obrigado a se deslocar até o hospital para atender casos de emergência, realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas, devendo ser devidamente remunerado.

Para não colocar em risco o exercício da Medicina e nem a vida dos pacientes, o hospital na pessoa de seu Diretor Clínico/Técnico deve buscar trabalhar com condições satisfatórias para o desempenho ético da profissão, já que o alvo de toda a atenção do médico deverá ser a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional. Sobre o assunto plantão a distância, sobreaviso.

O Art. 1º da RESOLUÇÃO CFM N.º 1.834/2008 estabelece: Definir como disponibilidade médica em sobreaviso a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil.

Parágrafo único. A obrigatoriedade da presença de médico no local nas vinte e quatro horas, com o objetivo de atendimento continuado dos pacientes, independe da disponibilidade médica em sobreaviso nas instituições de saúde que funcionam em sistema de internação ou observação.

O Art. 2º: A disponibilidade médica em sobreaviso, conforme definido no art. 1º, deve ser remunerada de forma justa, sem prejuízo do recebimento dos honorários devidos ao médico pelos procedimentos praticados.

Parágrafo único. A remuneração prevista no caput deste artigo deve ser estipulada previamente em valor acordado entre os médicos da escala de sobreaviso e a direção técnica da instituição de saúde pública ou privada.

O Art. 3º: O médico de sobreaviso deverá ser acionado pelo médico plantonista ou por membro da equipe médica da instituição, que informará a gravidade do caso, bem como a urgência e/ou emergência do atendimento, e anotará a data e hora desse comunicado no prontuário do paciente.

P. M. 4
Fls. 1339
Ass.

Parágrafo único. Compete ao diretor técnico providenciar para que seja afixada, para uso interno da instituição, a escala dos médicos em disponibilidade de sobreaviso e suas respectivas especialidades e áreas de atuação.

O Art. 5º: Será facultado aos médicos do Corpo Clínico das instituições de saúde decidir livremente pela participação na escala de disponibilidade em sobreaviso, nas suas respectivas especialidades e áreas de atuação.

Parágrafo único. Os regimentos internos das instituições de saúde não poderão vincular a condição de membro do Corpo Clínico à obrigatoriedade de cumprir disponibilidades em sobreaviso.

O PARECER CFM nº 09/2003 de 22/05/2003, em sua ementa diz: "os plantões de sobreaviso constituem prática usual da organização de serviços médicos, devendo obedecer às normas rígidas de funcionamento para evitar prejuízos no atendimento à população e garantir a segurança do médico. O sobreaviso dever ser remunerado." Ainda mais sobre o assunto adiantamos que é o Regimento Interno do Departamento Médico da instituição, que mediante a aprovação em Assembleia Geral do Corpo Clínico, legitima as obrigações de trabalho entre outras, em consonância com a Resolução CFM n. 1.481/1997, que estabelece as "DIRETRIZES GERAIS PARA OS REGIMENTOS INTERNOS DE CORPO CLÍNICO DAS ENTIDADES PRESTADORAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA NO BRASIL".

Entre as atribuições do Diretor Técnico está a de zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentos em vigor relacionados à prática médica, bem como assegurar condições dignas de trabalho visando o melhor desempenho do Corpo Clínico, em benefício da população usuária da instituição. Entre as atribuições do Diretor Clínico está zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição, fiel observância do Código de Ética Médica, observar as resoluções do CFM e do CRM/MS diretamente relacionadas à vida do Corpo Clínico. Ainda sobre Diretores Técnicos, o Art. 7º da Resolução CFM Nº 997/80 estabelece: Os Médicos Diretores Técnicos dos estabelecimentos de saúde estão obrigados a remeter ao Conselho Regional de Medicina, no 1º trimestre de cada ano, a relação dos profissionais médicos que atuam no estabelecimento, bem como comunicar às alterações que forem se verificando no decorrer de cada ano.

O Art. 11 da mesma Resolução do CFM define que o Diretor Técnico, principal responsável pelo funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde, terá obrigatoriamente, sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente. Já o Art. 1º da Resolução CFM n. 1.342/1991 preconiza: "Determinar que a prestação de assistência médica nas instituições públicas ou privadas é de responsabilidade do Diretor Técnico e do Diretor Clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de

P. M. A
Fls. 1349
Ass.

Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos, ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo da apuração penal ou civil."

Por tais diplomas legais, citados acima, o médico plantonista tem obrigação de permanecer dentro do hospital. O plantão à distância ou de sobreaviso se constitui em risco calculado, posto que, em advindos danos ao paciente, pela ausência do médico no plantão, por isto responderá o profissional e a instituição. (PARECER N.º 0339/93 – CRM/PR) O plantão médico é obrigatório quando existe vínculo empregatício e quando por acordo com o hospital, o médico aceita participar da escala de plantão (CFM – Processo Consulta n.º 1.214/92).

A obrigação do hospital de atendimento de urgência/emergência é a presença do médico no local. A forma de remuneração do mesmo, sendo acordada entre as partes e tratando-se de questão puramente administrativa, pois sendo problema administrativo, o plantonista pode requerer o reconhecimento do vínculo empregatício, via Justiça do Trabalho. A instituição não pode obrigar o médico do Corpo Clínico a cumprir escala de plantão de sobreaviso se assim não desejar. Neste sentido, também, não pode a instituição impor ao médico a condição de cumprir plantões para continuar a integrar o Corpo Clínico, a menos quando existir vínculo empregatício e quando, por acordo com o hospital, o médico aceitar participar de escala de plantão.

O PARECER CFM nº 09/2003 de 22/05/2003, a responsabilidade pelas eventuais falhas de atendimento em decorrência da prática de sobreaviso, será assumida em conjunto pela instituição e pelo médico contratado. É garantida ao médico a decisão de participar ou não da escala de disponibilidade de sobreaviso. Não se pode vincular obrigatoriedade de participar da escala pelo fato de ser membro do corpo Clínico do hospital. É questão administrativa a oferta de serviços especializados a contratantes.

(PARECER CFM nº 029/2011) Os médicos livremente podem decidir sua participação nas escalas e os regimentos internos não podem vincular a condição de membro de corpo clínico à obrigatoriedade de cumprir disponibilidade de sobreaviso. Ao diretor técnico e ao corpo clínico cabe decidir que especialidades são necessárias para este fim, de acordo com a legislação vigente, leia-se então, que os hospitais que dispõem de contratos para atendimento em especialidades devem disponibilizar recursos para tal e esta é uma obrigação da direção que firmou o documento. Aos médicos que internam seus pacientes, eletivamente através de convênios ou de maneira privada, cabe cumprir o contido em todo o Código de Ética Médica vigente (PARECER CFM n. 029/2011).

P. M.
Fls. 1341
Ass.

Conclusão: Da análise do exposto acima, conclui-se que o plantão de sobreaviso é prática adotada nos diversos serviços de assistência médica, públicos ou privados, em todo o país, e encontra-se regulamentado através da RESOLUÇÃO CFM N º 1.834/2008 além de outros vários pareceres dos Conselhos Regionais de Medicina citados acima.

2.4.3.3.1 TABELA: ESTRUTURA DE CHEFIA E EQUIPE MÉDICA POR CLÍNICA

Clínica / Especialidade	Nº de Médicos	Vínculo	Carga Horária	Modalidade de Atuação	Presença Física	Sobreaviso
Clínico Geral	04	PJ	12 H	Plantão Presencial	Sim	Não
Remoção	2	PJ	Variável	Sobreaviso	Não	Sim
Ginecologia / Obstetrícia	02	PJ	Variável	Sobreaviso	Não	Sim
Ortopedia	01	PJ	Variável	Sobreaviso	Não	Sim
Cirurgia Geral	01	PJ	Variável	Sobreaviso	Não	Sim
Anestesiologia	02	PJ	Variável	Sobreaviso (cirurgias agendadas e urgência)	Não	Sim
Pediatria	02	PJ	Variável	Sobreaviso	Não	Sim

P. M. A
Fls. 1342
Ass.

2.4.4 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

2.4.4.1 ARTICULAÇÃO DAS UNIDADES E A REDE DE SERVIÇOS

O SUS hierarquiza o sistema público de saúde em três níveis: baixa (unidades básicas de saúde), média (UPAs, hospitais secundários e ambulatórios de especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários).

O paciente é atendido nas unidades de saúde de um ou outro nível, conforme a necessidade e a complexidade de seu quadro clínico.

Assim, pacientes de alta complexidade atendidos, por exemplo, em unidades básicas de saúde, hospitais secundários e P.S, podem ser encaminhados (referência) para hospitais de alta complexidade (hospitais terciários).

Depois de ter sua necessidade atendida e seu quadro clínico estabilizado, o paciente é reencaminhado (contrarreferência) para uma unidade de menor complexidade, para dar seguimento ao tratamento.

O modelo SUS de hierarquização do sistema e de referência e contrarreferência do paciente procura garantir ao cidadão acesso aos serviços do sistema público de saúde desde o mais simples até o mais complexo, de acordo com as reais necessidades do tratamento.

O Sistema de referência e contra referência em saúde foi criado para melhorar a atenção global ao paciente. Através de uma troca de informações eficaz entre os diferentes níveis de assistência, permite-se a criação de um ambiente favorável à abordagem do paciente como um todo. Um sistema ineficiente (ou inexistente, no caso) de contra referência prejudica o seguimento do indivíduo em suas diferentes patologias, impede a correlação entre patologias de diferentes áreas da medicina e da saúde como um todo, dificulta a avaliação longitudinal do paciente e prejudica até mesmo a adesão correta do indivíduo ao seu tratamento. Aumenta os gastos na saúde, pois cria encaminhamentos desnecessários, repetição de tratamentos já realizados entre outros.

É importante buscar medidas que tornem tal sistema eficiente na rede, mesmo que essas medidas partam do Pronto Atendimento para depois atingir outros níveis dentro do município. No presente trabalho ressalta-se a possibilidade de a própria equipe, de uma maneira organizada, criar alternativas que aperfeiçoem o sistema de contra referência para sua realidade. Dessa forma, pretendemos melhorar a qualidade do serviço e do processo de trabalho, e mesmo propor uma melhor assistência a nível municipal, com base nas nossas experiências.

P. M. A
Fls. 1348
Ass.

Objetivos específicos

- Analisar como é o funcionamento atual do sistema de Referência e Contrarreferência no **Município de Aripuanã**
- Criar um formulário padrão que seja utilizado para referenciar os pacientes à atenção primaria com informações detalhadas sobre o caso clínico;
- Criar um formulário de contrarreferência anexado ao de referência para que haja estímulo à troca de informações pelas duas partes.
- Partindo do ponto de vista da prática micro gerencial, onde os profissionais de saúde têm maior responsabilidade, são necessárias ferramentas capazes de assegurar padrões clínicos ótimos; diminuição de riscos para os usuários e profissionais; aumento da eficiência; prestação de serviços efetivos e melhoria na qualidade da atenção à saúde. Existem possibilidades com grande potencial, e a seguir estão apresentadas ferramentas de micro gestão para articulação do Pronto Atendimento e a rede de saúde do **Município de Aripuanã.**

a) Diretrizes clínicas: recomendações desenvolvidas de modo sistemático, baseadas em evidências, que orientam decisões dos profissionais de saúde em um caso clínico, envolvendo ações de prevenção, promoção e assistência. São conhecidas como protocolos ou linhas-guia. Viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, e orientam as Linhas de Cuidado. Exemplo: diretriz clínica para diagnóstico/ tratamento da doença coronariana.

b) Linhas de Cuidado: forma de articulação de recursos e práticas de saúde entre as unidades de atenção da região (primária, secundária), com acolhimento e condução dos usuários pelas possíveis vias de diagnóstico e tratamento dentro da rede de saúde. Exemplo: linha de cuidado do diabetes e hipertensão arterial; linha de cuidado da obesidade.

c) Gestão da condição de saúde: processo que envolve a superação do modelo de atenção focado no indivíduo, utilizando procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada na população local, que identifica indivíduos em risco e tem foco na promoção da saúde e/ou na ação preventiva, com intervenção precoce a fim de alcançar resultados satisfatórios com custos reduzidos.

d) Gestão de caso: processo que se desenvolve entre o profissional de saúde e o usuário, visando ao planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, de acordo com as necessidades do indivíduo. É o plano de cuidado que será posto em prática pelo profissional de saúde para responder à demanda de saúde do usuário.

P. M. A
Fls. 1394
Ass.

e) Auditoria clínica: análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde. Tem como foco os usuários dos serviços de saúde, em um contexto favorável à melhoria da eficácia clínica, objetivando maximizar os resultados clínicos. Por exemplo: quando o gerente da Unidade quer conhecer e melhorar os serviços da Pediatria, ele pode reter – por amostragem ou não certa quantidade de prontuários clínicos para analisar os procedimentos que foram realizados pela equipe e como foram registrados os dados em prontuário.

f) Lista de espera: tecnologia que estabelece o ordenamento dos usuários dos serviços em determinados pontos de atenção à saúde, partindo de critérios claros de necessidades e riscos, de modo a garantir a transparência deste processo nos sistemas de saúde. Listas de espera longas e demoradas indicam uma disparidade entre oferta e demanda por serviços de saúde, e hoje constituem um grande obstáculo a ser superado pelo SUS.

Estas ferramentas de micro gestão possibilitarão não só a integração dos pontos de atenção, mas também permitirão uma reestruturação dos processos e trabalhos em equipe multiprofissional, com vistas à melhoria das ações interdisciplinares.

2.4.4.2 FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

SUS

REFERÊNCIA

AVALIAÇÃO DE RISCO: | | VERMELHO/PA | | AMARELO | | VERDE | | AZUL

DE UNIDADE DE SAÚDE:

Nº CARTÃO SUS: | Nº DO PRONTUÁRIO DO SERVIÇO:

NOME DO PACIENTE: | DATA DE NASCIMENTO:

NOME DA MÃE: | TELEFONES DE CONTATO:

PARA UNIDADE DE SAÚDE:

ESPECIALIDADE: | CONSULTA MARCADA PARA O DIA: | HORA:

ENDEREÇO:

QUADRO CLÍNICO:

RESULTADOS DE EXAMES (COM RESPECTIVAS DATAS) / TRATAMENTO REALIZADO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

__/__/__
DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL
SE NECESSÁRIO, USAR O VERSO PARA COMPLEMENTAR AS INFORMAÇÕES

P. M. A
Fls. 1345
Ass.

SUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONTRA - REFERÊNCIA

DE UNIDADE DE ESPECIALIDADE: | ESPECIALIDADE:

PARA UNIDADE SOLICITANTE:

NOME DO PACIENTE: | DATA DE NASCIMENTO:

Nº CARTÃO SUS: | Nº DO PRONTUARIO DA UNIDADE SOLICITANTE:

PARECER DA ESPECIALIDADE:

ORIENTAÇÃO À UNIDADE DE SAÚDE:

ORIENTAÇÃO AO PACIENTE:

__/__/__
DATA

MÉDICO - CRM

SE NECESSÁRIO, USAR O VERSO PARA COMPLEMENTAR AS INFORMAÇÕES

2.4.4.3 ACOLHER A DEMANDA POR MEIO DE CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE RISCO, GARANTINDO O ACESSO REFERENCIADO AOS DEMAIS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA

A **Hospital Municipal Santo Antonio Aripuanã** conta com sala específica para o Acolhimento com Classificação de Risco, onde enfermeiras capacitadas executam o Protocolo de Classificação de risco, objetivando determinar a ordem e prioridade dos cuidados de emergência, a ordem e prioridade do transporte de emergência ou ainda o destino do transporte do paciente, haja vista a importância de se atender casos de Urgência e Emergência.

Esse dinamismo compreende incluir o paciente nos demais níveis de assistência e a adoção desse sistema traz vantagens, dentre elas estão à segurança nas informações permitindo a equipe multiprofissional uma maior interação e, por conseguinte uma diminuição do tempo no processo de integração aos serviços de assistência secundária e terciária.

Contudo, o **ISSSL**, juntamente a Secretaria Municipal de Saúde trabalham para que essa iniciativa ofereça resultados positivos, através da manutenção da sinergia que existe entre o **Serviço de Saúde de Aripuanã**ambos cooperando entre si para unificar as suas ações, ou seja, trabalhar em "rede" na acepção da palavra.

P. M. A
Fls. 1346
Ass.

2.4.4.4 COMPROMETER-SE COM A REFERÊNCIA E A CONTRARREFERÊNCIA

Aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários.

Os profissionais das unidades de saúde procuram garantir ao cidadão acesso aos serviços do sistema público de saúde, de acordo com as reais necessidades do tratamento. A marcação dos exames e consultas e a transferência para os hospitais é feita por meio da Central de Regulação, dependendo da disponibilidade de vagas. Os profissionais se empenham junto com a Central de Regulação, para agilizar a disponibilização dos exames, consultas e leitos hospitalares.

2.4.4.5 IMPORTÂNCIA DAS GUIAS DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

2.4.4.5.1 PARA USUÁRIOS E SISTEMA DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) funciona como uma espécie de rede que deve estar integrada para que o atendimento aos usuários não sofra interrupções, sendo o indivíduo acompanhado nos diversos níveis de atenção à saúde de acordo com suas especificidades. O sistema inicialmente organizado como uma pirâmide contém a atenção básica (ou nível primário) na base, sendo ela considerada a porta de entrada do usuário nesse sistema. O nível secundário estaria localizado na parte intermediária composta por unidades de urgência e emergência, além de consultas especializadas. Finalmente, no topo da pirâmide, tem-se o nível terciário de atenção que abrange as hospitalizações e procedimentos de alta complexidade. Essa hierarquia ainda é mantida e é necessária para a organização segundo níveis de complexidade, porém, com uma visão mais ampla do processo, em que estes níveis se interligam e se comunicam de forma a manter o vínculo com o usuário.

Entretanto, a atenção básica não tem conseguido ser a porta de entrada mais importante dos pacientes, e esta função ainda está centrada nos hospitais, públicos ou privados, e nos serviços de urgência/emergência. Nesse contexto, as Unidades de Pronto Atendimento) assumem papel essencial no acolhimento desses pacientes e do seu fluxo no sistema como um todo. Assim, é imprescindível que haja efetivamente a articulação dos serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção, através de uma relação dialética entre eles, respondendo adequadamente, com eficácia e com eficiência, às condições agudas e crônicas da população2, especialmente quando o acesso aos serviços de saúde se iniciam nos níveis secundário e terciário.

P. M. A
Fls. 1397
Ass.

O sistema de referência e contrarreferência assume, nesse sentido, papel fundamental para que esse processo ocorra efetivamente. Referenciar um paciente implica em transferi-lo a um estabelecimento especializado a partir do Centro de Saúde. Porém, a comunicação deve ocorrer também no sentido oposto, ou seja, através da contrarreferência desse caso, ocorrendo assim uma dinâmica constante no sistema. Devem existir normas claras para o "estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades", evitando dessa forma, os furos nos serviços e no acompanhamento dos pacientes. Não deve haver hierarquia entre os diferentes nós da rede, e sim uma organização horizontal dos serviços, pois todos são igualmente importantes para os objetivos propostos.

"As redes de atenção à saúde devem ser integradas por sistemas logísticos, sustentados por potentes tecnologias de informação. A ausência de sistemas logísticos adequados é que faz com que a referência e contrarreferência no SUS sejam um discurso reiterado, mas sem possibilidade de concretização".

O que se observa no cotidiano das unidades de saúde é que, rotineiramente, a referência e contrarreferência não ocorre de forma sistemática, ficando o usuário solto no sistema, sem possibilidades de acompanhamento do seu estado de saúde de maneira integral.

2.4.4.5.2 ARTICULAÇÃO DOS SERVIÇOS ATRAVÉS DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

A NOB-SUS 01/96 quando traz a responsabilidade dos municípios no que se refere à atenção básica, compreende a necessidade da "criação de vínculos entre a população e os serviços" . Nesse sentido, traz como responsabilidade do município desenvolver métodos de planejamento e de gestão, incluídos os mecanismos de referência e contrarreferência, e ações que estabelecem esta conexão e fluxo do paciente para os serviços de maior complexidade. Para MENDES (1996), a hierarquização do sistema exige um fluxo e contrafluxo de pacientes e informações, gerenciais e tecnocientíficas, por meio dos diferentes níveis do sistema.

O que se pretendia com a pirâmide era possibilitar uma racionalização do atendimento, através desse mecanismo de referência e contrarreferência, permitindo um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo. Isso permitiria que as necessidades das pessoas fossem atendidas nos espaços adequados, com tecnologias adequadas, além do acompanhamento até a resolução de todos os seus problemas, assegurando assim, a continuidade dos serviços.

Entretanto, o que se observa na prática é que após anos de implantação do SUS o sistema ainda caminha de forma segmentada e desarticulada, sendo que na prática as guias de referência e contrarreferência não são preenchidas pelos profissionais responsáveis. Esta atitude impossibilita um atendimento integral do paciente.

P. M. A
Fls. 348
Ass.

Percebe-se que os usuários têm que buscar, por conta própria, os serviços e procedimentos que achar que convém, e onde for possível o atendimento de que necessita. "Todos aqueles que têm atuado no setor saúde ou precisado se utilizar dele nos últimos anos podem afirmar, sem muitas dúvidas, que anda bastante difícil visualizar qualquer coisa que, de fato, se aproxime da imagem projetada da pirâmide."

Desta maneira, os serviços ambulatoriais especializados mantêm certas "clientelas cativas", já que não os contra referenciam, sendo que estes usuários poderiam muito bem ser acompanhados em nível de rede básica. As UPA ficam como "peças soltas" dentro do sistema devido a esta falta de articulação tanto com os serviços de atenção básica, quanto com o nível terciário de atenção. No primeiro caso, deveria funcionar como um suporte mais especializado e com investimentos tecnológicos mais complexos, de forma a atender as referências vindas da rede básica. Por outro lado, deveria ser para o nível terciário como um "ambulatório de egressos", que atenderia à demanda de pacientes que apesar de ainda necessitar de atendimento diferenciado, poderia recebê-lo fora do ambiente hospitalar, desafogando, assim, este nível de atenção.

Como a contrarreferência não é atividade rotineira nesses serviços, não há como manter a articulação formal com a atenção primária. O não cumprimento dessa norma implica sobre a qualidade da assistência prestada pelas unidades de pronto-atendimento. A alta demanda de usuários, dificulta o atendimento àqueles que realmente precisam da urgência e emergência e àquele cujo atendimento ambulatorial acaba restrito apenas à queixa apresentada naquele momento, não compreendendo a integralidade da atenção.

A integralidade deveria nortear as práticas de todos os profissionais da saúde e a organização do processo trabalho, buscando uma melhoria nas condições de vida da população. Essa ação intersetorial em saúde, no que tange aos níveis de complexidade, assegura a finalização do cuidado através dessa rede de serviços e por meio do sistema de referência e contrarreferência.7 Assim, a articulação dos serviços torna-se fundamental para o cumprimento desse direito assegurado por lei aos usuários.

Deve-se pensar o motivo que leva aos profissionais a não utilizarem este mecanismo tão importante de articulação no serviço. Muitas vezes por falta de organização do trabalho não se dá a atenção necessária ao processo de referência e contrarreferência dos usuários. Isso nos faz refletir sobre até que ponto esses profissionais estão bem orientados quanto ao trabalho que executam e sua importância para se estabelecer os princípios propostos com a institucionalização do SUS.

É perceptível também a falha no gerenciamento do sistema pelos órgãos administrativos. "A ausência de mecanismos eficazes de regulação e ordenamento" do cumprimento da referência e contrarreferência faz com que isso não seja interpretado com a seriedade que lhe é imprescindível. Apesar desse processo ocorrer o tempo todo, o preenchimento adequado das guias não é efetivado. Isso contribui para a persistência de sérios problemas no sistema de saúde brasileiro.

P. M. A
Fls. 1349
Ass.

Uma solução possível para este impasse seria efetivar uma proposta iniciada com a NOB-SUS 01/96, a partir das Bases para um novo Modelo de Atenção – Saúde:

"Cada sistema municipal deve materializar, de forma efetiva, a vinculação aqui explicitada. Um dos meios, certamente, é a institucionalização do Cartão SUS-MUNICIPAL, com numeração nacional. Essa numeração possibilita uma melhor referência intermunicipal e garante o atendimento de urgência por qualquer serviço de saúde, estadual ou privado, em todo o país".

Esse cartão de identificação dos usuários além de permitir ao profissional avaliar os procedimentos pelos quais o paciente já passou, deveria obrigar o mesmo a referenciá-lo ao nível de maior complexidade ou contra referenciá-lo para a atenção básica, reconstruindo a trajetória e o vínculo da população com as unidades de saúde.

2.4.4.5.3 CONCLUSÃO

O não preenchimento das guias de referência e contrarreferência pelos profissionais alimenta as falhas no sistema de saúde e prejudica os seus usuários. Essa atitude faz com que os pacientes superlotem os serviços de urgência e emergência com problemas que poderiam ser resolvidos na atenção básica. Além disso, o não acompanhamento desse paciente pelas equipes de saúde de forma integral, atendendo todas as suas necessidades, faz com que ele tenha que retornar frequentemente às unidades de pronto atendimento, impedindo inclusive o atendimento daqueles que realmente necessitam desse tipo de serviço.

Deste ponto surgem dois problemas para o sistema: o paciente que não é acompanhado integralmente, não recebe atenção preventiva necessária, e com o tempo pode evoluir para quadros mais graves, aumentando o ônus para o governo e em segundo lugar, a superlotação do PA impede que esse atendimento flua adequadamente e atue como suporte ao nível terciário, que também fica sobrecarregado.

Torna-se necessário redesenhar os movimentos reais dos usuários, e refletir sobre novos fluxos e relações dentro do sistema. Compreender o paciente de forma holística é fundamental para o seu acolhimento e direcionamento. Além disso, para se construir um sistema mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas, é essencial que haja incorporação de novas tecnologias que permitam visualizar esses caminhos e melhorar o trabalho em saúde. Garantir a integralidade do atendimento é de responsabilidade de todos os níveis de atenção e profissionais da área da saúde, e não uma batalha individual de cada paciente, que deveria sempre ser encaminhado para o centro de saúde mais próximo de sua residência, a alguma especialidade ou a qualquer outra possibilidade de existente no sistema.

P. M. A
Fls. 1350
Ass.

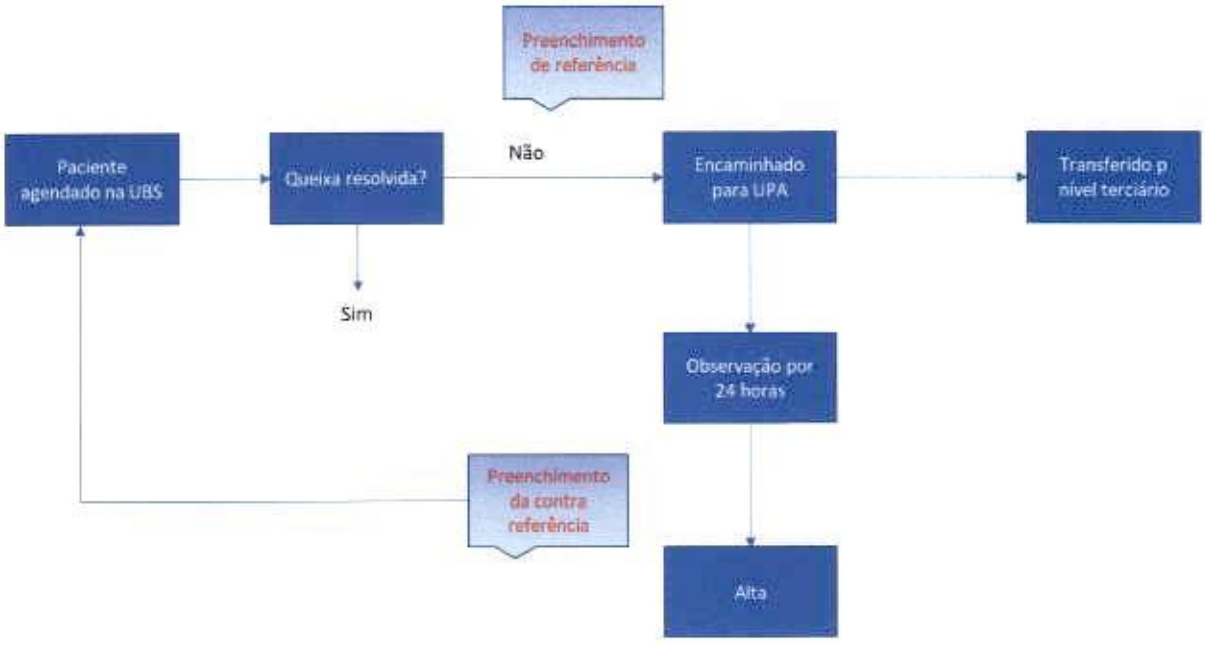
Conclui-se que a referência e contrarreferência é um método eficaz de vinculação e acompanhamento do fluxo do usuário no sistema, mas que pode ser aprimorado de forma a facilitar o trabalho dos profissionais de saúde, especialmente nesse momento em que os sistemas de informação estão sendo cada vez mais utilizados no setor saúde. Devem ser desenvolvidos também métodos de conscientização e de capacitação profissional para que este importante meio de comunicação se torne eficaz e seja utilizado coerentemente com os preceitos a que se propõe o SUS.

2.4.4.6 PLANO DE IMPLANTAÇÃO:

Atribuições	Profissionais	Prazo p conclusão
Oficinas entre Hospital e UBS para compreensão de referência e contrarreferência	SMS de Aripuanã ISSSL Hospital Municipal Santo Antônio	3 meses
Definição das principais linhas de cuidado	SMS Equipe médica / enfermagem da Hospital Municipal Santo Antônio	3 meses
Criação/ adaptação do formulário de referência e contrarreferência	SMS de Aripuanã ISSSL Hospital Municipal Santo Antônio	1 mês
Gerenciamento dos pacientes referenciados para as UBS	UBS de referência	1 mês

2.4.4.6.1 FLUXOGRAMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

P. M. A
Fls. 1351
Ass.



P. M. A
Fls. 35
Ass.

2.5 POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

2.5.1 POLÍTICAS DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

A área de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas se configura como o lugar da instituição em que o foco será o cuidado e assistência aos colaboradores – capital humano. Tem como Política de Recursos Humanos o desenvolvimento, a capacitação profissional e a formação humana de seus colaboradores, proporcionando-lhes a convivência em harmonia, corresponsabilidade de forma que se sintam valorizados e satisfeitos em pertencer à organização, contribuindo para o crescimento da organização.

2.5.1.1 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA POLÍTICA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

Dentro da política de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, teremos como objetivo estratégico:

1. Fomentar ações participativas de liderança que estimulem o trabalho em equipe;
2. Promover a qualidade de vida dos colaboradores proporcionando um ambiente de trabalho saudável;
3. Incentivar o desenvolvimento profissional dos colaboradores em todos os níveis, por meio de programas internos e externos;
4. Planejar e colaborar com ações de integração e valorização dos colaboradores, propiciando-lhes um clima acolhedor;
5. Recrutar, avaliar e capacitar os funcionários contratados, facilitando a comunicação interna e o clima organizacional.
6. Descobrir, desenvolver e reter os talentos.

Missão

O setor de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas terá como missão cuidar das políticas, atender com eficiência e rapidez, contribuindo para o bem-estar dos colaboradores, através dos processos relacionados a recrutamento e seleção, capacitação e desenvolvimento, cargos e salários, administração de pessoal, segurança e medicina ocupacional.

2.5.1.2 MODELO DE ESCALA DE TRABALHO

P. M. A
Fls. 1252
Ass.

ESCALA DE TRABALHO E FOLGA
INSTITUTO SOCIAL DE SAÚDE SÃO LUCAS

SETOR: ENFERMAGEM - TÉCNICOS

ANO: 2021

ISSSL

Coren	Nome do Colaborador	Função	Horário	Agosto																											Setembro															
				F	S	D	S	T	Q	Q	S	D	S	T	Q	Q	S	D	S	T	Q	Q	S	D	S	T	Q	Q	S	D	S	T	Q	Q	S	D	S	T	Q	Q	S	D	S	T	Q	Q
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	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
	Sala Vermelha / Sala Amarela																																												
	Plantão Diurno 8 - 12 x 36																																												
157693	Nome do Colaborador	Téc. Enfermagem	06:00 às 18:00										FG																		FG															
977721	Nome do Colaborador	Téc. Enfermagem	06:00 às 18:00						FG											FG													FG													
618352	Nome do Colaborador	Téc. Enfermagem	06:00 às 18:00		FG											FG									FG																				
991579	Nome do Colaborador	Téc. Enfermagem	06:00 às 18:00				FG												FG										FG																	
	Observações Masculina / Feminina																																												
	Plantão Diurno 8 - 12 x 36																																												
930994	Nome do Colaborador	Téc. Enfermagem	06:00 às 18:00			FG										FG																													
979384	Nome do Colaborador	Téc. Enfermagem	06:00 às 18:00					FG																																					
843771	Nome do Colaborador	Téc. Enfermagem	06:00 às 18:00					FG									FG																													
833091	Nome do Colaborador	Téc. Enfermagem	06:00 às 18:00					FG									FG																													
	Medicação e Fluxo																																												
	Plantão Diurno 8 - 12 x 36																																												
463091	Nome do Colaborador	Téc. Enfermagem	06:00 às 18:00														FG								FG																			FG		
939181	Nome do Colaborador	Téc. Enfermagem	06:00 às 18:00																FG																											
	Pediatria																																												
	Plantão Diurno 8 - 12 x 36																																												
941122	Nome do Colaborador	Téc. Enfermagem	06:00 às 18:00												FG																														FG	
990954	Nome do Colaborador	Téc. Enfermagem	06:00 às 18:00													FG																													
324019	Nome do Colaborador	Téc. Enfermagem	06:00 às 18:00														FG																												
	CME																																												
	Plantão Diurno 8 - 12 x 36																																												
124651	Nome do Colaborador	Téc. Enfermagem	06:00 às 18:00	FG										FG																															

Legenda		Observações	Responsável
AT	ATESTADO	Intervalo para descanso/refeição	
FG	FOLGA	1 hora para jornada superior a 6 horas/dias	Cumprimento de ponto é obrigatório, pessoal e intransferível para todos os colaboradores.
FR	FÉRIAS	15 minutos para jornada até 6 horas/dias	
LM	LICENÇA MÉDICA		O registros somente poderão ser efetuados com até 10 (dez) minutos de antecedência mantendo o de 10 (dez) minutos após horário saída. A permanência deste horário somente pode ocorrer com autorização da Gestor imediato.
MAT	MATERNIDADE		
PD	PLANTÃO DIURNO		Chefe de Setor deverá ser rigorosamente respeitado o registro dos horários de entrada, intervalo para descanso e/ou refeição e de saída
PE	PLANTÃO EXTRA		
PN	PLANTÃO NOTURNO		Todos os colaboradores são responsáveis por informar antecipadamente, seus gestores sobre as alterações em registros.
RS	REPOUSO REMUNERADO		

Gestor Administrativo

Responsável Técnico

P. M. A
Fls. 1354
Ass.

2.5.1.3 GESTÃO A VISTA

Todas as escalas de serviço deverão estar impressas e afixadas nos setores da unidade



Serão afixadas neste quadro as seguintes informações:

- Escala de trabalho
- Responsáveis
- Horários de trabalho
- Distribuição de atividades
- Onde e como localizar os responsáveis
- Outras informações pertinentes ao bom andamento da unidade e demais exigências da Secretaria de Saúde

P. M. A
Fls. 1355
Ass.

2.5.1.4 UNIFORMES:

Toda a equipe de trabalho estará adequadamente uniformizada com roupa branca ou jaleco branco, contendo a identificação da Instituição com o uso de equipamento de uso pessoal (Estetoscópio) e com crachá de fácil leitura.

2.5.1.5 REGULAMENTO RH

Objetivo

O presente regulamento tem por finalidade apresentar os critérios administrativos para serem utilizados nos processos de administração de pessoal que envolvem a contratação, admissão, manutenção,férias e demissão de colaboradores do **Instituto Social de Saúde São Lucas**.

Capítulo I

2.5.1.5.1 REGIMES DE TRABALHO

Regime Autônomo/Eventual

Autônomo – Inscrição como tal na Prefeitura Municipal e no INSS.

Considera-se como autônomo/ eventual a pessoa física que prestar serviços eventualmente de forma esporádica, em curto espaço de tempo.

A existência de riscos econômicos, a liberdade de estipulação de preços sobre os serviços prestados e o direito absoluto e exclusivo sobre os resultados dos serviços ficam sob a responsabilidade do profissional autônomo.

Para formalizar a contratação de serviços autônomos, deve-se enviar um e-mail para a área de Recursos Humanos, informando os motivos da contratação, período de utilização da mão-de-obra e os seguintes documentos:

- Cópia do número de inscrição do INSS;
- Cópia da Inscrição Municipal;
- Cópia do CPF;
- Cópia do RG;
- Cópia de um comprovante de residência;
- Informações bancárias (Agência/ nº da Conta Corrente);
- Valor a ser pago pela prestação de serviços.

P. M. A
Fls. 1356
Ass.

Fica estabelecido apenas 3 (três) meses o período de pagamento em regime autônomo. Após esse período, deverá ser feito um contrato pelo regime CLT ou Prestador de Serviços.

Regime CLT

Entendem-se regime CLT o processo de registrar o vínculo empregatício firmado entre empresa e colaboradores com a utilização das prerrogativas legais regulamentadoras das relações individuais e coletivas do trabalho no Brasil.

O processo de contratação se inicia ao receber do setor de Recursos Humanos o prontuário do processo de Seleção de Pessoal contendo:

- Formulário de Requisição de Recursos Humanos (RH-FOR-001) devidamente assinado pelo Requisitante da Unidade e anuência da Diretorial;
- Testes e laudos avaliativos do candidato;
- Exame médico ocupacional – ASO;
- Cópia de documentações pessoais do colaborador

Lista de documentos CLT

- Atestado de antecedentes criminais (http://www.ssp.sp.gov.br/servicos/atestado.aspx);
- Carteira de trabalho;
- Cópia autenticada da carteirinha do Conselho de Classe;
- Cópia simples da certidão de nascimento dos filhos que vivam sua dependência econômica;
- Cópia simples da certidão de nascimento ou casamento;
- Cópia simples da reservista;
- Cópia simples do cartão de PIS;
- Cópia simples do cartão do banco (não será aceito conta salário e conjunta);
- Cópia simples do comprovante de grau de escolaridade/diploma;
- Cópia simples do comprovante de residência (preferencialmente conta de luz/água/telefone);
- Cópia simples do comprovante de vacinação do funcionário;
- Cópia simples do comprovante de vacinação dos filhos menores de 14 anos;
- Cópia simples do CPF;
- Cópia simples do RG;
- Cópia simples do título de eleitor;
- Currículo atualizado;

P. M. A
Fls. 1357
Ass.

- Exame médico admissional;
- Recibo original do comprovante de pagamento de babá/creche (filhos menores de 6 anos);
- Telefone de contato fixo e celular;
- Telefone para recado;
- Uma foto ¾ recente;
- Termo de compromisso para VT (Vale transporte) devidamente preenchido e assinado pelo colaborador a ser contratado (RH-FOR-Vale Transporte).

Estagiários

Entendem-se Contratação de Estagiários o processo de gerar vínculo acadêmico/profissional, através da utilização de prerrogativas legais regulamentadoras das relações individuais e coletivas do trabalho no Brasil. Somente serão aceitos na qualidade de estagiários, alunos regularmente matriculados em cursos vinculados ao ensino público e particular, frequentando cursos de educação superior, de ensino médio, de educação profissional do nível médio ou superior ou escolas de educação especial.

O objetivo do estágio é a complementação do ensino e da aprendizagem proporcionando ao educando a experiência prática na sua formação.

O tempo máximo de estágio na mesma instituição, são de 2 (dois) anos, exceto quando se tratar de estagiário portador de deficiência que poderá ter o seu contrato de estágio válido até o término do curso frequentado.

Para que a jornada de atividades em estágio seja definida, o estagiário deverá trazer um documento da instituição de ensino formalizando em qual das jornadas devidas por Lei o estagiário se aplica.

O estagiário poderá receber bolsa ou outra forma de contraprestação que venha a ser acordada entre as partes. A concessão de qualquer forma de remuneração e de benefícios relacionados a transporte, alimentação entre outros, além de ser compulsória, não caracteriza vínculo empregatício.

O processo de contratação do Estagiário se inicia ao receber no setor de Recursos Humanos o prontuário do processo de Movimentação de Recursos Humanos contendo:

- Formulário de Requisição de Recursos Humanos (RH-FOR-001) devidamente assinado pelo Gestor da Unidade e anuência da Diretorial;
- Testes e laudos avaliativos do candidato;
- Exame médico ocupacional – ASO;
- Cópias de documentações pessoais do colaborador.

P. M. A
Fls. 358
Ass.

Lista de documentos estagiários

- Termo de Convênio de Concessão de Estágio devidamente preenchido e assinado pela entidade concedente do estágio.
- Comprovante (declaração) de matrícula da instituição de ensino;
- Informações para o Termo de Compromisso de estágio curricular contendo:
- Plano de estágio;
- Nome completo do coordenador responsável pelo estágio no instituto escolar;
- Vigência do estágio;
- Carga horária (junto com documento da Instituição de Ensino);
- Nome completo da Instituição de ensino e do representante do curso em questão;
- Atestado de antecedentes criminais (http://www.ssp.sp.gov.br/servicos/atestado.aspx);
- Carteira de trabalho;
- Cópia autenticada da carteirinha do Conselho de Classe;
- Cópia simples da certidão de nascimento dos filhos que vivam sua dependência econômica;
- Cópia simples da certidão de nascimento ou casamento;
- Cópia simples da reservista;
- Cópia simples do cartão de PIS;
- Cópia simples do cartão do banco (não será aceito conta salário e conjunta);
- Cópia simples do comprovante de grau de escolaridade/diploma;
- Cópia simples do comprovante de residência (preferencialmente conta de luz/água/telefone);
- Cópia simples do comprovante de vacinação do funcionário;
- Cópia simples do comprovante de vacinação dos filhos menores de 14 anos;
- Cópia simples do CPF;
- Cópia simples do RG;
- Cópia simples do título de eleitor;
- Curriculo atualizado;
- Exame médico admissional;
- Telefone de contato fixo e celular;
- Telefone para recado;
- Uma foto ¾ recente;
- Termo de compromisso para VT (Vale transporte) devidamente preenchido e assinado pelo colaborador a ser contratado (RH-FOR-Vale Transporte).

P. M. A
Fls. 1359
Ass.

Aprendiz

Entendem-se Contratação de Menores Aprendizes o processo de gerar vínculo acadêmico/profissional, através da utilização de prerrogativas legais regulamentadoras das relações individuais e coletivas do trabalho no Brasil.

A contratação de Jovens Aprendizes se faz necessária para atender a Lei 10.097/2000, que preconiza a criação de cotas de trabalho em um contrato especial ajustado por escrito e por prazo determinado, em que o empregador se compromete a assegurar ao maior quatorze e menor vinte e quatro anos, inscrito em programa de aprendizagem, formação técnico-profissional metódica, compatível com o seu desenvolvimento físico, moral e psicológico, e o aprendiz, a executar, com zelo e diligência, as tarefas necessárias a sua formação.

O Instituto compromete-se em envolver e orientar os colaboradores da empresa, contribuindo assim, para uma melhor formação e integração do aprendiz.

Estudar junto à organização formadora e ao adolescente qual o melhor horário para o aprendiz colocar em prática suas atividades, priorizando sempre sua formação e respeitando seus horários escolares.

Elaborar um contrato de aprendizagem.

Priorizar os estudos e não a produção.

Incentivar que o adolescente acabe minimamente o ensino médio e dê continuidade à sua formação.

Pagar salário-mínimo-hora e garantir todos os direitos trabalhistas e previdenciários.

Manter o adolescente na empresa no máximo até ele completar 24 anos, exceto nos casos em que seu desempenho seja insuficiente ou esteja inadaptado; cometa falta disciplinar grave; ausência injustificada à escola que implique na perda do ano letivo ou ainda peça para sair.

O adolescente não pode fazer hora-extra, nem trabalhar em locais insalubres.

O contrato de aprendizagem não pode ultrapassar dois anos.

Se o adolescente estiver cursando o ensino fundamental, a carga horária de aprendizagem é de seis horas diárias, desde que nelas estejam computadas as horas de aprendizagem teórica.

Lista de documentos do aprendiz

- Contrato firmado com uma entidade qualificadora que esteja localizada no mesmo município devidamente preenchido e assinado pela entidade.
- Programa técnico-profissional que prevê a execução de atividades teóricas e práticas
- Atestado de antecedentes criminais (http://www.ssp.sp.gov.br/serviços/atestado.aspx);
- Carteira de trabalho;
- Cópia autenticada da carteirinha do Conselho de Classe;

P. M. A
Fls. 136
Ass.

- Cópia simples da certidão de nascimento dos filhos que vivam sua dependência econômica;
- Cópia simples da certidão de nascimento ou casamento;
- Cópia simples da reservista;
- Cópia simples do cartão de PIS;
- Cópia simples do cartão do banco (não será aceito conta salário e conjunta);
- Cópia simples do comprovante de grau de escolaridade/diploma;
- Cópia simples do comprovante de residência (preferencialmente conta de luz/água/telefone);
- Cópia simples do comprovante de vacinação do funcionário;
- Cópia simples do comprovante de vacinação dos filhos menores de 14 anos;
- Cópia simples do CPF;
- Cópia simples do RG;
- Cópia simples do título de eleitor;
- Currículo atualizado;
- Exame médico admissional;
- Telefone de contato fixo e celular;
- Telefone para recado;
- Uma foto ¾ recente;
- Termo de compromisso para VT (Vale transporte) devidamente preenchido e assinado pelo colaborador a ser contratado (RH-FOR-Vale Transporte).

Prestador de Serviços

Considera-se como prestador de serviços a pessoa jurídica que prestar serviços por conta e riscos próprios. O Prestador de Serviços deverá apresentar a comprovação profissional do ao órgão competente à sua atuação, o número do CNPJ, quitação de débitos e emissão de nota fiscal jurídica para a realização do pagamento de seus serviços.

Lista de documentos do prestador de serviços

- Termo de Referência ou Projeto Básico da prestação de serviço;
- Cartão do CNPJ;
- Cópia do CPF;
- Cópia cédula identidade – RG;
- Comprovante de residência;
- Cópia autenticada da carteirinha do Conselho de Classe;
- Informações bancárias – (Banco, Agência, nº da conta corrente);

P. M. A
Fls. 1361
Ass.

Carteira de trabalho e previdência social

O empregado não poderá trabalhar sem apresentar a CTPS.

A Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) é o documento indispensável para a admissão do empregado, pois prova a relação de trabalho entre as partes e também o tempo de serviço que foi prestado a outras empresas, servindo como verdadeiro atestado de antecedentes do trabalhador

O Instituto tem o prazo de 48 horas para proceder às anotações na CTPS, sujeito ao pagamento de indenização de 1 dia de salário para cada dia de atraso.

Será obrigatoriamente apresentada, contra recibo, pelo trabalhador ao seu novo patrão;

Mesmo havendo contrato à parte tais como: Contrato de experiência, contrato temporário, dentre outros, ainda assim existe a obrigatoriedade da assinatura da CTPS;

O registro em CTPS serve para efeito de prova de contrato de trabalho, não é uma condição para a formação do contrato, sendo o contrato do trabalho um contrato informal, ou seja, pode ser escrito, verbal ou até tácito (presumido);

As anotações na CTPS serão feitas: no ato de admissão, na data base (correção salarial – dissídio categoria), nas férias, a qualquer tempo por solicitação do trabalhador, no caso de rescisão contratual, na interrupção da prestação de serviços, nos casos de Acidentes do Trabalho, ou necessidade de comprovação perante a Previdência Social;

Anotação sobre a remuneração deve especificar o salário (forma e pagamento), bem como adicionais de insalubridades ou periculosidade;

Proibição de anotações desabonadoras na CTPS, anotações que tragam prejuízos diretos ou indiretos ao empregado, são exemplos: Anotações desrespeitosas, falsas, discriminatórias, que dizem respeito a vida íntima do trabalhador, dentre outras situações. Tais situações podem acarretar indenizações por danos morais e materiais, pois a CPTS representa a vida profissional do trabalhador e uma anotação desabonadora pode prejudicar na obtenção de um novo emprego;

A falta de anotação, o extravio (pode acontecer até mesmo antes da contratação, na fase pré-processual) ou a inutilizarão da CTPS submeterá o Instituto ao pagamento de multas e indenizações;

As ações de reconhecimento de vínculo de emprego, como a anotação na CTPS, é uma ação declaratória, portanto é imprescritível, desta forma não se submetendo as regras de prescrição quinquenal e bienal trabalhistas;

Data da baixa (fim vínculo emprego) na CTPS: data deve corresponder à do término do prazo do aviso-prévio, seja ele trabalhado ou indenizado;

P. M. A
Fls. 1362
Ass.

2.5.1.5.1.1 DO GERENCIAMENTO DE INFORMAÇÕES DA MÃO DE OBRA CLT

1. Prazo para admissão de colaboradores no mês

Toda e qualquer admissão, só será efetuada até o dia 20 de cada mês. Nos casos de admissões fora do prazo estipulado o colaborador será efetivado no primeiro dia útil do mês subsequente.

Às admissões só poderão ser efetuadas, mediante apresentação de toda documentação exigida no item 2.1.

2. Prazo para pagamento mensal.

Os pagamentos são realizados em parcela única até o quinto dia útil de cada mês.

Caso a data estipulada seja nos finais de semana ou feriados, o pagamento poderá ser antecipado para o último dia útil antecedente à data fixada.

3. Horas extras

As horas extras serão pagas de acordo com o que estiver descrito na Convenção vigente de cada categoria profissional.

4. Insalubridade

Abono sobre o grau de risco da função do colaborador, que poderá receber de 10%, 20% ou 40% do salário-mínimo nacional determinado por lei. A porcentagem para o cálculo da insalubridade é determinada pelo laudo pericial do PPRA.

5. Periculosidade

Abono sobre o grau de risco da função do colaborador, que poderá receber 30% do salário base. O direito à periculosidade deve ser determinado pelo laudo pericial do PPRA.

6. Adicional noturno

O Adicional Noturno será de acordo com o que estiver descrito na Convenção vigente de cada categoria profissional.

7. Salário família

O valor do salário-família é pago por filho de 0 à 14 anos.

Se a mãe e o pai estiverem em categorias e faixas salariais dentro do enquadramento legal, os dois receberão o benefício.

P. M. A
Fls. 362
Ass.

8. Benefícios

Com exceção do VT (Vale Transporte), os benefícios aqui descritos serão disponibilizados aos colaboradores conforme características do contrato no qual sua admissão está atrelada. O mesmo estende-se aos valores de descontos ou não gerados por estes benefícios.

9. Refeição

O fornecimento de refeições no local de trabalho, estão condicionados ao contrato no qual a admissão está atrelada ou aos acordos coletivos das categorias profissionais e pelas leis de trabalho no Brasil.

10.Vale transporte

Conforme estabelecido por lei, são descontados do colaborador 6% sobre o salário base, para compor o auxílio transporte.

Só terão direito aos benefícios, colaboradores com vínculo empregatício CLT, estagiários e aprendizes.

A solicitação ou não do VT deve vir no ato da admissão do colaborador através do formulário RH-FOR-Vale Transporte.

11.Seguro de vida

O seguro de vida é um benefício oferecido pelo Instituto e está vinculado à Convenção Sindical vigente ou pelo contrato de Estágio/Aprendiz

12.Demonstrativo de pagamento

De acordo com o artigo 464 da CLT, o pagamento de salário deverá ser efetuado contrarrecibo, assinado pelo empregado; em se tratando de analfabeto, mediante sua impressão digital, ou, não sendo esta possível, a seu rogo (assinado por testemunhas).

Contudo, terá força de recibo o comprovante de depósito em conta bancária, aberta para esse fim em nome de cada empregado, em estabelecimento de crédito, nos termos do parágrafo único do artigo em referência, caso a empresa deposite mensalmente o salário.

Portanto, poderá o Instituto efetuar a entrega do Demonstrativo de Pagamento dos Salários sem que este seja assinado pelo empregado, desde que o pagamento do salário seja efetuado através de depósito em conta.

A Impressão dos Demonstrativos de Pagamento ficará a cargo de uma prestadora de serviços. O local de Entrega será no escritório em Cotia. Os demonstrativos serão identificados por unidade de trabalho e entregues por um motoboy contratado pelo Instituto.

P. M. A
Fls. 1364
Ass.

O representante do Departamento de Recursos Humanos em cada unidade de trabalho ficará responsável pela distribuição dos demonstrativos de pagamento para os funcionários.

Encargos sociais

1. INSS

É descontado do colaborador sobre a composição salarial, índice conforme variação de tabela, sendo 8%, 9% ou 11%, respectivas alíquotas de incidência para o cálculo da contribuição a ser paga ao INSS, respeitando o teto vigente.

2. IRRF

Apenas sofre desconto conforme variação de tabela, colaboradores com renda bruta superior ao valor vigente, estipulado pela RFB.

– Faltas/ Afastamentos/Acidentes de Trabalho/Licenças

1. Falta injustificada

São aquelas, que não estão contemplados no Art. 473 da CLT e que serão efetivamente descontadas do salário do trabalhador.

2. Falta abonada/ justificada

Mediante apresentação de atestado médico até 48h após o incidente ou autorização por escrito da chefia imediata. Tais documentos deverão ser encaminhados ao Instituto via e-mail.

3. Poderá se ausentar sem prejuízo financeiro

- 2 dias consecutivos em casos de falecimento do cônjuge ascendente, descendente, irmão ou pessoa que declarada em CTPS que viva sob sua dependência econômica, ou de acordo com o que estiver descrito na Convenção vigente de cada categoria profissional da base territorial, o que for mais benéfico para o colaborador;
- 3 dias consecutivos em virtude de casamento, ou de acordo com o que estiver descrito na Convenção vigente de cada categoria profissional da base territorial, o que for mais benéfico para o colaborador;
- Por 5 dias em caso de nascimento de filho;
- Por 1 dia, em cada 12 meses de trabalho, em casos de doação de sangue devidamente comprovado;
- Até 2 dias consecutivos ou não para o fim de alistamento militar nos termos da respectiva lei;
- No período de tempo em que tiver de cumprir as exigências do serviço militar;

P. M. A
Fls. 1365
Ass.

- Jurados e testemunha, mediante apresentação da carta de convocação e certidão de comparecimento no tribunal;
- Em caso de trabalho nas eleições para cada dia trabalhando o funcionário tem direito a 2 dias úteis de folga, mediante apresentação do comprovante do cartório eleitoral.

4. Afastamentos

Mediante apresentação de atestado médico, os primeiros 15 dias de afastamento são de responsabilidade da empresa.

Caso o colaborador necessite de um maior tempo de afastamento (superior a 15 dias), o mesmo deverá solicitar ao médico o encaminhamento para o INSS e enviar à Medicina do Trabalho, em um prazo de 24 horas antes de completar os 15 dias de afastamento, para que o Recursos Humanos possa dar entrada no requerimento do "auxílio-doença" no INSS.

O funcionário só poderá retornar ao trabalho mediante atestado de saúde fornecido pelo perito do INSS e/ou pelo médico do trabalho.

5. Acidente de trabalho

Levar o acidentado ao Pronto Socorro mais próximo.

Em mãos do laudo médico, passar o documento à Segurança do Trabalho, para abertura do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho) com no máximo 24 horas posterior ao acidente (passado esse período, corre-se o risco de o Instituto ser autuada pelo Ministério do Trabalho).

Caso o colaborador necessite de um afastamento superior a 15 dias, o mesmo deverá solicitar ao médico o encaminhamento para o INSS e enviar à Medicina do Trabalho, em um prazo máximo de 24 horas antes de completar os 15 dias de afastamento, para que o Recursos Humanos possa dar entrada no requerimento de Auxílio de Acidente de Trabalho no INSS.

6. Licença maternidade

Enviar à Medicina do Trabalho o atestado solicitando o afastamento, preferencialmente até o dia 20 de cada mês. Após esse período o afastamento será programado para o 1º dia do mês subsequente.

A colaboradora gestante tem direito a licença maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário.

P. M. A
Fls. 1366
Ass.

O salário maternidade consiste na média aritmética simples dos seis últimos salários caso a remuneração da colaboradora seja parcialmente ou totalmente variável, ou no mesmo valor da remuneração integral equivalente a um mês de trabalho.

Em caso de parto antecipado, a mulher terá direito aos 120 dias previstos na lei.

É garantido à colaboradora, durante a gravidez, sem prejuízo de salário e demais direitos:

- Transferência de função, quando as condições de saúde o exigir, assegurada a retomada da função anteriormente exercida, logo após o retorno ao trabalho;
- Dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de no mínimo seis consultas médicas e demais exames complementares;
- De acordo com a lei 10.710/2003, a partir de 01/09/2003, o pagamento do benéfico do salário maternidade é de total responsabilidade da empresa;
- Caso haja necessidade de prorrogação do prazo de afastamento da licença maternidade, é necessária apresentação de um novo atestado médico, que deve ser enviado ao departamento de Medicina do Trabalho imediatamente.

7. Licença adoção

Conforme lei nº 10.421/2002, estende-se à mãe adotiva o direito à licença maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das leis do trabalho, aprovada pelo decreto lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 e a lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, obedecendo aos seguintes critérios:

- No caso de adoção ou guarda judicial de criança até 1 (um) ano de idade o período de licença será de 120 (cento e vinte) dias;
- No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 1(um) ano até 4 (quatro) anos de idade, o período de licença será de 60 (sessenta) dias.
- No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 4 (quatro) anos até 8 (oito) anos de idade, o período de licença será de 30 (trinta) dias.
- A licença maternidade só será concedida mediante apresentação do termo judicial de guarda à adotante ou guardiã.

P. M. A
Fls. 1367
Ass.

Processamento da folha de pagamento

As informações para o processamento da folha de pagamento do mês devem ser encaminhadas com antecedência, respeitando o prazo, até dia 20 de cada mês. Após este prazo, as informações serão consignadas na folha do mês subsequente. Tais informações são:

- Alterações de cargo/salário;
- Alterações de jornada/salário;
- Horas extras;
- Faltas/ Atrasos;
- Bonificações;
- Benefícios;
- Nascimento de filhos;
- Afastamento;
- Casamento;
- Falecimento de funcionário;
- Mudança de Banco, Agência, nº de conta.

13º salário

É um direito garantido pelo art. 7º da Constituição Federal de 1988. Consiste no pagamento de um salário extra ao trabalhador no final de cada ano.

O valor do 13º salário é calculado sobre o salário integral do trabalhador. Nos casos dos trabalhadores que completaram os 12 meses de trabalho, o salário será integral com os devidos descontos.

Nos casos em que o trabalhador não completou 12 meses de trabalho, calcula-se o valor do 13º da seguinte forma:

Exemplo:

Um colaborador possui 8 meses de trabalho e tem salário integral de R$1.000,00.

R$1.000,00/ 12 meses x 8= R$666,67 (sem desconto de INSS e IR)

Sobre o 13º salário incidem descontos tributários de INSS e IR sobre o valor recebido;

O pagamento do 13º pode ser pago em duas parcelas. A primeira parcela do 13º salário corresponde a 50% do valor do salário proporcional aos meses trabalhados, (isenta de descontos tributários) é paga até o dia 30 do mês de novembro, ou por ocasião das férias, caso o funcionário solicite.

A segunda parcela (com descontos tributários) é paga até o dia 20 do mês de dezembro

P. M. A
Fls. 1368
Ass.

Férias

Programação de férias

A programação de férias deverá ser feita anualmente e encaminhada ao Departamento de Recursos Humanos.

No mês de outubro o Departamento de Recursos Humanos encaminhará aos demais departamentos uma relação de funcionários com férias vencidas para descanso no ano posterior.

Os coordenadores terão prazo até o último dia útil do mês de novembro para encaminhar para o Departamento de Recursos a programação de férias.

1. Solicitação de férias

A solicitação de férias deverá ser devidamente assinada pelo colaborador e encaminhada ao Departamento de Recursos Humanos com antecedência de até sessenta dias antes da data de início das férias

O prazo para pagamento das férias pelo empregador é de 2 dias úteis do início da mesma.

Na formalização da solicitação, o colaborador deverá fazer a opção do dia de início do descanso que deseja tirar

O direito as férias estão diretamente relacionadas à quantidade de faltas não justificadas ocorridas no período aquisitivo, conforme tabela abaixo:

A Constituição Federal, em seu art. 7º, inciso XVII, assegura o gozo de férias anuais com, pelo menos, um terço a mais do salário normal (1/3 constitucional).

Os adicionais por trabalho extraordinário, noturno, insalubre ou perigoso serão computados no salário que servirá de base ao cálculo da remuneração do terço de férias.

Se o salário for parcialmente ou totalmente variável, apurar-se-á a média do período aquisitivo, aplicando-se o valor do salário na data da concessão das férias.

2. Descontos

Sobre as férias incidem descontos tributários de INSS e IR sobre o valor recebido, conforme tabela vigente.

3. Importante

Férias somente serão concedidas após 12 meses de trabalho;

Os funcionários menores de 18 anos e maiores de 50 anos deverão ter 30 dias de férias em descanso.

Antes de entrar em férias o funcionário deverá apresentar a carteira de trabalho no Departamento de Recursos para ao registro do período de férias.

P. M. A
Fls. 1360
Ass.

Demissão de colaboradores com ou sem justa causa

Deve ser enviado ao Departamento de Recursos Humanos um e-mail solicitando o desligamento do colaborador, informando o tipo de demissão:

- Dispensa por parte do empregador ou
- Pedido de demissão por parte do colaborador

O e-mail deve ser enviado ao Departamento de Recursos Humanos com pelo menos 5 dias úteis de antecedência nos casos de dispensa por parte do Instituto e de imediato por solicitação do colaborador.

Relação de débitos e créditos de horas extras, adicionais, banco de horas, faltas e atrasos a serem computados na rescisão, devem ser encaminhados juntamente com a comunicação do desligamento do funcionário.

O prazo de pagamento de rescisão é de 10 dias corridos após a data de demissão.

Para todos os cálculos de rescisão de contrato de trabalho, há os devidos descontos de INSS e IR de acordo com a tabela vigente.

Deve ser encaminhada ao Departamento de Recursos Humanos a carteira profissional para atualização juntamente com o exame médico demissional.

1. Demissão com aviso prévio indenizado

O funcionário é dispensado a partir da data do aviso prévio e o pagamento é feito dentro do prazo de 10 dias.

O Instituto, também arca com a multa de 50% sobre os depósitos fundiários, que deverá ser depositado na Caixa Econômica Federal em nome do colaborador.

O colaborador tem direito à:

- Aviso prévio indenizado;
- Saldo de salário;
- Férias vencidas não gozadas;
- Férias proporcionais ao tempo de serviço;
- 1/3 de férias (abono constitucional);
- 13º salário proporcional ao tempo de serviço;
- Multa de 50% sobre o FGTS (sendo somente 40% do colaborador e os outros 10% do Governo);
- FGTS;
- Seguro-desemprego.

P. M. A
Fls. 1370
Ass.

2. Demissão com aviso prévio cumprido

O colaborador trabalha no período do aviso prévio, podendo optar por faltar 7 dias corridos ou sair 2 horas mais cedo por dia, até o término do aviso. O pagamento da rescisão é feito no dia seguinte ao término do aviso.

O colaborador tem direito à:

- Aviso prévio cumprido (dias trabalhados);
- Férias vencidas não gozadas;
- Férias proporcionais ao tempo de serviço;
- 1/3 de férias (abono constitucional);
- 13º salário proporcional ao tempo de serviço;
- Multa de 50% sobre o FGTS (sendo somente 40% do colaborador e os outros 10% do Governo);
- FGTS;
- Seguro-desemprego.

3. Dispensa por término de contrato por tempo determinado

O funcionário é dispensado antes ou quando se encerra o contrato por tempo determinado, ou período de experiência.

No Instituto o período de experiência equivale a dois ciclos de 45 dias, totalizando os 90 dias previstos por lei.

Se o funcionário for dispensado após o término do 1º ciclo de experiência ou no término do contrato.

O colaborador tem direito à:

- Saldo de Salário;
- Férias proporcionais ao tempo de serviço;
- 1/3 de férias (abono constitucional);
- 13º salário proporcional ao tempo de serviço;
- FGTS;

O colaborador não tem direito à:

- Aviso prévio;
- Multa de 50% sobre FGTS (sendo somente 40% do colaborador e os outros 10% para o Governo).

P. M.
Fls. 1271
Ass.

4. Dispensa antes do término de contrato por tempo determinado

Quando o colaborador é dispensado antes do término do primeiro ciclo (45 dias) do período de experiência ou 90 dias previsto por lei

O colaborador tem direito à:

- Saldo de salário;
- Férias proporcionais ao tempo de serviço;
- 1/3 de férias (abono constitucional);
- 13º salário proporcional ao tempo de serviço;
- Aviso prévio que equivale a 50% dos dias faltantes para o término o 1º vencimento (45 dias) ou 90 dias previsto por lei;
- FGTS.

O colaborador não tem direito à:

- Aviso Prévio;
- Multa de 40% sobre FGTS (sendo somente 40% do colaborador e os outros 10% do Governo);

5. Falecimento

No caso do falecimento do colaborador o Departamento de Recursos Humanos deverá ser comunicado, para que os cálculos rescisórios sejam feitos.

Para que o(s) dependente(s) e/ou ascendente(s) do colaborador possa(m) ter direito(s) às verbas rescisórias, o(s) mesmo(s) deverá(ão) solicitar ao INSS uma declaração especifica a qual dará o direito do dependente de receber as verbas.

O(s)s dependente(s) e ou ascendente(s) do colaborador falecido tem direito à:

- Saldo salário;
- Férias vencidas não gozadas;
- Férias proporcionais ao tempo de serviço;
- 1/3 de férias (abono constitucional);
- 13º salário proporcional ao tempo de serviço;
- FGTS (somente poderá ser sacado mediante apresentação de uma declaração do INSS).

6. Seguro de vida

No ato da comunicação do falecimento do colaborador o Instituto ficará responsável de comunicar o ocorrido junto à corretora/seguradora.

P. M. A
Fls. 372
Ass.

7. Dispensa com justa causa

Quando existir uma falta considerada grave, o colaborador poderá ser demitido por justa causa. Deve ser encaminhado ao Departamento de Recursos Humanos um e-mail solicitando a demissão por justa causa, mencionando o ocorrido.

O caso será encaminhado para o departamento jurídico do Instituto que analisará a possibilidade de dispensa.

8. Análise de dispensa por justa causa (ART. 482 CLT)

9. Ato de improbidade

É um mau caráter. Caracteriza-se também como furto oi roubo de materiais da empresa, falsificação de documentos para obtenção de horas extras não prestadas, apropriação indébita de importância da empresa, o colaborador justifica suas faltas com atestados médicos falsos etc.

10.Incontinência de conduta

Está ligada ao aspecto ao aspecto sexual dentro da empresa (Exemplo: fotos de sexo explicito enviado a um colega de trabalho via internet).

11.Mal procedimento

É uma atitude irregular do colaborador, um procedimento incorreto, incompatível com as regras da moral e dos bons costumes (Exemplo: brincadeiras de mau gosto de um colaborador que atrapalha o desempenho profissional de seus colegas).

12.Negociação habitual

Diz respeito aos atos de comércio praticados com habitualidade pelo colaborador sem o consentimento do empregador. O trabalho concorrente ou prejudicial ao serviço é proibido por lei (Exemplo: colaborador se favorecendo de prestação de serviços semelhantes ao que a empresa oferece.

13.Condenação criminal

O colaborador tem que ser condenado criminalmente, por sentença da qual não caiba mais nenhum tipo de recurso.

14. Desídia

É o desleixo, preguiça, má vontade, desatenção, indiferença, desinteresse do colaborador.

P. M. Fls. 1378 Ass.

Colaborador apresenta baixa produtividade imperfeição técnica de trabalho. (Exemplo: Colaborador sempre apresentou bom comportamento, porém, ultimamente vem demonstrando.

15. Embriaguez

É considerada pelo consumo voluntário de álcool ou drogas, que leva a alteração psicológica do colaborador, inabilitando-o ao exercício da função, podendo colocar um risco a sua vida e a de colegas. A OMS Organização Mundial de Saúde já a considera doença.

16. Violação de segredo da empresa

Informação tida como confidencial ao qual o colaborador teve acesso em razão do contrato de trabalho ou em função da prestação de serviços. Violar o segredo é tornar publico essa informação (Exemplo: lançamento de um projeto e o colaborador que trabalhou nesse projeto divulga informações para concorrentes.

17. Indisciplina

É uma desobediência do colaborador a uma regra de caráter genérico, aplicada a todos ou a um grupo de colaboradores (Exemplo: o colaborador descumpre as ordens gerais dadas pelo empregador, como as contidas no Manual de Integração, ordens de serviços, circulares e portarias.

18. Insubordinação

É uma desobediência do colaborador a uma ordem especifica a ele dirigida, por seu superior hierárquico, desde que essa ordem seja lícita e possível, relacionada ao trabalho. (Exemplo: O gestor dá uma ordem a um colaborador e este descumpre sem nenhuma justificativa plausível).

19. Abandono de emprego

Caracterização por dois requisitos. Um objetivo e outro subjetivo.

Objetivo – é a ausência injustificada ao trabalho e para caracterizá-la basta apenas a convocação, registrada do colaborador ao trabalho. Pode ser, por telegrama ou carta de convocação passada em Cartório, que será entregue pelo oficial do cartório.

Subjetivo – é a vontade do colaborador em abandonar o emprego, porém, não é de fácil caracterização. (Exemplo: o colaborador trabalha em Cotia e sua família reside em outro estado. Ele irá entrar em férias e comentou para seus colegas de trabalho que iria para sua cidade natal e que talvez não voltasse se encontrasse situação mais favorável – o elemento subjetivo caracteriza-se pelo testemunho dos colegas de trabalho, sobre o abandono de emprego.

20. Advertência/suspensão

Advertência/Suspensão

P. M. A
Fls. 137
Ass.

Para caracterização da justa causa é muito interessante que o Instituto esgote as oportunidades de recuperação do empregado. Portanto é recomendável o seguinte.

- Uma advertência oral;
- Uma advertência por escrito;
- Uma suspensão de 2 dias;
- Aplicação da Justa causa.

Observar que a sequência recomendada é sempre pelo mesmo motivo.
Na justa causa, o colaborador tem direito somente ao saldo de salário.

21. Pedido de demissão com mais ou menos de 1 ano de trabalho.

O colaborador pode solicitar demissão com dispensa do cumprimento do aviso prévio ou poderá cumprir o aviso prévio, cabe ao Instituto assumir o ônus da dispensa. O prazo para pagamento, no caso de pedido de demissão é de 10 (dez) dias corridos a contar da data do pedido.
O colaborador que solicita a dispensa tem direito à:

- Saldo de salário;
- Férias proporcionais ao tempo de serviço;
- 1/3 de férias (abono constitucional);
- 13º salário proporcional ao tempo de serviço;
- Aviso prévio cumprido (se for exigência do Instituto).

O colaborador que solicita a dispensa não tem direito à:

- Aviso prévio indenizado;
- Movimentação de FGTS;
- Seguro-desemprego.

2.5.1.6 MANUAL DE FREQUÊNCIA E CONTROLE DE PESSOAL

CONCEITOS, REGRAS GERAIS, PROCEDIMENTOS E OCORRÊNCIAS

APRESENTAÇÃO

O presente manual foi criado para auxiliar os funcionários do Instituto e seus respectivos coordenadores no preenchimento do registro de frequência, seja ele eletrônico ou manual. Nos tópicos abaixo, será possível sanar as mais variadas dúvidas que possam surgir no dia a dia do funcionário.

P. M. A
Fls. 1375
Ass.

Importante ressaltar que a responsabilidade pelo registro da frequência e suas eventuais ocorrências será sempre do funcionário e de sua chefia imediata. Ambos devem relatar os acontecimentos diários de maneira fiel ao ocorrido, conforme as normas vigentes.

2.5.1.6.1 CONCEITOS

1. Ponto

Ponto é o registro pelo qual se verifica, diariamente, os horários cumpridos pelo funcionário durante sua jornada de trabalho.

O registro de frequência será eletrônico ou, em casos excepcionais, manual.

Salvo em casos expressamente previstos, é vedado, sob pena de responsabilidade, dispensar o funcionário do registro de ponto.

Deve constar expressamente no registro de ponto:

a) O nome e número funcional do funcionário;
b) O cargo ou função-atividade do funcionário;
c) Jornada de trabalho, especificando, quando for o caso, se esta for cumprida em regime de plantão;
d) O horário de entrada e saída ao serviço;
e) O horário de intervalo para alimentação/descanso;
f) Assinatura do funcionário e da chefia imediata;
g) As seguintes ocorrências:

- Atrasos;
- Ausências temporárias;
- Faltas ao serviço;
- Afastamentos e licenças previstos em lei;
- Prestação de horas suplementares sobre a duração diária normal de trabalho em virtude de compensação ou que serão objeto desta;
- Prestação de horas extraordinárias que serão objeto de pagamento, por terem sido previamente autorizadas pelo instituto.

2. Jornada de Trabalho

Jornada de trabalho é o tempo em que o funcionário está à disposição do Instituto, aguardando ou executando ordens.

P. M. A
Fls. 1376
Ass.

Dependendo da jornada de trabalho diária do funcionário é obrigatória a interrupção para alimentação / descanso.

3. Frequência

Frequência é o comparecimento do funcionário em seu local de trabalho. Ela é comprovada por meio da correta anotação dos horários do funcionário no respectivo registro de frequência/ponto eletrônico.

4. Ocorrência

São todas as situações que alteram, de maneira não habitual, a jornada de trabalho diária do funcionário, devendo ser anotadas no registro de frequência eletrônico ou manual, na data em que ocorrerem.

2.5.1.6.2 REGRAS GERAIS

1. Deveres

a) Deveres do funcionário

Cumprir a jornada estabelecida em contrato de trabalho.

Chegar e sair no horário especificado, inclusive no período para alimentação ou descanso.

Respeitar as normas estabelecidas pela legislação vigente e pelo Instituto, inclusive aqueles referentes à compensação de horas.

Manter seu registro de frequência atualizado, anotando/registrando diariamente seus horários durante a jornada de trabalho.

Apresentar, o mais breve possível, justificativa para ausências ou atrasos, sob pena de indeferimento por não cumprimento dos prazos estabelecidos.

A frequência diária dos funcionários será apurada por meio de identificação biométrica em equipamento de Registro Eletrônico de Ponto (REP).

Na eventualidade de o funcionário não possuir condições físicas de leitura da impressão digital, a sua identificação será feita por meio de digitação de senha no equipamento de REP.

Ficam excluídos da aplicação deste manual os funcionários que desempenham atividades que exijam controles específicos de horário. (NR/MTE)

b) Deveres de chefia imediata

Garantir o fiel registro da frequência de seus subordinados.

Encaminhar o registro de frequência com as devidas anotações para as providências da área de recursos humanos no primeiro dia útil subsequente ao período de apuração da frequência.

P. M. A
Fls. 1377
Ass.

É de responsabilidade da chefia imediata orientar o funcionário para o fiel cumprimento da Portaria 1.510, de 21/08/2009, publicada no DOU de 25/08/2006.

2. Horários e Jornadas

a) Setor

Cada setor deverá manter, durante todo o seu período de funcionamento, funcionários para a garantia da prestação dos serviços que lhe são destinados.

Para cumprir o disposto no parágrafo anterior, caberá à chefia imediata estabelecer a forma de cumprimento da jornada de trabalho dos funcionários, observadas a escala de horários definida pela chefia imediata e as limitações legais ou administrativas.

O setor deverá afixar em local visível e de fácil acesso o seu horário de funcionamento.

b) Funcionário

As jornadas semanais de trabalho deverão ser adequadas, conforme o horário de funcionamento do setor.

A jornada de trabalho em locais de atividades ininterruptas poderá ser cumprida sob o regime de plantão, a critério e responsabilidade da chefia imediata, podendo ser alterada sempre que houver a necessidade de revisão e adequação dos trabalhos.

P. M. A
Fls. 1378
Ass.

MODELO ESCALA:

ESCALA DE TRABALHO E FOLGA

INSTITUTO SOCIAL DE SAÚDE SÃO LUCAS

UNIDADE :

SETOR:

ANO: 2022

Nº	Nome do Colaborador	Função	Horário	MAIO																									JUNHO												
				S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

ATESTADO	1 hora para jornada superior à 6 hs/diárias
FOLGA	15 minutos para jornada até à 6 hs/diárias
FÉRIAS	
LICENÇA MÉDICA	
MANHÃ/TARDE	
PLANTÃO DIURNO	
PLANTÃO EXTRA	
PLANTÃO NOTURNO	
REPOUSO SEMANAL	

O registro de ponto é obrigatório, pessoal e intransferível para todos os colaboradores.

Os registros somente poderão ser efetuados com até 10 (dez) minutos de antecedência na entrada e de 10 (dez) minutos após horário de saída. A permanência além deste horário somente pode ocorrer com autorização do Gestor Imediato.

O horário de trabalho deverá ser rigorosamente respeitado e registrado nos horários de entrada, intervalo para descanso e/ou refeição e de saída.

Todos os colaboradores são responsáveis por informar antecipadamente, seus gestores sobre as alterações nos registros.

Gestor Administrativo | Responsável T

c) Intrajornada

A jornada contínua dos funcionários deve obedecer ao intervalo mínimo para alimentação e descanso (intrajornada), conforme tabela abaixo: Jornada Diária (horas)	Intervalo para alimentação ou descanso
Até 6 horas	15 minutos (*)
Acima de 6 horas	Mínimo 1 e máximo 2 horas

Compensação de horas em virtude de ausências temporárias/atrasos

Caso, excepcionalmente, seja necessário entrar mais tarde, se ausentar temporariamente, ou sair definitivamente durante o expediente, fica a critério da chefia imediata autorizar, desde que não haja prejuízo às atividades da área, a compensação no mesmo dia ou no máximo até 7 dias subsequentes.

Compensação de horas em virtude de recessos e emendas de feriados

Os dias intercalados entre finais de semana e feriados, bem como eventuais recessos sem expediente no Instituto serão compensados de acordo com determinações específicas para cada dia, conforme estipulado pela direção.

4. Registro de Frequência

a. Como registrar a frequência no ponto eletrônico

Os funcionários devem registrar o ponto eletrônico diariamente, em seus respectivos horários, respeitados os períodos obrigatórios para repouso ou alimentação.

O registro de ponto eletrônico é de responsabilidade individual do funcionário para correta aferição da sua pontualidade e assiduidade para o cômputo do cumprimento integral da jornada semanal de trabalho.

A fiscalização e o controle do horário de trabalho dos funcionários são de responsabilidade da chefia imediata, sendo vedada, em regra, a dispensa do registro eletrônico. Em casos excepcionais e de força maior que impossibilitem o registro eletrônico – que serão oportunamente elencados pela direção do Instituto, a chefia imediata deverá adotar o registro da frequência em controler de frequência manual (conforme item b a seguir).

Nos dias em que o chefe imediato não comparecer ao local de trabalho (impedimentos, afastamentos, licenças e faltas), a fiscalização e o controle do horário de trabalho dos funcionários passarão a ser atribuição do setor de Recursos Humanos.

P. M. A
Fls. 380
Ass.

A falta de marcação do ponto, o atraso ao serviço e a saída antecipada, sem autorização da chefia imediata, acarretarão, além das medidas administrativas cabíveis, o respectivo desconto salarial.

Lembramos que todas as Unidades que já utilizam o sistema de Registro Eletrônico de Ponto devem seguir as orientações do Ministério do Trabalho e Emprego, referentes ao Sistema de Registro Eletrônico de Ponto – SREP.

b. Como registrar a frequência no controle de frequência manual

Funcionário

- O ponto manual deve ser assinado diariamente, com seus respectivos horários de entrada, saída e intervalo.
- O funcionário deve preencher os campos do controle de frequência que indicam o horário de início, término e intervalos da jornada de trabalho.
- Nos dias em que o funcionário não comparecer ao local de trabalho, não deve preencher o controle de frequência.
- No caso de compensação de horas, o funcionário deve anotar, em cada dia que houve compensação, o tempo e a qual período se refere a compensação, se acordada com o superior imediato. Se for em virtude da compensação anual estabelecida pelo Instituto matriz, o funcionário deve indicar qual circular está sendo compensado. Ex. "CIRCULAR RH - 363/2018".
- Documentos oficiais não devem ter rasuras. Na eventualidade de ocorrer, o funcionário deve vistar ao lado da rasura indicando a correção, juntamente com a chefia imediata.
- O setor de Recursos Humanos não receberá os controles de frequência com lacunas do funcionário no preenchimento.

Chefia Imediata

O chefe imediato deve vistar, mensalmente o ponto do funcionário subordinado, conforme a jornada estabelecida, cuidando para que seja fiel ao ocorrido.

O chefe deve vistar o ponto nos dias em que o funcionário não comparecer ao serviço, apontando a ocorrência, exceto nos casos em que a ocorrência já estiver pré-assinalada no controle de frequência, o mesmo deve ser informado ao RH local para acompanhamento.

A chefia deve identificar-se com o carimbo no campo "Visto/Conferência Chefia".

Os controles de frequência devem ser entregues no 1º dia útil subsequente ao término do período de apuração da frequência, sendo este de 16 à 15 de cada mês.

O setor de Recursos Humanos não receberá controles de frequência com lacunas da chefia no preenchimento.

P. M.
Fls. 361
Ass.

2.5.6.3 OCORRÊNCIAS

As ocorrências devem ser descritas no registro de frequência de cada funcionário sempre que alguma situação altere o cumprimento normal da jornada de trabalho.

O rol de ocorrências contempla as situações estipuladas pela legislação ou pelo Instituto.

Com relação às documentações que devem ser apresentadas para cada tipo de ocorrência, deve-se obter orientações com o setor de Recursos Humanos.

a) Faltas

Falta abonada, o abono da falta do funcionário ao trabalho pode ser feito mediante autorização expressa da chefia imediata, desde que ocasionada por moléstia ou motivo relevante, sem prejuízo de vencimentos e demais vantagens, exceto auxílio refeição e auxílio transporte.

Atenção: O abono da falta não é um direito do trabalhador e sim uma concessão, e fica a critério da chefia imediata analisar o pedido, deferindo-o ou não.

Falta justificada, é a falta ao trabalho em que o trabalhador apresenta justificativa baseada em fato que, pela natureza e circunstância, possa constituir motivo razoável do não comparecimento e depende de aceitação pela chefia imediata.

A falta justificada não acarreta consequência de natureza disciplinar.

Além do desconto do dia no salário e perda de benefícios (auxílio transporte e auxílio refeição). Também é descontada para efeitos de contagem de tempo de serviço e computada para desconto de dias de férias.

Falta injustificada, é a falta do trabalhador ao trabalho para a qual não é apresentada justificativa à chefia imediata.

Além do desconto do dia no salário e perda de benefícios (auxílio transporte e auxílio refeição), provoca a interrupção do exercício. Também é descontada para efeitos de contagem de tempo, e computada para desconto de dias de férias. A falta injustificada acarreta consequências de natureza disciplinar.

b) Não observância dos horários de trabalho

Entrada tarde, considera-se entrada tarde, o atraso do funcionário que não tenha sido compensado no mesmo dia ou na semana, a depender de norma específica da Unidade ou de anuência da chefia imediata. Ocasiona desconto no pagamento.

Obs.: os atrasos/saídas antecipadas não excedentes a 10 minutos no cômputo do dia não serão descontados.

Saídas antecipadas, considera-se saída antecipada, a retirada do funcionário que não tenha sido compensada no mesmo dia ou na semana, a depender de anuência da chefia imediata.

Ocasiona desconto no pagamento.

Obs.: os atrasos/saídas antecipadas não excedentes a 10 minutos no cômputo do dia não serão descontados.

Entrada e saída irregulares, trata-se da entrada tarde e saída antecipada que ocorrem no mesmo dia, sem a devida compensação e sem anuência da chefia imediata.

Acarreta consequências de natureza disciplinar.

O não cumprimento do número de horas semanais de trabalho acarretará desconto no salário do funcionário.

Obs.: os atrasos/saídas antecipadas não excedentes a 10 minutos no cômputo do dia não serão descontados.

Saída para consulta médica, Ausência temporária do funcionário durante o expediente para consulta médica ou para consulta médica de pessoa da família, mediante apresentação de declaração de comparecimento emitida pelo Órgão ou Médico responsável.

Até 2 horas sem compensação, não gera desconto no pagamento.

Desconto total do dia, o funcionário perderá a totalidade do salário quando comparecer ao local de trabalho ou dele retirar-se fora das hipóteses acima previstas, ou seja, a ocorrência é aplicada quando há ausência do trabalhador que ultrapasse os limites permitidos e sem que tenha havido anuência da chefia imediata.

O funcionário perde a totalidade do salário do dia e há reflexos nos benefícios de auxílio transporte e auxílio refeição

c) Licenças

Licença para tratamento de saúde, é a licença concedida ao funcionário, em virtude de problemas com a própria saúde, mediante a informação à chefia imediata e posterior apresentação de atestado médico até dois dias do início da licença.

Atenção: Em caso de ausência justificada para tratamento de saúde própria do funcionário ou pessoa da família, sem documentação que comprove o fato, se o não comparecimento do funcionário exceder 1 dia deverá ser requerida licença para tratamento de saúde, nos termos do Lei.

Observação: Em caso de aborto não criminoso, para as funcionárias, poderá ser concedida licença saúde a critério do Departamento de Medicina do Trabalho.

P. M. A
Fls. 1638
Ass.

Licença médica, é o afastamento do trabalho recomendado por profissional da área médica ou odontológica por período igual ou inferior a 15 dias, comunicado à chefia imediata, a quem o atestado médico deverá ser apresentado no prazo de 24 horas, e do qual devem constar o número de dias necessários, o CRM e assinatura do médico ou cirurgião-dentista e o CID – Código Internacional de Doenças (quando autorizado).

Atenção: devem ser observadas orientações específicas constantes do Manual de Normas e Diretrizes da Medicina do Trabalho. O atestado deverá ser fornecido pelo médico do trabalho, Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Sistema Unificado de Saúde (SUS), Instituições conveniadas com o Ministério da Saúde (MS) e empresas prestadoras de serviço de saúde contratadas ou credenciadas.

O trabalhador que apresentar atestado de médico particular deverá comparecer à área de medicina do trabalho para agendar uma consulta médica com o médico do trabalho, no 1º dia do retorno ao trabalho.

Os atestados serão entregues no retorno de 24 (vinte e quatro) horas do início da ausência para o departamento de recursos humanos, salvo motivo de força maior.

Os Atestados, e no caso do trabalhador que não puder se locomover, serão entregues por terceiros em até 24 horas.

Auxílio-doença previdenciário, o benefício previdenciário concedido pelo INSS mediante avaliação pericial a partir do 16º dia de afastamento do trabalho; o trabalhador deve apresentar ao INSS o requerimento de auxílio-doença que deve ser preenchido pelo setor de Recursos Humanos da Unidade de sua lotação, com as informações referentes ao afastamento do trabalho, além de outros documentos exigidos pelo órgão previdenciário.

O funcionário deve sempre dirigir-se à área de Recursos Humanos no dia do retorno ao trabalho para obter informações sobre prazos a serem observados, inclusive sobre a necessidade de comparecer ao SESMT.

Licença por acidente de trabalho, é a licença de até 15 dias que é reconhecida pelos órgãos de saúde competentes quando o funcionário sofre acidente de trabalho.

Consideram-se acidentes de trabalho:

Doença profissional ou do trabalho, produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade;

Acidente típico, que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço do Instituto;

P. M. A
Fls. 1384
Ass.

Acidente de trajeto, que ocorre no percurso do local de residência para o trabalho ou desse para aquele, considerando a distância e o tempo de deslocamento compatíveis com o percurso do referido trajeto.

É imprescindível que a chefia responsável entre em contato imediatamente com o setor de Recursos Humanos, informando o acidente e as circunstâncias em que o fato ocorreu, relacionando testemunhas.

Deverá ser emitido o CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho e o setor de Recursos Humanos deverá ser imediatamente comunicado, informando, por sua vez, a CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

Atenção: devem ser observadas orientações específicas do SESMT.

Auxílio-doença acidentário, é o benefício previdenciário que é concedido pelo INSS quando a perícia médica caracterizar o evento como acidente de trabalho, mediante o reconhecimento da incapacidade para o trabalho e a identificação da relação entre o trabalho e o acidente ou doença ocupacional que agravou a saúde do funcionário, se o afastamento for concedido por mais de 15 dias.

Enquanto recebe o auxílio-doença acidentário por acidente no trabalho ou doença ocupacional, o trabalhador é considerado licenciado e terá estabilidade por 12 meses após o retorno às atividades, desde que o afastamento seja superior a 90 dias.

O funcionário deve sempre dirigir-se ao setor de Recursos Humanos no dia do retorno ao trabalho para obter informações sobre prazos a serem observados, inclusive sobre a necessidade de comparecer ao SESMT.

Licença adoção, a funcionária, que adotar ou obtiver guarda judicial definitiva para fins de adoção de criança, terá direito à licença maternidade de 120 dias.

A adoção ou guarda judicial conjunta ensejará a concessão de licença-maternidade a apenas um dos adotantes.

Quando se tratar de adoção conjunta por funcionários, um dos parceiros fará jus à licença-maternidade, restando ao outro o direito à licença paternidade, independentemente do sexo dos requerentes.

Licença gala, concedida por 3 (três) dias consecutivos por ocasião de casamento do(a) funcionário(a).

É necessário que o funcionário comunique previamente ao superior imediato e apresente a Certidão de Casamento (registro civil) ou Certidão de Casamento religioso (com efeito civil).

Deve também comparecer ao setor de Recursos Humanos para atualização de dados pessoais

Licença gestante, é a licença gestante e maternidade, que pode ser concedida a partir do 8º mês de gestação, no período de 120 dias, não acarretando descontos de qualquer espécie, seja financeiro ou para efeito de contagem de tempo.

P. M. A
Fls. 1385
Ass.

Deverá ser apresentada no setor de Recursos Humanos a Certidão de Nascimento ou Atestado Médico (caso a licença se inicie antes do parto), no prazo máximo de 15 dias.

Licença paternidade, licença de 5 (cinco) dias consecutivos a partir do nascimento de filho(a), concedida mediante a apresentação de cópia da Certidão de Nascimento.
Quando se tratar de adoção conjunta por funcionários, um dos parceiros fará jus à licença maternidade, restando ao outro o direito à licença paternidade, independentemente do sexo dos requerentes.

Licença para serviço militar, ao funcionário que for convocado para o serviço militar e outros encargos da segurança nacional, será concedida licença sem vencimento ou remuneração.

Licença por aborto não criminoso, em caso de aborto não criminoso, comprovado por atestado médico com informação do CID específico, a funcionária terá um repouso remunerado de duas semanas, ficando-lhe assegurado o direito de retornar à função que ocupava antes de seu afastamento.

Licença luto (Nojo), é a licença concedida ao funcionário em razão de falecimento de pessoa da família, sem prejuízo de salário.
O funcionário deve anexar cópia do Atestado de Óbito ao registro de frequência.
O dia do falecimento mais 2 (dois) dias consecutivos de trabalho, totalizando 3 dias consecutivos (falecimento de cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa previamente declarada como dependente econômica, mediante documento específico).

2.5.6.4 OUTRAS OCORRÊNCIAS

Convocação para júri, aplica-se aos funcionários que forem oficialmente convocados para tribunal de júri, conforme documento emitido pelo Poder Judiciário, que deve conter os dias em que ficou à disposição do tribunal.

Prestação de serviços eleitorais, todo funcionário que prestar serviço à Justiça Eleitoral será liberado do serviço pelo tempo necessário no dia correspondente, mediante declaração expedida pelo juiz eleitoral, sem prejuízo do salário, vencimento ou qualquer vantagem.

P. M.
Fls. 1386
Ass

Folga compensatória por prestação de serviços eleitorais, trata-se dos dias de folga compensatória pela prestação de serviço à Justiça Eleitoral.
Aplica-se aos funcionários que forem oficialmente convocados para trabalhar em serviços eleitorais e fazem jus a dias de folga em dobro.

Intimação judicial, aplica-se aos funcionários que forem oficialmente intimados a comparecer a algum órgão público, pelo tempo necessário, conforme documento emitido pelo Órgão no qual constem o dia ou horário concedido.

Estudantes, serão abonadas as faltas de funcionários estudantes, para prestação de exame em escolas oficiais autorizadas ou reconhecidas, desde que pré-avisado o Instituto com um mínimo de 72 (setenta e duas) horas de antecedência e comprovação posterior, no mesmo prazo e que o horário de trabalho seja incompatível com o da prova.

Doação de sangue, o funcionário que comprovar sua contribuição para banco de sangue fica dispensado de comparecer ao serviço no dia da doação uma vez por ano letivo.
É considerada como presença para todos os fins, sem prejuízo de vencimentos e demais vantagens (exceto auxílio refeição e auxílio transporte), devendo o funcionário entregar o comprovante da doação ao departamento de RH local.

Acompanhamento de filho em consulta médica, funcionário(a) que acompanhar filho de até 06 anos de idade incompletos em consulta médica de urgência/emergência, internações ou cuidados na residência do funcionário poderá deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo de salário, até 1 dia abonado, por ano, mediante relatório médico. Casos acima de 1 dia serão negociados entre o funcionário e o Instituto.
É considerada como presença para todos os fins, sem prejuízo de vencimentos e demais vantagens (exceto auxílio refeição e auxílio transporte), devendo o funcionário apresentar comprovante ao departamento de RH.

Férias, concedida anualmente a todos os funcionários. As férias devem se iniciar em dia de trabalho, ou seja, não podem se iniciar em dia de descanso do funcionário. O período de férias será reduzido da seguinte forma:	
Faltas no período aquisitivo x Dias de férias	
Até 5	30 dias

P. M. A
Fls: 387
Ass.:

De 6 a 14	24 dias
De 15 a 23	18 dias
De 24 a 32	12 dias
Acima de 32 faltas, perde-se o direito às férias.	

As férias poderão ser gozadas em até três períodos, desde que haja concordância do funcionário e do Instituto, sendo que um dos períodos não poderá ser inferior a quatorze dias corridos e os demais não poderão ser inferiores a cinco dias corridos, cada um.

A data limite para usufruto das férias ocorre antes de vencer o próximo período aquisitivo de férias.

O funcionário pode solicitar converter um terço do período de férias a que tiver direito em abono pecuniário. Concedido a critério da Instituto.

Situações em que pode ocorrer a interrupção do gozo das férias: por motivo de licença gestante.

2.5.6.5 CONTROLE DE FÉRIAS

ISSSL — Planilha de Controle e Planejamento de Férias de Funcionários

Hoje	31/10/2022

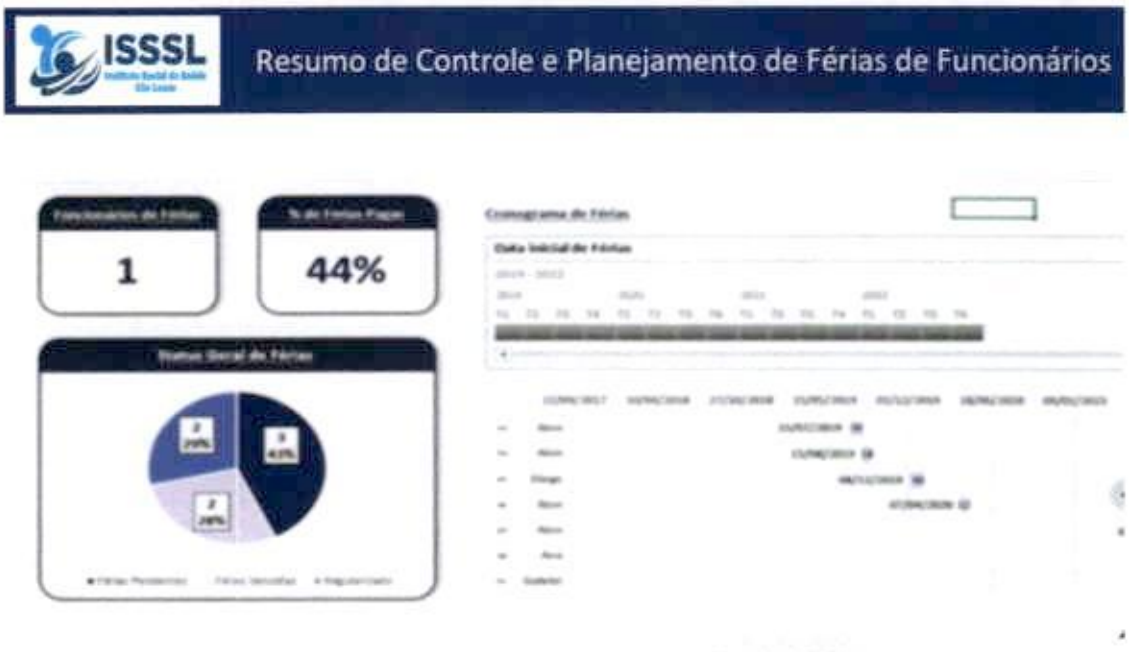
		PERÍODO AQUISITIVO		ANO 1			
Funcionário	Status atual	Data de contratação	Data Permissiva	Limite de Uso das Férias	Status	Total de dias usufruídos	Total de dias pendentes
Gabriel	Férias Pendentes	15/01/2021	15/01/2022	14/01/2023	Férias Pendentes	16	14
Ana	Férias Pendentes	15/01/2021	15/01/2022	14/01/2023	Férias Pendentes	19	11
Cesar	Férias Vencidas	15/01/2020	14/01/2021	13/01/2022	Férias Vencidas	0	30
Giovana	Regularizado	03/02/2022	03/02/2023	02/02/2024	Não habilitado	0	0
Alon	Férias Vencidas	01/05/2018	01/05/2019	29/04/2020	Regularizado	30	0
Diego	Férias Vencidas	08/10/2018	08/10/2019	06/10/2020	Regularizado	30	0
Pedro	Férias Pendentes	19/07/2021	19/07/2022	18/07/2023	Férias Pendentes	0	30

P. M. A
Fls. 1384
Ass.

PLANEJADOR DE FÉRIAS

ID	Funcionário	Data Inicial de Férias	Data Final	# dias corridos	Ano Referência	Tipo	Está de Férias?
1	Alon	15/07/2019	14/08/2019	30	2	Férias Gozadas	Não
2	Alon	15/08/2019	02/09/2019	18	1	Férias Gozadas	Não
3	Diego	08/12/2019	07/01/2020	30	1	Férias Pagas	Não
4	Alon	07/04/2020	19/04/2020	12	1	Férias Pagas	Não
5	Alon	07/10/2021	22/10/2021	15	3	Férias Gozadas	Não
6	Ana	13/01/2022	01/02/2022	19	1	Férias Pagas	Não
7	Gabriel	02/02/2022	18/02/2022	16	1	Férias Gozadas	Não

RESUMO



As férias deverão ser previamente analisadas e programadas pelas lideranças em conjunto com o departamento de Recursos Humanos, a fim de identificar a necessidade de remanejamento de equipe, contratação de mão de obra para cobertura preconizando a legislação e dimensionamento necessária da equipe, bem como, substitutos, estes se necessário com o pagamento de salário eventual.

Prestando exames vestibulares, o funcionário que participar de exame vestibular em dia de trabalho deverá apresentar o respectivo comprovante, não havendo desconto de salário.

P. M. A
Fls. 1389
Ass.

Suspensão contratual, é um afastamento temporário de funcionário, por um período não superior a 30 meses, para tratar de interesses particulares, com prejuízo de salários, das demais vantagens da função e de benefícios como auxílio transporte, auxílio refeição e auxílio alimentação.

Só pode ser concedida após dois anos de exercício e desde que não haja prejuízo aos serviços prestados em sua área.

O funcionário deve aguardar em exercício a aprovação da sua solicitação de suspensão contratual.

Em caso de nova solicitação, deverá ser respeitado o intervalo de 24 meses de afastamento entre uma e outra.

Durante a vigência do afastamento não é efetuado pelo Instituto nenhum recolhimento à previdência social e ao FGTS, podendo implicar a perda da qualidade de segurado da Previdência Social (conforme legislação do INSS).

Prisão, o funcionário poderá ser licenciado ou afastado em virtude de prisão, não recebendo salários no período.

A condenação judicial definitiva, ou seja, aquela contra a qual não cabem mais recursos, e o encarceramento do funcionário (não podendo, assim, prestar serviços decorrentes de seu contrato de trabalho) justifica a dispensa por justa causa.

HORA EXTRAS

Aplica-se a todos os funcionários.

É proibida a prestação de horas extras que não tenham sido autorizadas previamente pela chefia imediata, à vista da justificativa apresentada, observando as regras previstas na legislação.

Haverá tolerância de 10 (dez) minutos na entrada e saída, que não serão consideradas como horas extraordinárias.

As horas extraordinárias, assim entendidas aquelas trabalhadas além do horário diário normal e as dobras de plantões, domingos e feriados, em qualquer hipótese, poderão ser pagas com adicional de uma porcentagem, com de acordo com cada convenção coletiva. Na ausência de acordo ou convenção coletiva, os percentuais adotados serão aqueles previsto na CLT.

Deve-se sempre consultar a convenção coletiva de trabalho da categoria sindical correspondente do funcionário

P. M. A
Fls. 1390
Ass.

ADICIONAL NOTURNO

Aplica-se a todos os funcionários.

Pagamento do adicional noturno de 40% (quarenta por cento) para o trabalho prestado entre 22h00min e 05h00min.

Deve-se sempre consultar a convenção coletiva de trabalho da categoria sindical correspondente do funcionário

2.5.6.6 CONSIDERAÇÃO FINAIS

O registro de frequência é um instrumento importante para obtenção de informações que garantam a remuneração mensal correta para cada funcionário, além de possibilitar que o Instituto possa se organizar para garantir o funcionamento adequado de suas atividades. Assim, é importante que funcionários e chefias imediatas estejam atentos para o seu correto preenchimento e respeitar a comunicação prévia ao RH local e liderança.

Por fim, considerando que o preenchimento do registro de frequência não é opcional e que funcionários e chefias imediatas devem cumprir as orientações presente neste manual, o não cumprimento dessas orientações relativas à frequência (falta de cumprimento dos deveres e responsabilidades) sujeitará os envolvidos às penalidades cabíveis.

As licenças e afastamentos acima de 30 dias, deverão ser previamente informando, quando possível, e analisados por cada chefia em conjunto com o departamento de Recursos Humanos, para que seja trabalhada a escala, bem como, os dimensionamentos a que pede a legislação. Havendo a necessidade deverá ser feita requisição de solicitação e autorização para contratação de profissionais para cobertura de escala.

BASE LEGAL

Consolidação das Leis do Trabalho – CLT

P. M. A
Fls. 1391
Ass.

2.5.2 PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL E INTEGRAÇÃO DE NOVOS COLABORADORES

- **Objetivo**
- Estabelecer diretrizes para recrutar e selecionar interna ou externamente profissionais com as competências exigidas para os cargos disponíveis na organização.
- **Aplicação**
- Todas as áreas e colaboradores.

- **Premissas**

O candidato ao cargo poderá ser ex-colaborador demitido sem justa causa ou que tenha pedido demissão, desde que o motivo do desligamento seja analisado pela área de administração de pessoal e somente com autorização do Diretor. Não será permitida a contratação do ex-colaborador que tenha sido demitido por justa causa ou tenha restrições em seu prontuário.

A participação dos colaboradores nos processos internos deve considerar o tempo mínimo de 01 ano ocupando o mesmo cargo.

2.5.2.1 DESCRIÇÃO DA POLÍTICA

2.5.2.2 PROCESSO DE MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL

O dimensionamento dos setores será analisado, anualmente, considerando as ampliações, aberturas ou encerramento de serviços, sempre de acordo com o planejamento estratégico da instituição, o mercado externo e as exigências legais.

Toda solicitação de pessoal deverá ser formalizada, pelo setor solicitante, através do instrumento Formulário de Solicitação de Contratação de Pessoal e aprovada de acordo com os níveis de aprovação estabelecidos pela Diretoria Corporativa.

Toda solicitação de pessoal deve ser aprovada pela Gerência de Recursos Humanos, Diretoria Corporativa, e após liberação, seguirá para o setor de Recrutamento e Seleção.

P. M. A
Fls. 1392
Ass.

As promoções sejam no próprio setor ou entre setores internos ou externos deverá ser intermediada pelo setor de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, dentro dos critérios estabelecidos em fluxo para este fim, desde que atenda as especificações que constam do plano de cargos e perfil do candidato para a vaga destinada, devendo ainda constar de abertura de vaga, aprovação do gestor da área, da diretoria responsável e diretoria corporativa, é imprescindível que haja a anuência do colaborador.

Em ambos os casos, deverá ser utilizado o formulário de Transferência e/ou Promoção, onde constarão, além das assinaturas comprovando a aprovação dos gestores e do Departamento de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, as condições em que acontecerá a ação, incluindo os benefícios.

Níveis de Aprovação:

Vaga Nova / Aumento de Quadro: a aprovação da nova vaga ou aumento de quadro deverá ser feita pela Diretoria Corporativa, mediante apresentação de documento com a justificativa da abertura da vaga.

Substituição: a aprovação da vaga deverá ser feita pela Gerência de Recursos Humanos e Diretoria responsável.

Contratação Temporária para cobrir férias ou licença: a aprovação da vaga deverá ser feita pela Gerência de Recursos Humanos, Diretoria Responsável e Diretoria Corporativa. O formulário depois de aprovado deverá ser diretamente enviado ao Departamento de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, responsável pelo Recrutamento e Seleção.

Faz-se necessário programar a substituição com 30 (trinta) dias de antecedência ao afastamento do colaborador, a contratação do substituto deverá coincidir com a data do afastamento e a data do desligamento do substituto deverá coincidir com o retorno do colaborador afastado, em nenhuma hipótese serão mantidos os dois colaboradores concomitante.

DEFINIÇÃO DO PERFIL DA VAGA

A definição do perfil da vaga é de responsabilidade do Gestor da área (requisitante), juntamente com o setor de Cargos e Salários, pautados na descrição de cargo, considerando os pré-requisitos da vaga em aberto, os principais desafios esperados pela área solicitante e as competências técnicas e comportamentais.

P. M. A
Fls. 1393
Ass.

2.5.2.3 PROCESSO DE RECRUTAMENTO

O setor de Recrutamento e Seleção é o responsável pelos processos de recrutar e selecionar os candidatos, devendo apresentar no mínimo 03 (três) candidatos dentro do perfil solicitado para entrevista com o gestor requisitante;

O processo de recrutamento poderá ser: interno ou externo;

As fontes de recrutamento deverão ser sempre escolhidas com base no perfil da vaga solicitada e definidas pela Coordenação de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, podendo ser:

- Banco de dados de currículo.
- Busca de currículo na Internet.
- Indicações de colaboradores e contatos profissionais.
- Consultorias.
- Anúncio em Internet ou jornal.

O setor de Recrutamento e Seleção em conjunto com o setor de Capacitação e Desenvolvimento estará sempre consultando seu banco de talentos interno para cada vaga em aberto visando possibilitar a promoção vertical ou movimentação horizontal de seu colaborador.

As vagas internas terão ampla e irrestrita divulgação em todos os departamentos e serão afixadas nos quadros de avisos existentes e em locais estratégicos, permanecendo durante 07 (sete) dias.

Será divulgada a vaga existente e os requisitos necessários para o seu preenchimento.

Os colaboradores que se candidatarem à vaga, passarão pelo processo de seleção, devendo atender aos requisitos da vaga e seu remanejamento será analisado pela chefia imediata e pelo setor de Recrutamento e Seleção.

Serão requisitos mínimos para concorrer às vagas internas:

- Possuir escolaridade compatível com o cargo;
- Possuir cursos de especialização para os cargos que demandem obrigatoriedade;
- Possuir conhecimentos técnicos necessários para o desempenho das funções;
- Possuir o perfil comportamental desejado;
- Possuir as competências necessárias para o desempenho das funções;
- Não ter advertência;
- Não ter falta injustificada;
- Estar liberado pelo gestor responsável para participar do processo;

P. M. A
Fls. 1394
Ass.

- Ser aprovado nos testes técnicos quando aplicáveis;
- Ser aprovado nas avaliações comportamentais e de competência;
- Ser autorizado pela Diretora Corporativa;
- Ser autorizado pelo Gerente da área;
- Ser autorizado pelo Gerente de Recursos Humanos;
- Não possuir férias vencidas;
- Não possuir banco de horas.

Caberá ao setor de Recrutamento e Seleção verificar as referências pessoais e profissionais.

2.5.2.4 PROCESSO DE SELEÇÃO

O processo de seleção deve ser constituído por: entrevista inicial, teste de avaliação comportamental de acordo com o mapeamento das competências, teste de habilidades cognitivas, prova de avaliação de conhecimentos específicos com base na descrição de cargos, entrevista com o gestor da área e avaliação da Medicina do Trabalho, sempre buscando o melhor aproveitamento do candidato para a vaga ora em aberto.

Nas entrevistas será utilizada a técnica Entrevista por Competência (Competência, Habilidade e Atitude) definida na descrição do cargo e em necessidades específicas das áreas solicitantes.

As fases do processo de seleção são de responsabilidade conjunta entre a área requisitante e o **Recrutamento e Seleção.**

A decisão final sobre a escolha do candidato é sempre do gestor da área requisitante, porém é necessário que o candidato esteja adequado ao perfil da descrição de cargo.

Os candidatos que forem eliminados nas etapas de seleção serão comunicados através de e-mail ou telefone.

Os candidatos aprovados seguem as etapas para admissão definidas no fluxo admissional.

Os candidatos aprovados deverão ser encaminhados para admissão até o dia 15 de cada mês, após esta data, a admissão e consequente início das atividades ocorrerá no mês seguinte.

Admissão de parentes: poderá ser feita observando relação de subordinação direta, e a aprovação no processo seletivo.

A participação de ex colaborador no processo seletivo será feita somente se o motivo da rescisão do contrato tiver sido por iniciativa do colaborador, devendo ter autorização, por escrito, da Gerência de Recursos Humanos que procederá a uma análise dos motivos que levaram à solicitação de demissão consultando o gestor ou informações no prontuário, respeitando os prazos legais.

P. M.
Fls. 396
Ass.

A admissão de aposentados será permitida mediante avaliação do requisitante e a aprovação no processo seletivo.

Os candidatos indicados passarão pelo processo de seleção, devendo atender aos requisitos da vaga e somente serão contratados se forem aprovados em todas as etapas do processo de seleção.

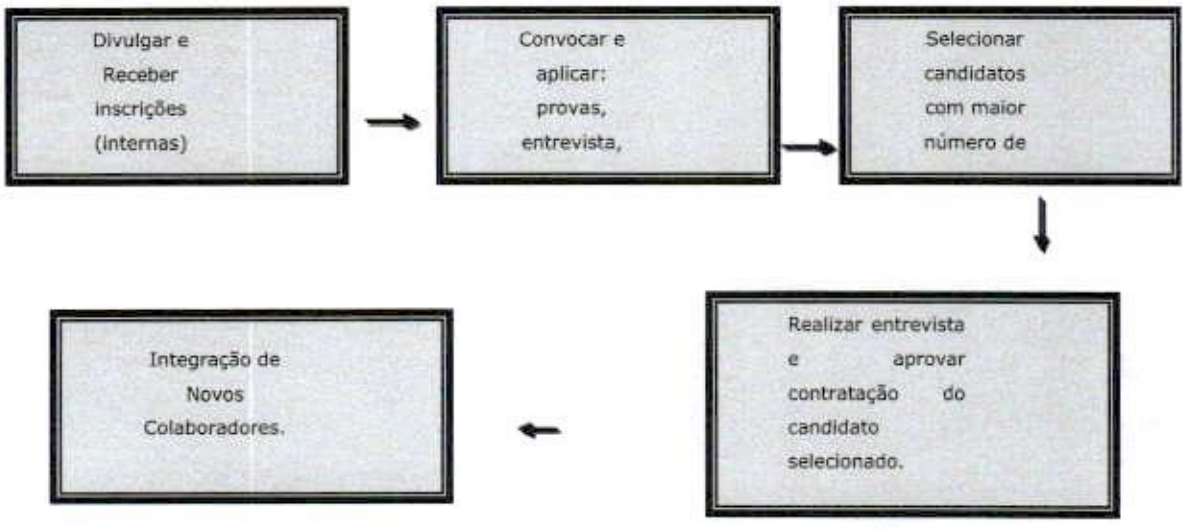
Abertura de vaga

O gestor é responsável por preencher o formulário de Requisição de Pessoal com todos os dados completos, considerando o fluxo: Recrutamento, Seleção e Admissão e é responsável pela coleta de aprovações dentro da sua área, conforme alçadas definidas.

- **Aumento de quadro**: superior imediato, mediato, gestor de RH e diretor da área solicitante.
- **Substituição ou afastamento por auxílio-doença/maternidade: s**uperior imediato, mediato da área solicitante e gestor de RH.

O critério para solicitação de substituição por auxílio-doença/acidente de trabalho/maternidade deve considerar o afastamento previsto igual ou maior a 45 dias.

- **Fluxo do Processo de Recrutamento e Seleção**



P. M. A
Fls. 1396
Ass.

2.5.2.5 PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS COLABORADORES

Da Integração

Todos os novos colaboradores deverão passar pelo Programa de Integração.

Os novos colaboradores receberão no momento da integração, o "Manual de Integração" que deverá ser protocolado no ato da entrega do documento.

As datas para a integração serão definidas de acordo com o número/entrada de novos colaboradores, não devendo exceder 30 (trinta) dias da data da contratação.

O Programa de Integração prevê etapas para sua aplicação, sendo:

- Apresentação do histórico, missão, visão e valores, organograma institucional e local, comissões, unidades e projetos sociais;
- Informações sobre os benefícios, uniforme, marcação do ponto, atrasos, faltas, guarda volumes, normas e regulamentos internos e demais direitos e deveres de acordo com as leis vigentes;
- Recebimento do crachá de identificação e manual de integração;
- Palestra sobre segurança no trabalho;
- Palestra sobre gerenciamento de resíduos;
- Palestra sobre controle de infecção;
- Palestra sobre programas de qualidade;
- Palestra sobre doenças ocupacionais;
- Visita às instalações, apresentação dos setores e seus responsáveis, quais as atividades que o setor desenvolve e sua importância;
- Apresentação de filme institucional ou didático;

P. M. A
Fls. 1397
Ass.

2.5.3 PROPOSTA PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

O setor de Recrutamento e Seleção é responsável por controlar os contratos/períodos de experiência, devendo enviar para o gestor da área a avaliação de desempenho do colaborador antes do término de cada período experimental e cobrar o retorno do documento no prazo determinado.

Avaliação de Desempenho do Período de Experiência

O gestor da área é responsável pela avaliação do novo colaborador, utilizando as ferramentas "Avaliação de Desempenho do Período de Experiência de 45 (quarenta e cinco) dias" e "Avaliação de Desempenho do Período de Experiência de 90 (noventa) dias".

Avaliação no período de experiência de 45 (quarenta e cinco) dias.

- Padrinho e gestor deverão dar feedback constante ao novo colaborador;
- Aprovação: prorrogação do período de experiência por mais 45 (quarenta e cinco) dias;
- Reprovação: desligamento.

Avaliação no período de experiência de 90 (noventa) dias.

- O gestor devera dar feedback constante ao novo colaborador;
- Aprovação: efetivação sem restrições, mas com a possibilidade de iniciar um plano de desenvolvimento individual, considerando as competências técnicas e comportamentais;
- Reprovação: desligamento.

Avaliação de Desempenho Anual

Avaliação de desempenho será elaborada e coordenada anualmente pelo setor de Capacitação e Desenvolvimento, e deverá ser aplicada em todos os colaboradores pelos seus gestores, considerando as competências especificas conforme descrição de cargo e os seguintes aspectos:

- Capacidade de aprender e assimilar novas ideias;
- Qualidade de trabalho, grau de perfeição e atenção com que executa seu trabalho;
- Quantidade de trabalho e produtividade;
- Relacionamento, maneira de agir;
- Assiduidade e pontualidade, responsabilidade com horários e comprometimento;
- Espírito de equipe, interesse em conhecer e participar dos assuntos relativos ao seu trabalho e aos do seu setor.

P. M. A
Fls. 1395
Ass.

Avaliação do colaborador a respeito do seu setor de trabalho, considerando os seguintes aspectos:

- Quanto às informações recebidas para o desenvolvimento de seu trabalho;
- Quanto a materiais e equipamentos por ele utilizados;
- Quanto à comunicação com os gestores;
- Quanto à integração na equipe de trabalho;
- Quanto à satisfação na realização das tarefas e atividades.

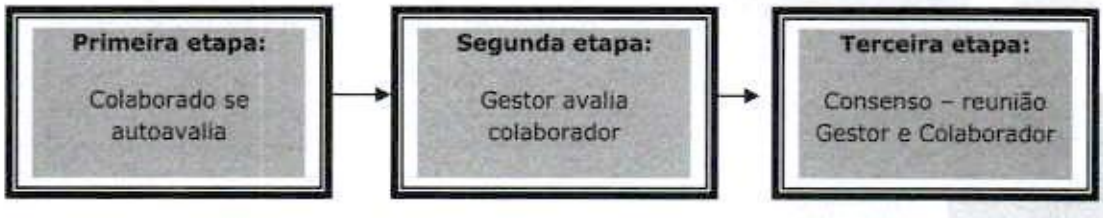
Etapas para aplicação da avaliação de desempenho:

- Preparação dos gestores para serem agentes multiplicadores do processo;
- Apresentação da ferramenta para os colaboradores;
- Aplicação das Avaliações.

Análise crítica dos resultados e definição de planos de ação:

- Análise dos resultados;
- Finalidade: identificação dos fatores desmotivadores e talentos adormecidos;
- Quando tratar-se de colaboradores de níveis de comando, as ações deverão ser alinhadas com a Superintendência e Diretoria da área;
- Para situações que afetam diretamente os setores, as ações deverão ser definidas com o Superior Imediato para que tenha mais clareza sobre os aspectos que requerem sua atenção, tanto no que se refere às suas atitudes, quanto em relação às atitudes dos colaboradores sob sua responsabilidade.
- Feedback para o colaborador para que ele tenha uma percepção mais segura quanto à visão que seus avaliadores têm em relação às suas atitudes, desenvolvimento profissional e a própria atuação na equipe.
- Alinhar as ações ao cronograma de treinamento e a programas que estimulem o desenvolvimento dos profissionais.

2.5.3.1 FLUXO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO ANUAL



P. M. Fls. 1399 Ass.

2.5.3.2 FICHA DE AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIA

ISSSL	Formulário		
	AVALIAÇÃO DO PERÍODO DE EXPERIÊNCIA		
	Criado: 27/02/2017	Versão: 01	Revisado: 20/12/2019

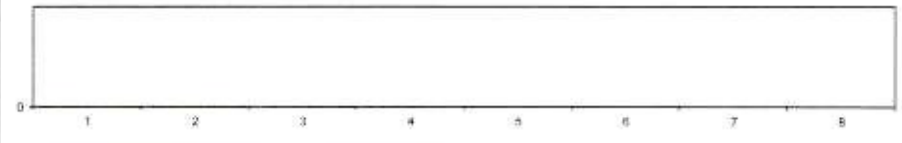
Área emitente:	Responsável pela emissão:	Data:	Página: 1/1

Nome do Avaliador: _____ Matrícula: _____
Nome do Avaliado: _____ Matrícula: _____
Unidade de trabalho: _____ Setor: _____
Cargo: _____ Admissão: _____
Data de Vencimento do 1º Período: _____ Data de Devolução da Avaliação do 1º Período: _____
Data de Vencimento do 2º Período: _____ Data de Devolução da Avaliação do 2º Período: _____

CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO			
SUPERA 10 a 09 PONTOS	**ATENDE** 08 a 06 PONTOS	**ATENDE PARCIALMENTE** 05 a 03 PONTOS	**NÃO ATENDE** 02 a 01 PONTOS

AVALIAÇÃO 1º PERÍODO			
COMPETÊNCIA AVALIADA:	**SIGNIFICADO:**	**COLABORADOR**	**SUPERVISÃO**
1. Compromisso e Alinhamento Organizacional Critérios de Observação: Comprometimento / Pontualidade / Assiduidade / Conduta Ética	Habilidade e disposição de ajustar o próprio comportamento, priorizando a missão, os valores, objetivos e metas organizacionais e departamentais.		
2. Adaptabilidade Critérios de Observação: Flexibilidade/ Equilíbrio Emocional/ Resiliência.	Capacidade de adaptar-se às novas situações, buscando interagir de forma adequada às diferentes exigências das mudanças em curso, adaptar-se ao ambiente e/ou pessoa.		
3. Relacionamento Critérios de Observação: Sensibilidade e Empatia / Maturidade / Respeito / Comportamento / Comunicação	Capacidade de ouvir e relacionar-se adequadamente com os diversos níveis, interna e externamente, de acordo com as necessidades, para realização de seu trabalho.		
4. Estabilidade Emocional Critérios de Observação: Observação / Humor / Postura / Nível de Stress	Habilidade de observar o meio e posicionar-se frente a situações adversas (pressão, stress...) de forma equilibrada.		
5. Foco nas necessidades do cliente Critérios de Observação: Postura / Agilidade / Prioridades / Nível de envolvimento / Comunicação / Capacidade de ouvir e compreender	Atuação no sentido de ajudar as pessoas, clientes internos ou externos, para atender as suas necessidades. Significar orientar seus esforços para atender as necessidades dos clientes ou usuários.		
6 . Aprendizagem Critérios de Observação: Atenção / Iniciativa /Organização / Capacidade de Assimilação	Significa buscar atualizar-se através de cursos e workshops etc.. E colocar em prática o conhecimento adquirido em benefício da instituição.		
7. Conhecimento Critérios de Observação: Resolutividade / Conduta técnico operacional	Capacidade de realização das atribuições e atividades específicas do seu cargo/função. Habilidade técnica. Maturidade no exercício das suas funções. Controle frente a dificuldades e problemas		
8. Aplicabilidade Critérios de Observação: Aplicação dos conhecimentos técnicos	Consegue colocar em prática todo conhecimento necessário para o desempenho de suas funções, denotando segurança e domínio da técnica.		
	Data da avaliação:		

Comentários do Avaliado:	Plano de Ação do Avaliador:



☐ Manter o contrato de trabalho ☐ Rescindir o contrato de trabalho

Assinatura do Avaliado	Assinatura do Avaliador	Assinatura da Diretoria/Coordenação

P. M. A
Fls. 1409
Ass.

- **Desligamento**
- O gestor deve verificar junto a Administração de Pessoal, com antecedência, se o colaborador a ser desligado possui alguma estabilidade. A Administração de Pessoal é responsável por verificar todas as estabilidades possíveis (Representação Sindical, CIPA, Aposentadoria, Dissídio Coletivo da Classe, Maternidade e Afastamentos Médicos) e dar retorno ao Gestor.
- Com a decisão do desligamento, o Gestor deve informar a Administração de Pessoal os dados do colaborador a ser desligado. Esta comunicação deve seguir alçada de aprovação, Gestor Imediato ou Gestor Mediato, Gestor de RH, Diretoria Responsável e Diretoria Corporativa.
- É de responsabilidade do Gestor Imediato ou Gestor Mediato comunicar o colaborador sobre seu desligamento, explicar os motivos e orientá-lo a se apresentar imediatamente na Administração de Pessoal.
- O Gestor deve programar a comunicação do desligamento para o início do plantão do colaborador a ser desligado e o dia deve estar previamente combinado com a Administração de Pessoal.

P. M. A
Fls. 140
Ass.

2.5.4 PROGRAMA DE COMBATE AO ABSENTEÍSMO

Introdução

O absenteísmo é um problema para a empresa, seja ele causado por motivos de saúde ocupacional (acidentes típicos de trabalho, de trajeto, doenças do trabalho ou doenças ocupacionais) ou assistencial (doenças comuns, tratamentos médicos ou odontológicos, cirurgias) ou ainda por motivos que não por saúde (doação de sangue, gala, luto ou por motivos de ordem legal). O médico do trabalho, o gestor de pessoas (RH), a diretoria da empresa, as chefias e encarregados devem tomar todas as medidas a seu alcance para inibir a falta ao trabalho, seja justificada ou não. Cabe a chefia ou encarregado na suspeita de doença ou queixa em relação à limitação funcional ao trabalho desenvolvido pelo funcionário encaminhar este funcionário para avaliação médica ou odontológica com a finalidade de dirimir dúvidas. De preferência, orientar para marcar consulta.

2.5.4.1 TIPOS DE ABSENTEÍSMO

São três os tipos de absenteísmo, a saber:

1) Absenteísmo por motivo de saúde:

a) Ocupacional: acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e do trabalho, por exemplo.

b) Assistencial: doenças comuns, sazonais, doenças cirúrgicas não ocupacionais, parto, acidentes domésticos e de trânsito, por exemplo.

2) Absenteísmo por motivos que não de saúde.

Causas do absenteísmo

Abaixo estão listadas as situações potenciais para faltas ou perda de tempo de trabalho, principalmente por motivos de não saúde:

a) Por cúmplices pessoais internos: chefes e encarregados que não monitoram a presença ou ausência de seus subordinados no local onde deveriam estar, "pulso fraco" ou "laisse a faire", agenda do ambulatório da empresa não dá prioridade a quem está em serviço e aguardando consulta;

b) Por cúmplices pessoais externos: chefias que justificam a ausência ou falta do funcionário ao setor por tempo maior que o necessário; médicos ou odontólogos que emitem atestados para outros fins que não sejam saúde; doação de sangue durante expediente de trabalho.

P. M. A
Fls: 4402
Ass:

c) Por cúmplices ambientais internos: presença de cantina, cafezinhos, serviços médicos assistenciais cúmplices, refeições demoradas.

d) Por cúmplices ambientais externos: festas típicas, cultos religiosos, catástrofes, por exemplo.

e) Por problemas sócio-econômicos: baixos salários, ausência de plano de carreira.

f) Por problemas pessoais no trabalho: desavenças com chefes e encarregados, desentendimentos com colegas, ambiente psicopatológico de trabalho. Nos casos de falta por motivos de saúde ocupacional ou assistencial tanto o médico coordenador do PCMSO como o setor responsável pela gestão de pessoas (RH) tem a função de tomar medidas de ordem legal de acordo com os limites previstos na CLT, código de ética profissional, dissídio coletivo ou acordo entre empresa e sindicato, por exemplo, para inibir as ausências ao trabalho, justificadas ou não. Assim, a orientação aos funcionários através de comunicações escritas acerca de regras de conduta frente às ausências ao serviço deve ser feita regulamente, seja para esclarecimento ou para lembrança. No combate aos motivos que se agregam como "não saúde" é importante a ação do encarregado ao fiscalizar as atividades de seus subordinados quanto à produtividade no trabalho. Além disso, deve-se esperar que o encarregado encaminhe ao ambulatório da empresa aquele funcionário com baixa produtividade cuja suspeita seja por doença comum, ocupacional ou do trabalho. O serviço de segurança e saúde do trabalho (SST) deve informar periodicamente a diretoria da empresa, através da Gestão de Pessoas, os níveis e causas do absenteísmo para que medidas administrativas possam ser tomadas.

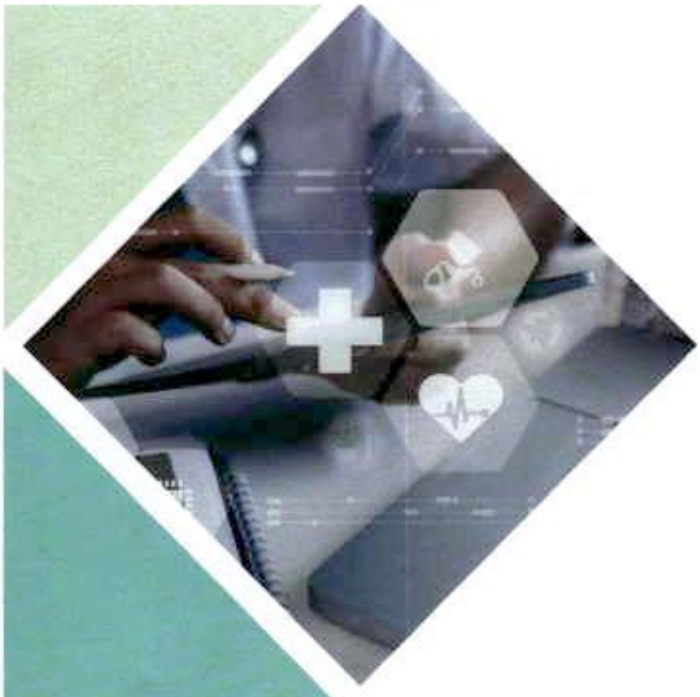
2.5.4.2 PROGRAMAS AUXILIARES PARA DIMINUIR O ABSENTEISMO

São programas que visam diminuir a incidência de acidentes ou doenças do trabalho:
PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e Programa de Trabalho Restrito O PCMSO é de caráter obrigatório. Ele tem o objetivo de promover e preservar a saúde dos trabalhadores. Tem caráter preventivo, de rastreamento e diagnóstico dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, além de constatar e atuar nos casos ocorrência de doenças profissionais. O Programa de Trabalho Restrito corresponde a um conjunto de normas e instruções para que o funcionário exerça atividade laborativa, de modo parcial ou suave, quando sua dispensa teria como destino sua residência. A proposta é que permaneça no local de trabalho, ou outro, executando atividade de seu conhecimento e experiência sem estar submetido a risco de agravamento do problema específico de saúde que apresenta e sem estar submetido à situação de constrangimento perante os colegas de trabalho devido à limitação de saúde apresentado.

VOLUME 04

P. M. A
Fls. 1403
Ass.

São Lucas Instituto









CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2025, na modalidade de CONCURSO do tipo MELHOR TÉCNICA, para SELEÇÃO de instituições sem fins lucrativos, já qualificadas como Organização Social de Saúde no âmbito do **Município de Aripuanã** interessadas na celebração de Contrato de Gestão, cujo objeto consiste no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã,** conforme especificações constantes neste instrumento e seus anexos, mediante as condições estabelecido no presente instrumento convocatório e seus anexos.

P. M. A
Fls. 404
Ass.

O agravo ou problema de saúde também não deve ensejar risco adicional de acidente ou agravamento do estado de saúde presente ou que sua atividade restrita não coloque em risco a segurança dos demais colegas de trabalho. Em todos os casos haverá necessidade de avaliação médica prévia com indicação das restrições e limites de atuação deste funcionário na atividade laborativa, com pronunciamento da chefia sobre a existência dessa atividade em conformidade com as limitações apontadas pelo médico.

2.5.4.2.1 AVALIAÇÃO DO ABSENTEÍSMO INDIVIDUAL

Os limites para considerar o funcionário normal, pré-absenta e absenta costumaz, são:

Normal:

a) Entre 18 e 45 anos de idade: até 4,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para homens e 5,0 visitas para mulheres;
b) Abaixo de 18 anos e acima de 45 anos de idade: até 6,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para ambos os sexos.

Pré-absenta:

a) Entre 18 e 45 anos de idade: acima de 4,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para homens e acima de 5,0 visitas para mulheres até o limite de 7,0 visitas médicas ou odontológicas;
b) Abaixo de 18 anos e acima de 45 anos de idade: acima de 6,0 e abaixo de 8,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para ambos os sexos

Absenta costumaz:

a) Entre 18 e 45 anos de idade: acima de 7,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para ambos os sexos;
b) Abaixo de 18 e acima de 45 anos de idade: acima de 8,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para ambos os sexos.

2.5.4.3 ESTRATÉGIA DE ABORDAGEM DO ABSENTEISMO

A estratégia de abordagem do absenteísmo pode ser dividida em três fases:

Primeira fase:

a) Fazer medições padrão por grupos (áreas ou setores ou ocupações) como, por exemplo, índices de frequência, de gravidade, percentagem de tempo pedido e taxa de frequência.

P. M. A
Fls. 1403
Ass.

b) Montar o perfil do absenta a partir de dados obtidos no item anterior como escolaridade, grau de hierarquia, turno de trabalho e outros.

c) Levantar os custos/prejuízos causados pelo absenteísmo, especialmente com avaliação de hora/homem/trabalhada x queda de produção/lucro.

Segunda fase:

a) Dividir o absenteísmo em níveis:

1 Pequeno absenteísmo: falta de 1 dia

2 Médio absenteísmo: falta de 2 a 4 dias

3 Grande absenteísmo: falta de 5 a 15 dias 4. severo absenteísmo: falta superior a 15 dias

b) Não incluir as faltas de ordem legal, como férias, feriados oficiais, dispensas por ato administrativo da empresa, licença maternidade, auxílio-doença do INSS.

Terceira fase: Fazer palestras ou distribuir comunicado ou folders explicativos mostrando as regras dentro da empresa de modo muito claro como:

1. Critérios para entrar no placar
2. Critérios para sair do placar
3. Critérios para avaliar atestados
4. Fluxograma para avaliação de atestados
5. Critérios para negociação de faltas programadas diretamente com a chefia imediata, de preferência.

Critérios para avaliação de atestado de dispensa

Tendo a empresa serviço médico próprio ou conveniado, o funcionário deverá dirigir-se em eventual necessidade. Se assim não procedeu, e por qualquer razão procurou outro serviço para ser atendido, deverá levar imediatamente o atestado ao serviço médico, que o homologará ou não. Não tendo a empresa tal serviço, o atestado com até quinze (15) dias será aceito pela empresa e aquele cujo período for maior a empresa encaminhará seu funcionário para avaliação pericial junto ao INSS.

P. M. A Fls. 1406 Ass.

Anexos MODELOS DE DOCUMENTOS RECOMENDAÇÃO DE TRABALHO RESTRITO OU SUAVE Nome: _____ Função ou Ocupação: _____ Mudança de função: ( ) necessária ( ) não necessária Natureza: ( ) ocupacional ( ) não ocupacional ( ) a esclarecer Data do início do trabalho restrito: ___/___/___ Data do provável término do trabalho restrito: ___/___/___ Parecer do médico e Tipos de restrições: _____

_____

_____

_____

_____. Assinatura e carimbo do médico: ----------Parecer do(a) Encarregado(a): Possibilidade de fornecer trabalho restrito: ( ) sim ( ) não Anotar o motivo principal: _____

_____. Nome, Assinatura do(a) Encarregado(a) e data: ----------Visto pelo(a) Gestor(a) de RH Nome, Assinatura e data: CONTROLE DE FALTAS AO TRABALHO Nome: Código: Motivo da Falta: ( ) Saúde externo ( ) Saúde interno ( ) Não saúde Atestado de ____dias: de ___/___ até ___/___ Atestado de horas: ____ de ___/___ Atestado médico ( ) Atestado odontológico ( )

P. M. A
Fls. 1407
Ass.

2.5.5 PROPOSTA DE CONTRATAO DE TRABALHO

NORMAS DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

Política de Administração de Pessoal

Objetivo

Estabelecer diretrizes para os processos e práticas relacionadas à Administração de Pessoal.

Aplicação

Todas as áreas e colaboradores.

Premissas

As práticas da Administração de Pessoal baseiam-se nas legislações que norteiam as relações trabalhistas CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas, Constituição Federal, Convenções Coletivas, Legislação Previdenciária e Legislação Trabalhista da Receita Federal.

2.5.5.1 ADMISSÃO

Processo de Admissão

O processo de contratação de pessoal será totalmente baseado no regime da CLT.

Candidatos aprovados no processo de Recrutamento e Seleção deverão apresentar documentação após divulgação do exame admissional.

Relação de Documentos para Admissão

- ✓ Carteira de Trabalho;
- ✓ 1 cópia do Título de Eleitor;
- ✓ 1 cópia do certificado de reservista ou dispensa;
- ✓ 1 cópias do comprovante de residência (água, luz, telefone);
- ✓ 1 cópias do CPF;
- ✓ 1 cópias da carteira de identidade – RG;
- ✓ 1 cópia do conselho no qual é cadastrado (ex: COREN, CRM, outros);
- ✓ 1 fotos 3x4 (recente);
- ✓ 1 cópia do PIS;
- ✓ 1 cópia certidão de casamento ou nascimento;
- ✓ 1 cópia da certidão de nascimento dos filhos menores de 14 anos;
- ✓ 1 cópia do cartão de vacinas, atualizado, dos filhos menores de 05 anos;

P. M. A
Fls. 408
Ass.

- ✓ 1 cópia do cartão de vacinas, atualizado, do candidato;
- ✓ 1 cópia do diploma ou histórico escolar;
- ✓ 1 cópia do certificado de especialização, sem houver;
- ✓ Exame médico admissional;
- ✓ Apresentar dados bancários de conta corrente ou poupança.

OBS: Somente será efetuada a admissão se todos os documentos solicitados forem apresentados dentro do prazo de uma semana.

Após a entrega da documentação exigida, é elaborado o contrato de trabalho conforme especificidades do cargo e segundo a CLT. O contrato de trabalho deve ser assinado no dia da Integração de novos colaboradores.

2.5.5.2 MODELO: CONTRATO DE TRABALHO

Contrato de Experiência

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Experiência, a empresa **INSTITUTO SOCIAL DE SAÚDE SÃO LUCAS** com sede à Rua Presidente Vargas 865 S Vila Nova, Arenápolis, Estado MT, inscrita no CNPJ do MF sob Nº. 92.595.654/0001-69 denominada Empregadora, e o Sr....., domiciliado a Rua....., Bairro....., cidade....., Estado....., portador da CTPS No. /Série 99999/999/XX doravante designado Empregado, celebram o presente Contrato Individual de Trabalho para fins de experiência, conforme legislação trabalhista em vigor, regido pelas cláusulas abaixo e demais disposições vigentes:

1. O Empregado trabalhará para o Empregador na função de ..... e mais as funções que vierem a ser objeto de ordens verbais, cartas ou avisos, segundo as necessidades da Empregadora desde que compatíveis com as suas atribuições.
2. O local de trabalho situa-se O MESMO DA EMPRESA podendo a Empregadora, a qualquer tempo, transferir o Empregado a título temporário ou definitivo, tanto no âmbito da unidade para a qual foi admitido, como para outras, em qualquer localidade deste Estado ou de outro do País, em conformidade com o parágrafo 1º. Do artigo 469 da Consolidação das Leis do Trabalho.
3. O horário de trabalho do Empregado será o seguinte: 2ª. à 6ª.: Das 08:00 às 12:00 – das 13:00 às 17:00 ou regime de plantão 12 X 36 das 7:00 as 19:00 e 19:00 as 7:00 horas
4. O Empregado perceberá a remuneração de R$ 0,00 por mês (valor por extenso em reais).
5. O prazo deste contrato é de 45 dias, com início em XX/XX/XXXX e término em XX/XX/XXXX.

P. M. A
Fls. 1409
Ass.

6. Além dos descontos previstos em Lei, reserva-se a Empregadora o direito de descontas do Empregado as importâncias correspondentes aos danos causados por ele, com fundamento no parágrafo 1º. Do artigo 462 da Consolidação das Leis do Trabalho.
7. O Empregado fica ciente do Regulamento da Empresa e das Normas de Segurança que regulam suas atividades na Empregadora e se compromete a usar os equipamentos de segurança fornecidos, sob a pela de punido por falta grave, nos termos da Legislação vigente e demais disposições inerentes a segurança e medicina do trabalho.
8. Permanecendo o Empregado a serviços da Empregadora após o término da experiência, continuarão em vigor as cláusulas constantes deste contrato.
9. A rescisão do presente contrato, sem justa causa, por parte da Empregadora ou do Empregado, antes do término do contrato, implicará em indenização, e por metade, a indenização que teria direito até o término do contrato, conforme art. 479 e 480 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Tendo assim contratado, assim o presente instrumento, em duas vias, presença da testemunha abaixo.

Arenápolis, ...de ..... de .....

_____	_____
Instituto Social de Saúde São Lucas	Nome do Empregado
_____	_____
Testemunha	Responsável quando menor

PRORROGAÇÃO DO CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Por mútuo acordo, o presente contrato de experiência fica prorrogado até XX/XX/XXXX.

Arenápolis, ... de ..... de .....

_____	_____
Instituto Social de Saúde São Lucas	Nome do Empregado

P. M. A
Fls. 1410
Ass.

2.6 Organização dimensionamento de recursos humanos

Profissionais médicos

Profissional	Quantidade Mínima	Plantões/Carga Horária
Diretor clínico	01	20 horas
Médico clínico geral	02	122 plantões
Médico remoção sobreaviso	02	sebreaviso

Especialidades médica

Profissional	Quantidade Mínima	Plantões
Médico ortopedista	01	30,5
Médico anestesista (24horas)	01	30,5
Médico cirurgião geral (12 horas)	01	30,5
Médico ginecologista (24 horas)	01	30,5
Médico auxilio cirúrgico (24horas)	01	30,5
Médico pediatra (24 horas)	01	30,5

P. M. A
Fls. 1411
Ass.

Equipe Técnica

Profissional	Quantidade Mínima	Plantões/Carga Horária
Auxiliar Administrativo	1	40h/sem
Assistente RH	1	40h/sem
Faturista	1	40h/sem
Encarregada da limpeza	1	44/sem
Auxiliar de Serviços Gerais	8	12/36h
Auxiliar de Serviços Gerais N	4	12/36h
Auxiliar de Lavanderia	2	12/36h
Cozinheiro	4	12/36h
Auxliar de Cozinha D	2	12/36h
Auxliar de Cozinha N	2	12/36h
Copeira	2	12/36h
Copeira N	2	12/36h
Recepcionista D	4	12/36h
Recepcionista N	2	12/36h
Farmacêuticos (RT)	1	40h/sem
Farmacêuticos	1	12/36h
Farmacêuticos N	2	12/36h
Enfermeiro (RT)	1	12/36h
Enfermeiros	6	12/36h
Enfermeiros N	4	12/36h
Controlador de Acesso D	2	12/36h
Controlador de Acesso N	2	12/36h
Técnico em Enfermagem D	14	12/36h
Técnico em Enfermagem N	12	12/36h
Técnico em Imobilização	2	12/36h
Auxiliar de Farmácia	2	12/36h
Auxiliar de Farmácia N	2	12/36h

P. M. A
Fls. 1412
Ass.

Equipe Multiprofissional

Profissional	Quantidade Mínima	Plantões/Carga Horária
Gestor Administrativo	1	20h/sem
Técnico em radiologia	3	24h/sem
Técnico em TI	1	40h/sem
Auxiliar de manutenção	1	40h/sem
Assistente Social	1	30h/sem
Nutricionista	1	40h/sem
Fisioterapeuta	1	30h/sem
Fonoaudiologista	1	30h/sem

Equipe de Remoção

Profissional	Quantidade Mínima	Plantões/Carga Horária
Enfermeiros	4	24H
Técnicos em Enfermagem D	2	24H
Técnicos em Enfermagem N	2	24H
Motorista de ambulância D	2	24H
Motorista de ambulância N	2	24H

P. M. A
Fls. 1413
Ass.

2.7 POLÍTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

2.7.1 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde tem por função planejar, organizar e fornecer apoio às ações de Educação Permanente em Saúde.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2009, p. 20)

Nesse sentido, a Educação Permanente se constitui em estratégia para desenvolver os serviços de saúde, pois implica em constante atualização por meio de ações intencionais e planejadas voltadas ao fortalecimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, que repercutem no interior das relações e processos desde o microcosmo da equipe, até as práticas organizacionais, interinstitucionais e intersetoriais a implicar nas políticas em que se inserem as ações em saúde.

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde desenvolve suas atividades nos diferentes eixos:

- Educação em Serviço, a qual compreende atividades de desenvolvimento dos profissionais que atuam nas Unidades Assistenciais, por meio de cursos, palestras, seminários de capacitação interna e externa.
- Integração ensino-serviço, a qual tem por objetivo integrar os profissionais de saúde (área médica, assistencial e administrativa), docentes e acadêmicos visando constituir um trabalho em equipe por meio de ações interativas, com vistas à inserção destes sujeitos em programas institucionais conforme as necessidades do serviço e do ensino, e por meio de visitas institucionais de profissionais de saúde e estudantes da área da saúde. Também, envolve projetos de extensão para a Rede Pública de Saúde que se desenvolvem acerca das políticas do SUS em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa;

P. M. A
Fls. 414
Ass.

2.7.2 PROPOSTA DE GESTÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Missão

Prestar Assistência de alta complexidade, dentro dos princípios de hierarquização e regionalização do SUS, contribuindo para a formação e capacitação profissional, buscando uma saúde pública digna com qualidade e compromisso social.

Política

Capacitar e desenvolver os colaboradores que compõem o corpo assistencial, visando garantir a assistência com excelência;

Produto

Selecionar colaboradores junto a Gestão de Pessoas para suprir as vagas existentes na abertura dos setores Assistenciais.

Capacitar e desenvolver os colaboradores, visando garantir a assistência com excelência, mediante a implantação do modelo assistencial.

Monitorizar os indicadores assistenciais promovendo a capacitação e desenvolvimento visando melhorias continuas e diminuição dos riscos na Assistência.

Qualificar os profissionais através da identificação de não conformidades nos processos assistenciais e da qualidade de trabalho, promovendo e desenvolvendo ações coletivas.

Desenvolver programa anual de educação e capacitação permanente, de desenvolvimento de competências individuais e organizacionais, bem como respectivo cronograma por área profissional.

É igualmente responsável pela orientação da equipe, visando sempre à eficácia da terapêutica, racionalização dos custos, voltando-se também para o ensino e a pesquisa, propiciando assim um vasto campo de aprimoramento profissional.

O serviço do NEP é responsável por promover estratégias visando desenvolver uma equipe de profissionais com pensamento crítico, capacidade de resolução de problemas, habilidade técnica cientifica e princípios de humanização; orientadas para a melhoria continua da assistência, através de profissionais com formação legalmente estabelecida por meio das leis do exercício profissional e competências previamente definidas pela instituição com base em seus objetivos, bem como as necessárias para o desenvolvimento das funções.

P. M. A
Fls. 1413
Ass.

Esse serviço tem em sua característica a inserção de diversos profissionais com níveis de formação diferentes, que desenvolvem inúmeras atividades, com graus de complexidade distintos, o que exige uma capacitação contínua da equipe na obtenção da excelência na qualidade em todos os seus serviços.

2.7.2.1 OBJETIVO GERAL

Implantar e garantir o modelo assistencial através da Educação Permanente, através da capacitação dos profissionais nas atividades assistências, ensino e gestão, com a perspectiva interdisciplinar, e de acordo com os princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização.

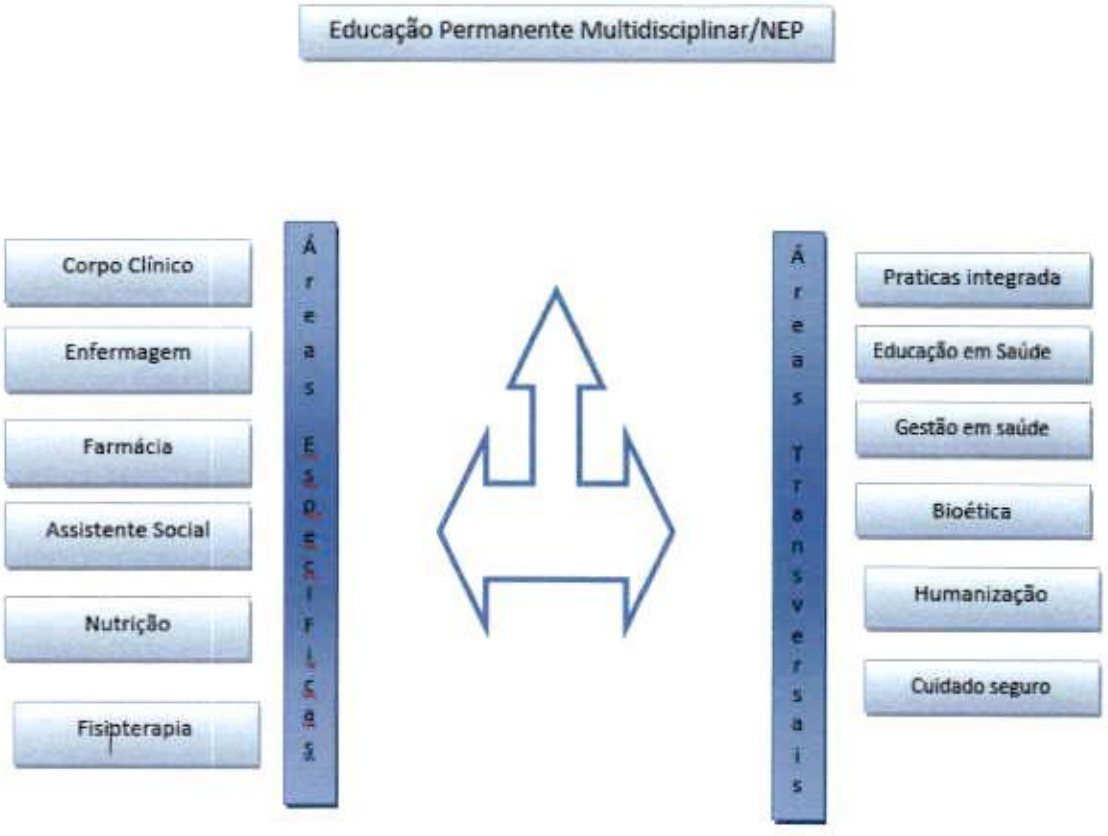
2.7.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Recrutamento e seleção de candidatos às vagas disponíveis para compor a equipe de profissional.
- Treinamento na admissão para os novos colaboradores com treinamento das técnicas especifica por categoria profissional das que são mais utilizadas na Instituição.
- Implantação do Modelo Assistencial através da capacitação da equipe em relação às normas, rotinas e procedimentos específicos adotados.
- Avaliação de desempenho por competências no período de experiência (45 e 90 dias) e anualmente, com plano de ação individual para cada colaborador.
- Introdução e monitoramento dos indicadores assistenciais.
- Desenvolvimento e capacitação dos profissionais em relação aos riscos clínicos, e implantação de práticas operacionais baseadas em segurança dos pacientes e colaboradores e na qualidade do serviço prestado.
- Contribuir para elaboração de ações de valorização dos colaboradores, agindo em seu desenvolvimento, integração, promoção, remuneração e parceria das atividades, bem como definição da política de segurança ocupacional, com foco no bem-estar, a fim de proporcionar ambiente de trabalho seguro e saudável

P. M. A
Fls. 1416
Ass.

2.7.2.3 ESTRUTURA

Recursos Humanos:



P. M. A
Fls. 1417
Ass.

2.7.2.4 RESULTADOS ESPERADOS

- Redução de custos;
- Aumento da produtividade;
- Capacitação dos colaboradores;
- Bem-estar no ambiente de trabalho;
- Melhora na qualidade do serviço prestado;
- Eliminação ou redução do índice de acidentes de trabalho;
- Motivação e mobilização dos funcionários em prol da instituição.

2.7.2.5 REALIZAÇÃO SISTEMÁTICA DO LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

- Consiste no levantamento sistemático de necessidades junto aos profissionais de todas as categorias e junto aos Gestores dos mesmos;
- Possibilitará que todos participem do planejamento das ações de Educação Permanente;
- Dará oportunidade para o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em acordo com as necessidades locais e gerais do serviço;
- Deverá ser realizada sistematicamente, uma vez por ano;
- Ele será realizado no decorrer do ano e fornecerá dados para o ano seguinte

P. M. A
Fls. 1418
Ass.

2.7.3 PROPOSTA DE TREINAMENTO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE MULTIPROFISSIONAL

Áreas de integração: Novos colaboradores

Modulo 1

Apresentação do modelo de gestão para a UMS
Estrutura Administrativa
Normas e rotinas e protocolos institucionais
Humanização
Comunicação
Código de ética
Acolhimento do paciente

Modulo 2. Práticas integrada: Todos os colaboradores da Unidade relacionados a assistência

Biossegurança.
Isolamentos/ Precauções.
Linhas de cuidado.
Plano terapêutico.
Prevenção de infecção
Prevenção de Quedas.
Prevenção de Úlceras por pressão.
Protocolos assistenciais.
Transferência de pacientes interna e externa.
Alta
Acompanhamento dos eventos sentinela e eventos adversos.
Noções Básicas de atendimento em urgência e emergência

P. M. A
Fls 419
Ass.

Modulo 3. Bioética

Bioética clínica: conceitos básicos.
Conceito de vida e morte, comitês de ética.
Saúde como direito: integralidade na atenção
Obrigações e responsabilidades dos profissionais de saúde.
Gerenciamento de conflitos bioéticos

Modulo 4. Gestão em Saúde

Organização em saúde e suas implicações para a gestão.
Organização do trabalho em saúde e do trabalho gerencial.
Planejamento estratégico situacional, tático e operacional.
Qualidade em saúde: conceitos e ferramentas.
Acesso e continuidade do cuidado.
Melhoria da qualidade e segurança do paciente.
Construção e definição de indicadores de qualidade.
Análise dos resultados dos indicadores assistenciais

Modulo 5. Educação em saúde

Concepção de ensino-aprendizagem.
Escuta sensível
Interdisciplinaridade.
Aplicação e avaliação do ciclo de aprendizado

P. M. A
Fls. 1420
Ass.

Modulo 6. Humanização

Visita aberta/ visita estendida
Acompanhante em tempo integral para crianças, adolescentes e idosos.
Sistema de escuta sistematizada dos trabalhadores – Pesquisa de Clima, Entrevista de desligamento.
Livre acesso aos pais de crianças internadas
Projeto de capacitação dos cuidadores.
Projeto terapêutico singular.
Gestor do plano de cuidados.
SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário).
Pesquisa de opinião participativa- POP.
Pesquisa de satisfação dos usuários.

Modulo 7. Cuidado Seguro

Identificação do paciente.
Transferências de informações.
Reconciliação medicamentosa: admissão, transferência interna, alta.
Práticas seguras nos procedimentos
Controle de eletrólitos concentrados.
Treinamentos em segurança do paciente.
Higiene das mãos.
Prática segura na utilização de medicamentos.
Administração oportuna de antibióticos profiláticos.
Segurança em narcóticos.
Papeis e responsabilidades da equipe.
Transferência interna.
Metas internacionais de segurança do paciente
Segurança em equipamentos- Manutenção preventiva e corretiva
Práticas seguras no manuseio de equipamentos

P. M. A
Fls. 421
Ass.

Áreas Específicas

Módulo 8. Área específica para corpo clínico

Conhecimento do Aporte Tecnológico Institucional.
Atualização sobre normas e rotinas.
Atuação no plano terapêutico.
Atuação nas linhas de cuidado.
Cultura de qualidade.
Cultura de segurança.
Capacitação de liderança para gestores.
Interdisciplinaridade.
Suporte Avançado de Vida
Suporte Básico de Vida
PALS/ SAVE
Via aérea difícil
Ventilação não invasiva
Ventilação invasiva

Módulo 9 Área específica para enfermagem: Semiologia e Semiotécnicas

SAE- Sistematização da assistência de enfermagem.
Taxionomias diagnósticas, de intervenção e de resultados de Enfermagem.
Classificação de complexidade dos cuidados em enfermagem – FUGULIN.
Trauma Cranioencefálico (TCE) e Trauma Raqui Medular (TRM)
Doenças cerebrovasculares;
Acidente Vascular Cerebral - Isquêmico (AVCI);
Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH);
Patologias neurológicas;
Morte Encefálica.
Preparo do corpo pós-morte.
Suporte avançado de vida -BLC, ACLS, PALS
Cuidados na administração de trombolíticos.

P. M. A
Fls 422
Ass.

Cuidados na administração de medicamentos.
Cuidados com drogas de alto alerta.
Cuidados na passagem de Sondas Nasogástrica e Nasoenteral.
Cuidados na manutenção de Cateteres Venosos Centrais e Periféricos
Conduta de enfermagem para a criança e o adolescente com dor.
Ventilação mecânica e gasometria arterial no paciente crítico adulto e pediátrico.
Complicações clínicas no paciente crítico adulto.
Complicações clínicas no paciente crítico infantil.
Assistência em parada cardiorrespiratória em adulto e infantil
Coleta de exames e preparo e acompanhamento do cliente para exames.
Cuidados no parto e pós-parto
Gestão de qualidade e gestão de processos.
Liderança, criatividade e comunicação na Enfermagem.
Enfermeiro como Gestor da Unidade e do Cuidado.

Modulo 10. Área específica para Nutrição

Bases teóricas da terapia nutricional.
Terapia nutricional aplicada ao paciente
Avaliação nutricional.
Abordagem nutricional ao paciente em tratamento clínico
Conduta nutricional em pacientes graves adulto e infantil
Boas práticas do serviço de nutrição

P. M. A
Fls. 1423
Ass.

Modulo 11. Área específica para Fisioterapia

Introdução a Ventilação Mecânica
Ventilação em situações específicas
Modos de ventilação
Abordagem a reabilitação musculo esquelética

Modulo 12. Área específica para Assistente Social

Atendimento em situações a pacientes de risco
Transferências do usuário
Acolhimento de familiares em situação de óbito
Atuação do Serviço Social no contexto de urgência e emergência

Modulo 13. Área específica para Farmácia

Planejamento da atenção Farmacêutica
Semiologia Farmacêutica
Medicamentos essenciais
Interações medicamentosas
Prescrição Farmacêutica
Farmacovigilância
Tratamentos não farmacológicos
Uso racional de antimicrobianos

Modulo 14. Área específica para Recepcionistas

P. M. A
Fls. 1424
Ass.

Atendimento ao cliente/paciente
Aberturas de fichas F A A
Encaminhamento do paciente para sala de exames e coletas laboratoriais
Acesso a consultas, internações e altas
Organização de Internação e alta do paciente

- Na NEP, o espaço do coletivo é de grande relevância. É preciso garantir tempo e local para que os indivíduos se encontrem, compartilhem, discutam o processo de trabalho, construam soluções e assumam responsabilidades. Desta forma, ensino e aprendizagem estariam incorporados ao cotidiano do trabalho.
- Outro diferencial desta abordagem está em contemplar a equipe como um todo, integrando médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, colaboradores administrativos, enfim, todos os profissionais envolvidos. Isto é possível por força do fundamento metodológico utilizado: a problematização. Este eixo estruturante da proposta de NEP favorece a visão integrada da ação educativa ao levar em conta os contextos social, sanitário e do serviço; proporciona espaço participativo para reflexão; está orientada para transformar as práticas; envolve os diversos atores; e se dá continuamente.
- Será encaminhado à **Secretaria Municipal de Aripuanã** mensalmente o cronograma de Educação continuada contendo os cursos, temas, público-alvo e duração.

O quadro abaixo, procurar mostrar de forma sintética como se dá o processo:

P. M. A
Fls. 425
Ass.

PROBLEMATIZAR AS PRÁTICAS	Identificar problemas.	Ação-Reflexão Investigação- Ação	Estudo de Casos; Trabalho de Campo; Sistematização de dados locais; Construção e priorização de problemas.
	Ampliar o conhecimento.	Acesso Bibliográfico Acesso a Dados Acesso a Educação Virtual Acesso a Outras Experiências	Seminário de estudos; Estágio in loco; Grupos de Discussão; Teleconferências e redes Interativas.
	Desenvolver competências específicas e da equipe.	Aquisição de competências e capacidades específicas	Supervisão- Capacitante; Treinamentos focalizados específicos; Oficinas de elaboração de projetos de trabalho.
	Buscar soluções; colocá-las em prática e avaliá-las.	Coordenar condutas com outros e Trabalho em Redes	Grupos Operativos de Qualidade; Oficinas de programação local; Avaliação de processos e resultados.

Importante que este recurso seja visto como um modo de compartilhamento e socialização dos conhecimentos e informações geradas nos processos de trabalho e nos programas de capacitação e formação desenvolvidos, e não apenas um novo formato para disponibilizar cursos segmentados, organizados a partir da mesma lógica que se pretende superar.

O grande benefício gerado pela utilização de tecnologias de comunicação está nas articulações, redes e fluxos entre atividades e organizações.

2.7.4 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Uma estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, considerando que, já na Constituição Federal de 1955 (Inciso II, do artigo 200), é atribuída ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde.

Esta política visa a transformação das práticas formativas e pedagógicas na área da saúde. Pressupõe a articulação entre as diversas esferas de gestão e instituições envolvidas nos processos, com vistas a um modelo educacional integrado à prática e capaz de diagnosticar problemas e construir soluções.

P. M. A
Fls. 1426
Ass.

Assim, como explicita o Ministério da Saúde, a Educação Permanente em Saúde:

- Destina-se a públicos multiprofissionais;
- Objetiva transformações das práticas técnicas e sociais;
- Preocupa-se com os problemas cotidianos das práticas das equipes de saúde;
- Insere-se de forma institucionalizada no processo de trabalho, gerando compromissos entre os trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários para o desenvolvimento institucional e individual;
- Utiliza práticas pedagógicas centradas na resolução de problemas, geralmente por meio de supervisão dialogada e oficinas de trabalho realizadas, preferencialmente, no próprio ambiente de trabalho;
- É contínua dentro de um projeto de consolidação e desenvolvimento do SUS.

Em relação à área da educação na Saúde, o Pacto de Gestão atribui as seguintes responsabilidades ao município:

a) Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento.

b) Todo município deve promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde.

c) Todo município deve apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde.

d) Todo município deve incentivar, junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.

e) Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde de acordo com as diretrizes do SUS.

f) Promover e articular junto às escolas técnicas de saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem.

Como exposto anteriormente, educação permanente é um conceito que se origina especificamente na questão da relação entre ensino, aprendizagem e serviços. Porém está diretamente relacionada a uma estrutura organizacional e institucional que influenciam no conjunto das ações e por isso o NEP trata das esferas de gestão, com a mesma lógica dos processos de formação.

P. M. A
Fls. 1427
Ass.

Um diferencial da gestão da saúde é sua organização por regiões, o que confere particularidades às políticas na área.

Em relação à NEP, atribui-se forte relação entre o sucesso de sua implementação e o amadurecimento do processo de regionalização, que orienta a descentralização do sistema.

2.7.4.1 DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O modelo pregado pela NEP com frequência sensibiliza gestores e demais profissionais da saúde, que reconhecem a relevância de se valorizar a prática no processo de aprendizagem, construir conhecimentos de forma coletiva e dar oportunidade para que as unidades de saúde possam propor e realizar um projeto educativo de acordo com suas necessidades.

Entretanto o contexto em que a mudança precisa ocorrer não é dos mais propícios, acarretando dificuldades para que a implementação da política transcorra como idealizada.

É possível pontuar algumas delas, frequentemente presentes nas experiências relatadas:

1- Falta de capacidade para identificar as demandas.

- Como mencionado anteriormente, a fragmentação dos processos gera desresponsabilização dos profissionais, mas além disso ela também prejudica sua capacidade de identificar adequadamente os problemas da prática. E este é um dos principais pressupostos do NEP. É preciso melhorar a qualidade do diagnóstico de demandas, que devem surgir nas pontas, que hoje não se mostrar preparadas para identificar os reais problemas existentes nos processos de trabalho. Em muitas situações, as equipes podem não perceber as próprias necessidades, pelo fato de estarem acostumadas com determinadas condições e entenderem como naturais problemas que são reais.

2- Dificuldade dos trabalhadores em aplicar os conceitos na prática.

- O modelo clássico de educação para o trabalho ainda é um paradigma muito forte. NEP não se trata de organizar cursos sequencial e continuamente. É um processo mais complexo e que, por fugir do modelo compartimentalizado de conteúdo pré-delimitados, por envolver como foco algo sobre o qual ainda não há domínio, ou mesmo aspectos mais relacionados a relações de trabalho, estrutura organizacional, o que por si só cria barreiras para implementação.

P. M. A
Fls. 428
Ass.

- Mesmo a formação de Facilitadores do NEP que é a estratégia que vem sendo utilizada para levar o novo modelo até as unidades de atendimento, mesmo esta precisa ser analisada, para que de fato os capacite a analisar o contexto da gestão e das práticas, compreender as relações de trabalho e por fim os processos educativos no cotidiano do trabalho.

3- Monitoramento e avaliação

- Ainda há muito a evoluir em termos de avaliação dos resultados da implementação do NEP. De alguma forma se consegue um acompanhamento da evolução da implementação da estrutura do novo modelo, com a criação e elaboração dos planos, por exemplo. Tanto a pesquisa "Programa de Monitoramento e Avaliação da implementação de Educação Permanente" e o "Plano de Monitoramento" MS, ajudam a ter um panorama de como os processos caminham em níveis estaduais. Entretanto os resultados dos programas em si carecem de um olhar avaliativo mais criterioso. São frequentes as críticas de que, embora o nome NEP seja mencionado, as ações planejadas caminham em verdade no sentido contrário ao pressuposto. É preciso conhecer boas práticas e identificar o impacto das mesmas nos indicadores de saúde.

Outro aspecto relevante a ser incentivado é a cultura de registro e preservação da memória nas instituições, o que muito contribui para conhecer melhor as experiências e seus resultados, para que de fato se aprenda com elas e que os aprendizados possam ser socializados.

4- Envolvimento dos profissionais.

- A já mencionada falta de comprometimento dos profissionais com o serviço é fator de extrema relevância. Constata-se, em geral, que o interesse do servidor em participar de qualquer ação de capacitação está mais vinculado à questão do impacto na carreira e do que à percepção de uma necessidade e desejo de melhorar. Por outro lado, espera-se que a própria mudança no modelo de formação desperte maior motivação por parte dos profissionais.
- À intensa rotina diária do trabalho é atribuída a dificuldade de agenda de encontros da equipe, que são extremamente relevantes como espaços de discussão, grupos de estudos a partir de leituras e outras práticas.
- Além disso, percebe-se que ainda há que se avançar no sentido de envolver todos os níveis e área profissionais – especialmente o corpo médico e em alguns casos a equipe operacional; da mesma forma, pouco caminhou a inclusão de usurários do sistema nos processos formativos.

P. M. A
Fls. 1429
Ass.

5- Institucionalização

- A questão da institucionalização para o sucesso da implementação do NEP é premente devida a diversos aspectos. Primeiro pela necessidade de apoio da gestão, de forma que esta ganhe espaço institucional que lhe garanta sustentabilidade.
- Depois, os objetivos dos programas de educação precisam ser acompanhados de outras ações de gestão, em especial no que se refere a gestão de recursos humanos, lembrando ainda que a Política de Educação Permanente diz respeito a formação, gestão, atenção à saúde e controle social e está integralidade só pode ser atingida numa abordagem institucional.

P. M. A
Fls. 1439
Ass.

C2 - Proposta Voltada à Qualidade Assistencial

P. M. A
Fls. 431
Ass.

3. ATIVIDADES VOLTADAS A QUALIDADE ASSISTENCIAL

3.1 COMISSÕES TÉCNICAS

A finalidade deste modelo visa à padronização de critérios importantes para a implantação de comissões com os objetivos: Segurança da Comunidade Usuária/Redução de Perdas/Preservação da Organização/Atendimento à Legislação Vigente / Alinhamento aos padrões para Certificação de Qualidade.

Todas as reuniões das comissões serão registradas em ata e devidamente arquivadas.

Serão implantadas 8 Comissões Técnicas no **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã**

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- Comissão Análise de Notificação de Óbitos
- Comissão de Prontuários
- Comissão de Ética Médica
- Comissão de Ética de Enfermagem
- Comissão de Humanização
- Comissão de Gerenciamento de Resíduo
- Comissão de Formulário e terapêutica
- Comissão de Educação Permanente em serviços de saúde
- Núcleo Interno de Regulação

CAPÍTULO I

A Instituição

O **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã** é instituição pública preparada para prestar assistência de nível de baixa e média complexidade à população.

É centro de referência para o **Município** de **Aripuanã** e disponibiliza seus leitos ao Sistema Único de Saúde – SUS, subdivididos em Serviço de Atendimento de Emergência (pré e pós), Unidade de observação Pronto Atendimento.

O corpo funcional é composto por funcionários distribuídos nas diversas áreas multidisciplinares em três turnos diários de trabalho.

Todos os contratos vigentes, celebrados com a administração direta e indireta serão mantidos operantes até sua conclusão, quando poderão ter sua responsabilidade transferida para o **ISSSL**

A proposta assistencial da instituição baseia-se em condutas, atitude e procedimentos que visem a prestação do cuidado ao paciente de forma humanizada e integral.

P. M. A
Fls. 1432
Ass.

CAPÍTULO II

3.1.1 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – CCIH

DIRETRIZES E NORMAS PARA PREVENÇÃO DO CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR

3.1.1.1 REGIMENTO INTERNO, CATEGORIAS E FINALIDADE

Art 1º - Nos termos da Lei 9.431 de 06 de janeiro de 1997 e da portaria MS nº2. 616, de 12 de maio de 1998, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã** de natureza técnico-científica permanente.

Art 2º-Desenvolvimento e manutenção de programas de Controle de Infecção são os objetivos desta Comissão.

§ 1º - Programa de Controle de Infecção Hospitalar é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

§ 2º - Infecção Hospitalar, segundo o Ministério da Saúde (1998), é caracterizada por "qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente na unidade e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a internação e procedimentos hospitalares".

CAPÍTULO II

3.1.1.2 ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

SEÇÃO I

Estrutura

Art 3º - A estrutura da CCIH compreende:

I – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)

II – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) Órgão de assessoria da direção da instituição composta por profissionais de nível superior, formalmente designados, constituída por:

- - Membros Consultores (representantes dos serviços médico, de enfermagem, farmácia hospitalar, laboratório de microbiologia e da administração).
- - Membros Executores (obedecendo à relação de 2 técnicos de nível superior-> 200 leitos, sendo um dos membros preferencialmente da enfermagem).

P. M. A
Fls. 433
Ass.

Art 4º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCIH, a Diretoria Clínica, proporcionará a infraestrutura necessária.

SEÇÃO II

3.1.1.3 COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Art 5º - A CCIH terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar, no MÍNIMO, com os seguintes componentes.

Composição do colegiado

COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE SCIH	
Médico	Profissional com formação em medicina, residência médica, que atua na Unidade
Enfermeiro	Profissional com formação em enfermagem, com título de especialista e que atue na Unidade
Farmacêutico	Profissional com formação em Farmácia que atue na Unidade.

Parágrafo Único

As indicações deverão recair em técnicos e profissionais especializados em controle de infecção hospitalar e representantes, preferencialmente de nível superior, das Unidades envolvidas diretamente no referido programa.

Art 6º - O Diretor Clínico escolherá os Membros que comporão a CCIH e promoverá as designações destes, do Presidente e do Vice-Presidente.

CAPÍTULO III

Das competências

Art. 7 º. Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH:

I. Elaborar, implementar, manter e avaliar um programa de Controle de Infecções Hospitalares adequado às características e necessidades da Instituição, contemplando no mínimo ações relativas a:

P. M. A
Fls 434
Ass.

a) implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, de acordo com o Anexo III da Portaria 2.616 do Ministério da Saúde/1998;

b) Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

c) Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da Instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

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

II. Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;

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

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

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

VI. Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e o tratamento das infecções hospitalares;

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

VIII. Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

IX. Elaborar Regimento Interno para a CCIH;

X. Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades;

XI. Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sobre vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em quaisquer dos serviços ou unidades, e atuar cooperativamente com serviços de saúde coletiva;

P. M. A
Fls. 1433
Ass.

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

CAPÍTULO IV

Das atribuições da CCIH

Art. 12. São atribuições específicas da Diretoria Clínica do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã** Constituir formalmente a CCIH;

I. Nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;
II. Propiciar infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;
III. Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIH;
IV. Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da Instituição.

Art. 13. São atribuições específicas do Presidente:

I. Representar a CCIH;
II. Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;
III. Despachar expedientes e subscrever documentos da Comissão;
IV. Dirigir os trabalhos da CCIH;
V. Prover recursos para implementação dos Projetos da CCIH;
VI. Assessorar a CCIH com relação às diretrizes da administração;
VII. Comunicar a destituição dos membros ao Diretor Clínico;
VIII. Cumprir e fazer cumprir as atribuições descritas;
IX. Indicar o seu substituto eventual.
X.

Art. 14. São atribuições dos membros consultores da Comissão:

I – Representante da Administração:

a) Implementar as normas da CCIH junto aos serviços de apoio (limpeza, lavanderia, serviço de manutenção).

II – Médico:

b) Participar da padronização de medicamentos;
c) Participar ativamente do controle de infecção hospitalar;
d) Participar em todos os âmbitos nas discussões e orientações;

P. M. A
Fls. 1436
Ass.

e) Discutir a prescrição de antibióticos com os médicos, subsidiado com as informações do farmacêutico, do laboratorista e da enfermagem;
f) Autorizar a liberação do antibiótico fora da padronização;
g) Elaborar o programa de controle de antimicrobianos;
h) Realizar vigilância epidemiológica ativa;
i) Participar de reuniões;
j) Participar de reuniões, cursos e congressos que tratem do tema "infecção hospitalar";
k) Participar de pesquisas sobre infecção hospitalar;
l) Sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das infecções.

III – Farmacêutico:

a) fiscalizar as condições de armazenamento e validade dos medicamentos adquiridos, especialmente dos antibióticos;
b) propor à Comissão o número de marcas e de apresentações comerciais dos agentes terapêuticos utilizados;
c) manter atualizada a padronização de medicamentos (especialmente a de antibióticos) e sugerir, periodicamente, à CCIH, a exclusão ou a inclusão de agentes terapêuticos na mesma;
d) preparar e divulgar através da CCIH tabela de incompatibilidade química, a fim de evitar a administração inadequada de misturas de medicamentos no paciente;
e) controlar o uso de medicamentos de alto custo ou de elevada toxicidade e pesquisar alternativas menos onerosas e menos tóxicas;
f) informar ao corpo médico, através da CCIH, o custo, os efeitos colaterais e a ação terapêutica dos novos agentes colocados no mercado;
g) manter um arquivo de prescrição de antimicrobianos e fornecer mensalmente à CCIH, levantamento dessa prescrição por clínica e por antibiótico.

IV – Enfermeiro:

a) Manter contato permanente com as diversas unidades para detecção relativa ao controle de infecção hospitalar, coletar dados de interesse, dar orientação técnica e supervisionar o cumprimento das normas e recomendações emanadas da CCIH;
b) Criar mecanismos que facilitem o desenvolvimento da vigilância epidemiológica ativa, de forma a facilitar a coleta de dados;
c) Acompanhar a implantação do programa de controle de infecção hospitalar;
d) Elaborar rotinas e procedimentos técnicos de enfermagem adequado ao controle das infecções hospitalares e orientar sua execução;

P. M. A
Fls. 1437
Ass.

e) Promover educação em serviço para pessoal que atua em áreas de capacitação específica;

f) Participar de reuniões, cursos e congressos que tratem do tema "infecção hospitalar";

g) Participar de pesquisas sobre infecção hospitalar;

h) Sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das infecções;

i) Promover a revisão e atualização de rotinas e procedimentos com a finalidade de prevenir as infecções hospitalares;

j) Fazer cumprir as atribuições descritas.

CAPÍTULO V

Dos membros executores da CCIH

Art. 15. Os membros executores da CCIH representam o Controle de Infecção Hospitalar, e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar:

Da Composição

I. Coordenador, com dedicação a CCIH;

II. O Médico, com tempo mínimo de quatro horas diárias de dedicação a CCIH;

III. O enfermeiro com tempo mínimo de seis horas diárias de dedicação a CCIH;

IV. Secretária com dedicação exclusiva ao CCIH;

CAPÍTULO VI

Das Atribuições

Art. 16. São atribuições dos membros executores:

I - Coordenador:

a) Estruturar A CCIH do ponto de vista organizacional e operacional;

b) Promover a capacitação dos recursos humanos da CCIH;

c) Coordenar e ministrar periodicamente, cursos de controle de infecção hospitalar para os profissionais de saúde que atuam na Instituição;

d) Realizar busca ativa de casos, diariamente, com assessoramento na abordagem de pacientes de risco e infectados;

e) Padronizar germicidas e/ou produtos químicos com supervisão da utilização dos mesmos;

f) Avaliar a padronização de rotinas técnicas;

g) Realizar investigações epidemiológicas quando necessárias;

h) Elaborar relatórios periódicos e promover discussão com o corpo clínico e a unidade de enfermagem;

i) Elaborar relatórios mensais e anuais para a Secretaria de Saúde;

P. M. A
Fls. 1438
Ass.

j) Assessorar e/ou dar subsídio, na aquisição e manutenção de equipamentos destinados a procedimentos invasivos;
k) Divulgar o trabalho realizado em congressos, seminários, cursos e atividades afins;
l) Comunicar periodicamente ao Diretor Técnico/Clínico todas as medidas a serem tomadas e o andamento das atividades.

II – Médico:

a) Realizar busca ativa de casos, com assessoramento na abordagem de pacientes infectados;
b) Participar da rotinização de atividades técnicas;
c) Realizar investigação epidemiológica;
d) Elaborar relatórios periódicos e discuti-los com o corpo clínico;
e) Realizar pesquisas e divulgar o trabalho da CCIH em eventos;
f) Auditar o uso de antimicrobianos;
g) Elaborar estratégias de intercâmbios internos e externos.

III – Enfermeiro:

a) Realizar vigilância epidemiológica (busca ativa e passiva) de casos nos diversos setores, com pesquisa de infecções de egresso;
b) Realizar busca ativa no laboratório de microbiologia e/ou obter acesso direto com terminal de computador na CCIH;
c) Realizar investigações epidemiológicas;
d) Padronizar e/ou supervisionar rotinas técnicas para controle de infecções hospitalares;
e) Elaborar os relatórios mensais da CCIH;
f) Reciclar recursos humanos para controle de infecções em todos os niveis em cooperação com setores competentes;
g) Realizar trabalhos científicos em controle de infecção hospitalar que sejam de importância para a CCIH;
h) Realizar inspeção periódica em todos os setores para avaliar a implementação do Programa de Prevenção e Controle das Infecções;
i) Atender e assistir os visitantes e estagiários do CCIH;
j) Elaborar, implantar e implementar e/ou orientar o Programa de Prevenção do Controle das Infecções Hospitalares;
k) Substituir o coordenador em seu impedimento.

P. M. A
Fls. 1439
Ass.

CAPÍTULO VII

Art. 17. A execução de atividades desenvolvidas pela CCIH não relacionadas neste Regimento poderão ser realizadas por qualquer um de seus membros de acordo com sua disponibilidade.

CAPÍTULO VIII

Das reuniões

Art. 18. As reuniões da CCIH serão realizadas em caráter ordinário (bimestral), em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, na sala de reuniões, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência.

Art. 19. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da Comissão.

Art. 20. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer um dos membros da Comissão.

Art. 21. A CCIH poderá incluir mensalmente em uma de suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 22. As reuniões serão realizadas com qualquer número de participantes, a critério do Presidente, ficando as resoluções na dependência da presença da metade, mais um, dos membros da CCIH.

Art. 23. De cada reunião será lavrada Ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença. Essas atas serão encaminhadas para o relatório de gestão e diretoria

Art. 24. Os membros da comissão que faltarem a três reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Diretor Técnico/Clínico.

P. M. A
Fls. 440
Ass.

CAPÍTULO IX

3.1.1.4 DO CRONOGRAMA DE ATIVIDADE

Comissão De Controle De Infecção Hospitalar												
Ações	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Nomeação dos Membros da Comissão	■											
Reuniões da Comissão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implantação de Indicadores	■	■	■									
Treinamentos - Levantamento de Necessidades				■	■	■						
Capacitação Biossegurança					■			■			■	
Capacitação de Lavagem das Mãos				■			■			■		
Avaliação de Indicadores				■		■		■		■		■

CAPÍTULO X

Das Disposições Finais

Art. 25. Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros da Comissão, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 26. Os casos omissos serão resolvidos pela comissão em reunião para isto, convocada com a presença do Diretor Técnico/Clínico.

Art. 27. O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

V. A
Fls 441
Ass.

3.1.2 COMISSÃO ANÁLISE DE NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS

3.1.2.1 PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

CAPÍTULO I:

Da Finalidade

Atender a resolução do CFM de nº 1.779/2005 que regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito.

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

A revisão dos óbitos é um importante instrumento de controle de qualidade nas instituições, bem como o conhecimento das causas de morte pode contribuir para o aprimoramento da assistência à saúde.

Capítulo II:

3.1.2.2 DA COMPOSIÇÃO

Art. 1° A Comissão de Revisão de Óbitos (CRO) da **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã será** constituída por pelo menos sete membros médicos e um enfermeiro, designados pelo Diretor Técnico, assim representados:

1. Serviço de Clínica Médica – Médico
2. Serviço de Urgência e Emergência – Médico

Formação	Perfil do Componente	QTD
Médico Clínico	Profissional com formação em medicina, residência médica e que atua na Unidade	1
Médico urgência/emergência	Profissional com formação em medicina, residência médica em urgência/emergência que atua na Unidade	1
Médicos especialistas	Profissional com formação em medicina, em Especialidade Médica que atua na Unidade	1

P. M. A
Fls. 1442
Ass.

CAPÍTULO III:

Das Atribuições

Art. 2° - São atribuições da Comissão de Revisão de Óbitos:

a) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
b) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
c) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
d) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
e) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
f) Zelar pelo sigilo ético das informações;
g) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, bem como assessorar a Diretoria Clínica em assuntos de sua competência;
h) Elaborar rotina de encaminhamento ao Serviço envolvido e Comissão de Ética dos casos pertinentes.
i) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre na busca da qualidade com atuação de Educação Permanente;

§ 1^0 - São atribuições do Presidente da Comissão:

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

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva). Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

§ 2^0 - São atribuições dos membros da CRO:

a) Comparecer às reuniões;
b) Realizar o trabalho de coleta dos dados dos prontuários conforme determinado no capítulo anterior
c) Efetuar estudos, coletar informações e preparar relatos determinados pelo presidente;
d) Propor planos e estudos para a melhoria de qualidade da comissão e assistência hospitalar no que tange à assuntos de interesse e competência da comissão de óbitos
e) Votar e justificar seu voto nas decisões colocadas em votação pelo presidente.

P. M. A
Fls. 1443
Ass.

Capítulo IV:

Da Organização e Funcionamento

Art. 3° A Comissão de Óbitos, requisitará ao SAME, os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela mesma.

Art. 4° A comissão distribuirá os prontuários em escala de rodízio, entre os membros da comissão, para que os mesmos funcionem como relatores, elaborando parecer sobre o assunto.

Art. 5° O relator terá um prazo de cinco dias úteis para elaborar o seu parecer. Em casos excepcionais poderá haver solicitação de aumento do prazo.

Art. 6° Nos dias de reunião extraordinária da comissão, os relatores apresentarão seus pareceres que serão apreciados pelos demais membros.

Art. 7° Os prontuários não poderão ser retirados de dentro da Unidade.

CAPÍTULO V:

3.1.2.3 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL

Comissão De Óbito												
Ações	1° mês	2° mês	3° mês	4° mês	5° mês	6° mês	7° mês	8° mês	9° mês	10° mês	11° mês	12° mês
Nomeação do Membros da Comissão	■											
Reuniões da Comissão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implantação de Indicadores	■	■	■									
Treinamentos - Levantamento de Necessidades				■	■	■						
Realização de reuniões com a Comissão Ética Médica					■			■			■	
Realização de reuniões com a Comissão Prontuários				■			■			■		
Avaliação de Indicadores				■		■		■		■		■

P. M. A
Fls 1444
Ass.

CAPÍTULO VI:

Das Reuniões

Art. 8° As reuniões deverão acontecer mensalmente, com data, local e horários previamente definidos e informados.

Art. 9° Para realização dos trabalhos da comissão, os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da unidade.

Art. 10° A ausência de um membro em três reuniões distintas durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

Art. 11° Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 12° As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, através de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 13° As reuniões deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo de expediente e decisões tomadas.

Art. 14° Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo por todos os membros.

CAPÍTULO VII:

Das Disposições Gerais

Art.15º Este Regimento está em consonância com a portaria conjunta **MEC/MS, n° 01/9.**

Art.16º Este Regimento poderá ser alterado:

I. Após avaliação de desempenhos se for o caso;
II. Pelas eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.
III. Em ambos os casos por proposta do diretor técnico de departamento.

3.1.3 COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS

3.1.3.1 PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO

CAPÍTULO I

Art. 1° A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã** será constituída por um número mínimo de 3 membros nomeados pelo diretor clínico, e suplente designado pelo efetivo se necessário.

Representantes a serem deliberados

- Pronto Socorro
- Médico especialista
- Enfermagem

P. M. A
Fls 1145
Ass.

3.1.3.2 CONSTITUIÇÃO

Composição da Comissão de Prontuário		
Formação	**Perfil do Componente**	QTD
Médico Especialista	Profissional com formação em medicina, residência médica e que atua na Unidade	1
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua na Unidade.	1
Médico Emergencista	Profissional com formação em medicina, e que atue na Unidade	1

CAPÍTULO II

Das Atribuições

Art. 2° - São atribuições da comissão de Revisão de Prontuário:

I. Estabelecer normas para avaliar a qualidade das informações contidas no prontuário:

II. Recomendar formulários, divulgar folders, cartazes, e artigos de revistas com assuntos pertinentes ao prontuário, esclarecimentos sobre importância do preenchimento do prontuário, bem como os fundamentos legais nos quais a CRP se ampara para desempenhar o seu trabalho.

III. Competência da CRPM:

IV. Em Conformidade com a resolução de Conselho Federal de Medicina n° 1638, de 10 de julho de 2002, a CRP deve observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do 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), e exames anexados;

b) Anamnese, exame físico, hipótese diagnosticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

P. M. A
Fls. 1446
Ass.

c) Evolução diária do paciente, com data e hora, descriminação de todos os procedimentos ao qual 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 respectivo número do Conselho de Classes.

e) Nos casos emergenciais, 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.

f) Compete a CRP a nomeação de outras comissões nos setores onde se julgar necessários.

V. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, a chefia das clínicas e a direção técnica da unidade.

VI. A CRP deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

CAPÍTULO III

Da Organização E Funcionamento

Art. 3° A CRPM requisitara ao Serviço de Arquivo Médico (SAME), os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela CRPM, para avaliação.

Art. 4° A CPRM avaliará os prontuários por amostragem: 10% do total de Altas do mês. Na amostragem, o número de prontuários avaliados será proporcional ao número de internações em cada clínica.

Art. 5° A escolha do prontuário é aleatória.

Art. 6° A avaliação de prontuários será feita através de roteiro elaborado e aprovado pela CRPM;

Art. 7° As avaliações serão tabuladas em planilhas e serão encaminhadas aos setores interessados

P. M. A
Fls. 1447
Ass.

CAPÍTULO IV

3.1.3.3 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL

Comissão De Análise E Revisão De Prontuário												
Ações	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Nomeação do Membros da Comissão	■											
Reuniões da Comissão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implantação de Indicadores	■	■	■									
Treinamentos - Levantamento de Necessidades				■	■	■						
Realização de reuniões com a Comissão Ética Médica					■			■			■	
Realização de reuniões com a Comissão Ética Enfermagem				■			■			■		
Avaliação de Indicadores				■		■		■		■		■

P. M. A
Fls. 1448
Ass.

CAPÍTULO V

3.1.3.4 INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO

Comissão de Revisão de Prontuário Médico - Roteiro para avaliação de Prontuários Médicos

CLÍNICA: _____ **Data:** ___ / ___ / ____ **RH do paciente:**_____

	0	1	2	3
Identificação do paciente (completa)				
Anamnese (detalhada)				
Exame físico (PA, FC, FR, P,T)				
Hipótese diagnóstica na admissão				
Diagnóstico principal e secundário na alta				
Conduta / Tratamento durante a evolução				
Pedido de internação AIH (CID principal)				
Termo de Responsabilidade				
Prescrição Médica				
Evolução Médica diária com hora				
Evolução Médica diária com data				
Letra legível do Médico				
Nome, assinatura e CRM				
Evolução da Enfermagem diária com hora				
Evolução da Enfermagem diária com data				
Letra legível da Enfermagem				
Nome, assinatura e COREN				
Resultados de exames complementares escritos / impressos				
Preenchimento do Relatório Médico de Anestesia				
Preenchimento de Relatório Médico de Cirurgia				
Resumo de Alta Hospitalar (CID principal) e (CID secundário)				
Assinaturas da Alta Hospitalar				

Conceitos numéricos: 0 – Não se Aplica; 1 – Inexistente; 2 – Inadequada; 3 – Adequada

P. M. A
Fls 1449
Ass.

3.1.4 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

3.1.4.1 PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1° - A Comissão de Ética Médica, por delegação do Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso (CRMMT), desempenha suas atribuições sindicantes, educativas e fiscalizadoras.

Art. 2° - A CEM exercer suas funções sobre todos os médicos regularmente registrados no CRMMT, que exercem atividade assistencial, didática, administrativa ou de pesquisa no Ambulatório.

Art. 3° - A CEM é autônoma em relação à Administração, mantendo com a mesma, relação de assessoria em ações educativas, fiscalizadoras e sindicantes.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA

Art 4° - A Estrutura da CEM compreende:

I – Colegiado

II – Presidência

III – Secretário

IV – Apoio Administrativo

CAPÍTULO III

3.1.4.2 DA COMPOSIÇÃO

Art. 5° - A CEM será composta por 4 (quatro) membros efetivos e 4 (quatro) membros suplentes, que participam das atividades inerentes a CEM e de suas reuniões ordinárias e extraordinárias em condições de igualdade de manifestação de opinião e voto.

Parágrafo 1 – O número de integração poderá ser alterado a qualquer momento tendo como base Resoluções do CFM ou CRMMT.

Parágrafo 2 – Todos os membros serão considerados titulares.

Art. 6° - Os membros eleitos escolherão por votação, o presidente e o secretário.

P. M. A
Fls. 1450
Ass.

Parágrafo Único – No caso de vacância destes cargos, os membros da CEM, em votação e por aprovação da sua maioria, em Reunião procederão à substituição dos mesmos que exercerão suas funções até o cumprimento do restante do mandato.

Art. 7° - Durante a gestão, os membros da CEM poderão, em qualquer momento, por sua maioria, em Reunião previamente convocada para tal finalidade, colocar em votação a substituição e nova eleições do seu Presidente e ou Secretário.

Art. 8° - Não poderão integrar a CEM os médicos que exercem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa na instituição, bem como aqueles que não estejam quites com o CRMMT.

Parágrafo 1 - Os membros da CEM que, posteriormente passarem a exercer cargos de direção técnica, clínica ou administrativa, deverão pedir afastamento, enquanto durar o seu mandato.

Parágrafo 2 – O desligamento da instituição implica no seu automático desligamento da CEM.

Formação	Perfil do Componente	QTD
Presidente	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clinico do Hospital.	1
Secretário	Profissional com formação em medicina e que atua no hospital	1
Membros Efetivos	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clinico do hospital	3
Membros Suplentes	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clinico do hospital	3

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 9° - Compete à CEM

Supervisionar, orientar e fiscalizar e nas Instituições sob sua administração o exercício ético da atividade médica;

Comunicar ao CRMMT quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;

Comunicar ao CRMMT o exercício ilegal da profissão.

Instaurar sindicância instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhá-lo ao CRMMT quando houver indícios de infração ao Código de Ética Médica, sem emitir juízo, e quando ela for instaurada por solicitação daquele órgão

Desenvolver atividade educativa através de discussões, e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Diretoria e responsável pelos Institutos, Departamentos e Comissões de Residência Médica (COREME) e Comissão de Pós-Graduação (CPG).

P. M. A
Fls. 145
Ass.

Art. 10 – Compete ao colegiado da CEM:

a) Eleger o Presidente a o Secretário;

b) Comparecer a todas as reuniões da CEM, discutindo e votando as matérias em pauta;

c) Desenvolver as atribuições conferidas a CEM;

d) Garantir o exercício do amplo direto de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias;

e) Convocar reunião extraordinária, por solicitação da sua maioria, para discutir assuntos considerados relevantes;

Art. 11 – Compete ao Presidente da CEM:

Representar a CEM perante as Direções, seus Institutos e Instituições sob sua administração, bem como às suas diversas Comissões e ao CRMMT

Convocar as reuniões ordinárias extraordinárias da CEM.

Convocar o Secretário ou, na ausência deste, membros da CEM, para substituí-lo em todas as suas funções durante seus impedimentos;

Encaminhar ao CRMMT os relatórios de Sindicâncias devidamente apuradas e quando concluírem por indícios de infração ao Código de Ética Médica, bem como aquelas quem tiveram origem

naquele órgão;

Indicar um ou mais membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar e elaborar Relatório e CEM quando da apuração de sindicâncias, bem como responder as consultas referentes

a assunto éticos;

Art. 12 – Compete ao secretário da CEM:

Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;

Colaborar com Presidente nos trabalhos atribuídos a CEM;

Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

Supervisionar, lavar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à CEM;

Manter em arquivo próprio os documentos relativos a CEM.

Art. 13 – Compete ao apoio administrativo

Receber os expedientes encaminhados a CEM;

Estabelecer forma de registro e controle dos processos sob análise na CEM;

Manter o arquivo da CEM em ordem;

Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

Lavrar, sob a supervisão do Secretário da CEM, as Atas das reuniões;

Confecção de memorando, oficios e rotinas operacionais da CEM;

P. M. A
Fls. 430
Ass.

Observar as regras da Instituição para o andamento dos trabalhos da CEM;

Zelar pelo patrimônio disponibilizado à Secretaria da CEM;

Proceder às convocações para as reuniões da CEM;

Proceder às convocações para as oitavas;

Secretariar as oitavas instituídas pela CEM;

Lavrar os depoimentos durante as oitavas;

Preservar os assuntos discutidos durante as reuniões e depoimentos;

Observar as regras instituídas para a condução de processos administrativos, de recursos humanos e de materiais.

Art. 14 – A escolha dos membros da CEM será feita mediante voto secreto e direto, podendo ser reeleitos, dela participando os médicos que exercem atividade assistencial, didática, administrativa e de pesquisa, inscritos regularmente no CRMMT, executando-se os residentes e estagiários. Cada votante terá o direito de votar em até 3 (três) dos candidatos regularmente inscritos a ser definido pela comissão eleitoral.

Art. 15 – A convocação da eleição será feita pelo Diretor Clínico, por Edital a ser divulgado no Hospital no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 16 – Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Clínico, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 17 – Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados e Institutos sob sua administração, pelo Diretor Clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana antes da votação.

Art. 18 – O Diretor Clínico designara uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do CRMMT

Art. 19 – Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos a CEM.

Art. 20 -A CEM será composta pelos 4 (três) candidatos que obtiverem o maior número de votos.

Parágrafo Único – Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no CRMMT.

Art. 21 – O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao CRMMT para homologação e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 22 – Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no Máximo, 48 (quarenta e oito) horas após a eleição, e encaminhados em primeira instancia à Comissão Eleitoral e em segunda instancia ao CRMMT.

P. M. A
Fls 453
Ass.

Art. 24 – Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo CRMMT ou pelo Presidente da Comissão Eleitoral, quando então se procederá a escolha, pelos membros eleitos, em votação secreta, do Presidente e Secretario da CEM.

Art. 25 – O mandado da CEM será de até 24 (vinte e quatro) meses.

Parágrafos Único – As eleições serão realizadas, a cada 24 meses, no dia 18 de outubro (data comemorativa do médico).

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 26 – A CEM deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias mensais e reunir-se de forma extraordinárias quando convocada pelo Presidente ou maioria dos seus membros.

Art. 27 – As reuniões ordinárias e extraordinárias de CEM serão conduzidas pelo Presidente ou Secretario na ausência do primeiro, no dia e hora devidamente divulgados e com qualquer número dos membros, após 15 (quinze) minutos do início previsto ou mesmo antes, se estiverem presentes, pelo menos a metade dos seus 16 (dezesseis) membros.

Parágrafo único – Na ausência do Presidente e Secretario os membros presentes à reunião, escolherão o Presidente e o Secretario que a conduzirão.

Art. 28 – Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicância tem caráter sigiloso.

Art. 29 – Todas as deliberações da CEM dar-se-ão por maioria simples dos presentes à reunião, sendo prerrogativa do Presidente o "voto de Minerva" em caso de empate. Entretanto, a aprovação de Relatórios de Sindicância ou de assuntos de importância relevante, somente poderá ocorrer com a presença da metade mais um do 16 (dezesseis) membros da CEM.

Art. 30 – As sindicâncias serão instauradas mediante:

Denuncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada;

Denuncia, por escrito, do Diretor Clínico ou Técnico;

Deliberação da própria CEM ao tomar conhecimento de assunto quer mereça ser apurado;

Determinação do CRMMT.

Art. 31- Aberta a Sindicância, o Presidente indica um ou mais membros da CEM para proceder as averiguações, redigir relatório com suas conclusões e apresentá-lo em reunião ordinária. O membro da CEM que se julgar impedido para determinada Sindicância, poderá solicitar a sua substituição.

Art. 32 – Instaurada a Sindicância, a CEM notifica os citados na sindicância oferecendo-lhes a possibilidade de acesso aos documentos e de manifestação.

P. M. A
Fls. 454
Ass.

Art. 33 – Os envolvidos na sindicância podem manifestar-se por escrito ou ser ouvidos pela comissão sindicante (oitava), acompanhados ou não por advogados, devidamente identificados, que não poderão intervir ou influir de qualquer modo nas perguntas e respostas, sendo-lhes facultado apresentar perguntas por intermédio do membro sindicante.

Art. 34 – Todos os documentos relacionados com os fatos, tais como: cópias das oitavas, prontuários, ordens de serviço da Administração e outros que possam colaborar no esclarecimento dos motivos das Sindicâncias, deverão ser devidamente numerados e juntados à sindicância.

Art. 35 – O acesso aos documentos de qualquer sindicância é facultativo somente às partes e os membros da CEM.

Art. 36 – Em qualquer momento os envolvidos têm direito a consulta e cópia dos documentos constantes da sindicância e encaminhar manifestação, estando sujeitos ao sigilo processual, podendo ser responsabilizados por sua eventual quebra.

Art. 37 – Terminada a coleta de informações, a CEM reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, jamais emitindo juízo.

Art. 38 – O membro da CEM presentes a reunião que não se julga suficientemente esclarecido quanto a matéria em exame, poderá pedir vistas de Sindicância, propor diligências ou adiamento da votação. O prazo de vistas, improrrogáveis, será até a realização da próxima reunião ordinária.

Art. 39 – Encerrada a sindicância as partes envolvidas devem ser informadas do resultado e esclarecidas sobre a possibilidade de recursos junto ao CRMMT, caso não se considerem satisfeitos com as conclusões.

Art. 40 – Constatada a existência de início de infração ao Código de Ética Médica, a sindicância deverá ser encaminhada ao CRMMT, para competente tramitação.

Art. 41 – Contatada a existência de início de infração administrativa, p fato deverá ser comunicado à Diretoria, para as providencias cabíveis.

Art. 42 – Em casos considerados de menor gravidade pela CEM, que não tenham acarretado danos a terceiros, poderá ser proposta a conciliação entre as partes envolvidas "ad referendum" do CRMMT.

1° - Havendo conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata especificas.

2° - Não havendo conciliação, a sindicância seguirá seu tramete normal com o envio de relatório ao CRMMT.

Art. 43 – O membro da CEM envolvido em sindicância não participarão das discussões de análise e da votação final do referido expediente.

P. M. A
Fls. 1435
Ass.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 44 - Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo colegiado ou encaminhados ao CRMMT.

Art. 45 – Este Regimento Internos poderá ser alterado de acordo com futuras resoluções do Conselho Federal de Medicina, do CRMMT e quando a CEM julgar necessário.

CAPÍTULO VII

3.1.4.3 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL

Comissão De Ética Médica												
Ações	1° mês	2° mês	3° mês	4° mês	5° mês	6° mês	7° mês	8° mês	9° mês	10° mês	11° mês	12° mês
Nomeação do Membros da Comissão	■											
Reuniões da Comissão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implantação de Indicadores	■	■	■									
Treinamentos - Levantamento de Necessidades				■	■	■						
Oficina de capacitação sobre Ética Médica					■			■			■	
Realização de reuniões com a Comissão Prontuários				■			■			■		
Realização de reuniões com a Comissão Óbitos				■			■			■		
Avaliação de Indicadores					■		■		■		■	

CAPÍTULO VII

Das disposições finais

Art 57– As determinações deste regulamento terão efeito à partir da publicação da presente resolução.

Parágrafo 1° – As normas do presente regulamento referentes às eleições e mandatos das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das eleições, conforme parágrafo único do artigo 15.

Parágrafo 2° - As CEMs já instaladas terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequarem à presente regulamentação.

P. M. A
Fls. 1436
Ass.

Art 58 -Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art 59 – Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência da Comissão de Ética dento da instituição.

3.1.5 COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Definição:

É um órgão supervisor da ética profissional na instituição, representando os Conselhos Regional e Federal de Enfermagem, com a finalidade de: educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos a Ética Profissional de Enfermagem.

Regulamentação:

Lei nº. 5.905 / 1973 do COREN

Resolução nº. 172 / 1994

Vigência:

12 meses permitindo reeleição

Principais Atividades:

- 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

Indicadores

- Total de Enfermeiros com Inscrição no COREN
- Total de Técnicos / Total de Auxiliares
- Total de funcionários capacitado
- Total de processos Éticos analisados

Funcionamento e Organização

- ✓ O presidente da Comissão, assim como todos os membros, será nomeado por Portaria Interna pela Direção. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.
- ✓ Deverão ocorrer Reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definido e realizado mensalmente.

P. M. A
Fls 1457
Ass.

- ✓ Cronograma de Atividades Educativas e Epidemiológica Anual.
- ✓ Ata das reuniões, bem como Relatório com plano de ação, indicadores e metas:
- ✓ Mensal – a ser entregue a coordenação local
- ✓ Cronograma de reuniões ordinárias anual

3.1.5.1 PROPOSTA PARA REGIMENTO- COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Capítulo I

Características Gerais – Definição

Art. 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem (C.E.E) é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem em caráter permanente junto às Instituições de Saúde, tendo funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício nas referidas instituições.

Capítulo II

Natureza E Finalidades

Art. 2º - A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da Instituição de Saúde à que pertence, estabelecendo com ela uma relação de independência e autonomia, cientificando e assessorando a mesma sobre os assuntos afetos a esta.

Parágrafo único – A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar a Diretoria/Chefia/Gerência ou divisão de Enfermagem da Instituição de Saúde a que pertence o calendário de suas reuniões e/ou atividades.

Art. 3º - 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.

Capítulo III

Das Eleições

Art. 4º - Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos através de voto facultativo secreto e direto

P. M. A
Fls. 1458
Ass.

Art. 5º - A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados de pleito.

Parágrafo 1º - Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos.

Parágrafo 2º - A Convocação para a eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data estabelecida para a votação. Prazo este também para as inscrições e divulgação dos candidatos.

Parágrafo 3º - Os candidatos serão subdivididos em dois grupos:

Grupo I correspondente ao Quadro I, da categoria de Enfermeiros e Grupo II correspondente ao Quadros II e III, respectivamente dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Parágrafo 4º - Os candidatos poderão indicar, no ato da inscrição, até dois fiscais, entre os profissionais de enfermagem da Instituição, para o acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração.

Parágrafo 5º - As inscrições serão encerradas 30 (trinta) dias antes da data do pleito, quando a Comissão Eleitoral deverá enviar ao COREN a relação dos candidatos e seus respectivos fiscais, para averiguação das condições de elegibilidade, quando o COREN-SP deverá expedir declaração, sem ônus para os candidatos.

Parágrafo 6º - os candidatos ao pleito deverão ter os seguintes requisitos:

I – Ter no mínimo 2 anos de inscrição definitiva e estarem em dias com suas obrigações junto ao COREN.

II – Os candidatos não devem estar envolvidos em processo ético no COREN.

Parágrafo 7º - Os candidatos não devem estar respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

Art. 6º - A data de votação fica estabelecida para o último dia útil do mês xxxxx, devendo a posse ocorrer até o dia dd/mm do mesmo ano.

Parágrafo 1º - Os enfermeiros eleitores votarão nos candidatos do Grupo I e os técnicos e auxiliares nos candidatos do Grupo II.

Parágrafo 2º - O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto.

Art. 7º - A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do processo eleitoral podendo ser assistida por todos os interessados.

P. M. A
Fls 1439
Ass.

Parágrafo 1º - Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número dos votos válidos no Grupo I e Grupo II, e os resultados finais deverão ser enviados ao COREN no prazo máximo d 30 (trinta) dias após o pleito.

Parágrafo 2º - Em caso de empate entre dois ou mais candidatos da mesma categoria, proceder o desempate de acordo com o tempo de exercício na instituição empregadora na categoria eleita. Caso persista o empate considerar-se a o profissional com o número de registro mais antigo no Conselho como vencedor.

Parágrafo 3º - Protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito dentro de, no máximo, 48 horas após as eleições e encaminhados, em primeira instância, à Comissão Eleitoral, em segunda instância à C.E.E e, por último, a instância superior – COREN.

Art. 8º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral, podendo esta formular consultas ao COREN

CAPÍTULO IV

Competência

Art. 9º - Compete às Comissões de Ética de Enfermagem:

I.	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 CORENs dentro da Instituição.
II.	Opinar, normatizar, orientar e fiscalizar sempre em relação ao desempenho ético da profissão.
III.	Manter atualizado o cadastro de todos os profissionais de enfermagem que trabalham na Instituição.
IV.	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 à julgar necessárias;
V.	Encaminhar o relatório de sindicância juntamente com o parecer da CEE ao COREN, no prazo máximo de trinta dias, sujeito a prorrogação, ao se constatar indícios de possível infração ética, arrolando-se todos os documentos comprobatórios necessários afetos à este, com cópia para a respectiva Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da Instituição.

P. M. A
Fls. 1460
Ass.

VI.	Nos casos de não se constatar indícios de infração ética, a CEE deverá encerrar a sindicância, arrolando todos os documentos, elaborando o relatório final e arquivando o processo na instituição.
VII.	Cientificar à Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da Instituição sobre todos os relatórios conclusivos das Sindicâncias ali instauradas pela CEE.
VIII.	Elaborar, quando necessário, conjuntamente com o COREN, padrões éticos suscitados por modernos métodos de diagnóstico e terapêutica de complexa tecnologia, para que sejam adotados pela equipe de enfermagem e por grupos multiprofissionais qualificados.
IX.	Solicitar aos responsáveis pela Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem, assim como, aos responsáveis pelos outros serviços da Instituição de Saúde, informações e comprobatórios quando julgados indispensáveis para a elucidação dos fatos que estão sendo apurados.
	Art. 10º – Compete aos membros da Comissão de Ética de Enfermagem.
I.	Eleger Presidente, Vice-Presidente e Secretário.
II.	Comparecer às reuniões da Comissão, discutindo e opinando sobre matérias em pauta.
III.	Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão prevista neste regimento.
IV.	Garantir o exercício do amplo direito de defesa aqueles que vierem responder sindicâncias.

CAPÍTULO V

3.1.5.2 ESTRUTURA

Art. 11º – 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, executando-se àqueles profissionais que sejam membros da Diretoria nos órgãos de classe ou que sejam Diretor/Chefe/Gerente de Enfermagem, na referida Instituição.

Parágrafo único – A Instituição de Saúde poderá fazer com que a Instituição de Ensino que solicita campos de Estágio se comprometa em participar de processos de sindicância quando necessário.

P. M. A
Fls. 461
Ass.

CAPÍTULO VI

Composição

Art. 12º – Para a constituição de uma Comissão de Ética de Enfermagem, a Instituição de Saúde deverá contar no seu quadro de pessoal de enfermagem, no mínimo, 10 (dez) enfermeiros.

Art. 13º – A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser constituída por 5 membros efetivos, sendo 3 enfermeiros, 2 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e 5 membros suplentes sendo 3 enfermeiros e 2 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 C.E.E 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.

Capítulo VII

Atribuições

Art. 14º – ao Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem compete:

I. Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão.
II. Planejar e controlar as atividades programadas ou não da Comissão.
III. Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhá-lo à Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem para ciência.
IV. Elaborar parecer final para ser encaminhado ao COREN em casos que sejam constatadas infrações éticas.
Art. 15º – ao Vice-Presidente da Comissão compete:
I. Participar das reuniões da C.E.E.
II. Colaborar no planejamento e controle das atividades da C.E.E.
III. Substituir o Presidente na ausência do mesmo.
Art. 16º – Ao Secretário da C.E.E compete:
I. Secretariar as reuniões e registrá-las em ata.
II. Verificar o quórum nas sindicâncias.
III. Realizar as convocações dos denunciados e denunciantes, bem como das testemunhas.

P. M. A
Fls. 1462
Ass.

IV. Organizar arquivo referente aos relatórios de sindicância.
V. Executar as atividades internas que lhe forem atribuídas ou delegadas.
VI. Elaborar conjuntamente com o Presidente da Comissão os relatórios das Sindicâncias.
Art. 17º – Aos suplentes da C.E.E compete:
I. Participar e colaborar nos trabalhos da C.E.E..
II. Atender às convocações da reunião da C.E.E..
III. Substituir os membros efetivos nas reuniões da C.E.E..

CAPÍTULO VIII

Disposições Gerais

Art. 18º – A C.E.E. reunir-se-á, uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinados.

Art. 19º – A C.E.E. reunir-se-á extraordinariamente quando a importância do fato assim o exigir.

Art. 20º – O quórum para as decisões corresponde à maioria simples dos membros da Comissão.

Art. 21º – Na desistência de um ou mais membros efetivos da C.E.E., os mesmos serão automaticamente substituídos pelos suplentes de acordo com o número de votos obtidos na eleição. Na ausência destes no momento, cientificando-se formalmente o COREN a esse respeito.

Parágrafo único – Em casos excepcionais a Instituição de Saúde poderá encaminhar nome (no máximo três) de profissionais ao COREN, que fará a indicação para preenchimento de vagas existentes.

Art. 22º – A ausência não justificada à mais de 3 reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo da C.E.E sendo convocado o suplente correspondente. Tal exclusão e a correspondente substituição deverão ser comunicadas formalmente ao COREN.

Art. 23º – Quando um dos membros da C.E.E, estiver envolvido na sindicância, o mesmo, será convocado normalmente à prestar esclarecimentos ficando, contudo, impedido de dar continuidade às suas atividades na Comissão, durante a vigência da sindicância.

Art. 24º – Quando um dos convocados não comparecer na data da sindicância, deverá apresentar justificativa junto a CEE até 3 dias após a referida data. Se a justificativa não for aceita pela C.E.E., o fato deverá ser comunicado ao COREN sob forma de denúncia, ficando assim sujeito às penalidades impostas.

Art. 25º – Os trabalhos de sindicância dar-se-ão por encerrados assim que todos os aspectos do fato estiverem esclarecidos. Havendo necessidade, a C.E.E. poderá convocar e organizar sindicâncias sobre o mesmo fato tantas vezes quantas forem necessárias.

Art. 26º – Se houver a necessidade da presença de profissionais de outras áreas, os mesmos poderão participar dos trabalhos de sindicância na qualidade de convidados.

P. M. A
Fls. 1463
Ass.

Art. 27º – A CEE deverá enviar ao COREN, até o dia xx/mm de cada ano, sobre suas atividades dentro da instituição, correspondente ao ano anterior, incluindo ai o número de sindicâncias abertas e demais dadas considerados importantes, para análise do COREN.

Art. 28º – O COREN, baseado nos resultados obtidos através dos relatórios anuais enviados pela CEE promoverá Seminários com os componentes da CEE para orientações e esclarecimentos.

Art. 29º – As Comissões de Ética de Enfermagem eleitas anteriormente à promulgação desta Decisão, terão seus mandatos prorrogados até a posse da C.E.E. a ser eleita e empossada no ano de aaaa.

Objetivos da Comissão para o primeiro ano de Contrato

- ✓ Nomeação pela Gerência de Enfermagem dos membros da Comissão, após identificar, entre os profissionais, indivíduos com perfil;
- ✓ Validação do COREN – SP da Comissão;
- ✓ Validação do Regimento Interno pela Comissão;
- ✓ Elaboração de relatório mensal;
- ✓ Educação Permanente: Criar um sistema que garanta que os pacientes, os profissionais de saúde e os visitantes sejam orientados sobre questões éticas;
- ✓ Manter atualizado o cadastramento de todos da equipe de Enfermagem;
- ✓ Divulgar o código de Ética e demais normas disciplinares e Éticas da categoria;
- ✓ Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela, pela equipe de Enfermagem;
- ✓ Manter portaria atualizada.

3.1.5.3 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL

Comissão de Etica de Enfermagem												
Ações	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês
Proposta dos Membros da Comissão												
Eleições dos Membros da Comissão												
Reuniões Mensais conforme demanada												

P. M. A
Fls. 1464
Ass.

3.1.6 COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO

3.1.6.1 REGIMENTO INTERNO

Capítulo I - Da definição

ART. 1º - O grupo de trabalho da humanização (GTH) é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde.

Capítulo II - Das competências

ART.2º O **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã,** terá as seguintes competências:

- Difundir a cultura de humanização;
- Estabelecer estratégias e mecanismos que tornem os serviços mais humanizados;
- Traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para ações de humanização;
- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários
- Liderar o processo de humanização;
- Promover uma ação conjunta da administração e de lideranças representativas dos profissionais dos vários setores e serviços;
- Buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores;
- Desenvolver, implementar, agregar, apoiar e divulgar ações e projetos de humanização na assistência à saúde que venham a beneficiar os usuários e os profissionais;
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivo ao tratamento humanizado;
- Estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização dos serviços;
- Promover a participação na Rede Nacional de Humanização;
- Implementar as leis de Humanização.

CAPÍTULO III

Planos de ação

ART.3º - O processo de intervenção do GTH se expressará em quatro planos:

- **No plano pedagógico**: contribuir para a educação continuada, promoção de eventos educativos, treinamento de áreas ou profissionais, divulgação de temas de interesse da coletividade;
- **No plano político**: propiciar a democratização das relações de trabalho, concedendo voz aos setores que normalmente não teriam condições de superar as barreiras de hierarquia e competência técnica.

P. M. A
Fls. 1465
Ass.

Para isso, deverão manter um relacionamento estrito com cada setor, ouvindo reclamações, sugestões e buscando soluções para problemas específicos.

- **No plano subjetivo**: sustentar um processo de reflexão contínua sobre as vivências no mundo do trabalho, o como e para quê se trabalha numa organização hospitalar.
- **No plano comunicativo**: criar fluxos de informações relevantes para profissionais, dando a conhecer os projetos de humanização em curso.

CAPÍTULO IV

3.1.6.2 DA ORGANIZAÇÃO

ART.4º O GTH terá um coordenador, um Subcoordenador, um Secretário escolhido entre os membros.

Seção I - Do coordenador

ART. 5º - Caberá ao coordenador:

a) Coordenar as atividades de promoção de humanização

b) Convocar as reuniões do GTH dando execução às respectivas deliberações

c) Representar oficialmente o GTH.

d) Prestar contas das atividades do GTH a diretoria

Seção II - Do subcoordenador

ART. 6º - Compete ao subcoordenador

Substituir o coordenador em suas faltas e impedimentos, bem como, nos casos de vacância.

Seção III - Do secretário

ART. 7º - Compete ao secretário:

a- Secretariar as reuniões do GTH;

b- Superintender o expediente e a correspondência do GTH, assinando com o coordenador, o que for de sua competência;

c- Ter sob sua guarda os livros, relatórios, documentos e demais papéis do GTH;

d- Organizar o apoio logístico

Seção IV - Das comissões

ART. 8º - GTH será composto pelas seguintes comissões:

P. M. A
Fls. 1466
Ass.

1 – **Comissão de mobilização e articulação**, à qual compete:

- Sensibilizar os funcionários para a importância e os benefícios da humanização.

Articular-se com secretaria municipal de saúde, regional de saúde, conselho municipal de saúde entidades da sociedade civil organizada para participarem

Negociar com o diretor os recursos necessários para o do programa.

Organizar e propor desenvolvimento das atividades.

2 – **Comissão De Divulgação**

Articular-se com as diferentes formas de divulgação das ações de humanização (todos os veículos de comunicação audiovisuais e impressos, objetivando divulgação ampla das atividades desenvolvidas pelo GTH).

3- Comissão De Planejamento

Compete à comissão de planejamento conduzir a elaboração do plano, elaborar textos e selecionar bibliografia que venham subsidiar os operativos; consolidação final dos relatórios; programar os treinamentos dos membros do GTH.

CAPÍTULO V

Da elaboração de orçamentos de realização das atividades e reuniões

ART. 9º - As reuniões do GTH serão realizadas mensalmente na primeira quinta feira de cada mês as 09:00h em local definido pelo GTH.

CAPÍTULO VI

Das disposições finais

ART. 10 - Os casos omissos serão resolvidos pelo coordenador titular da comissão organizadora

ART. 11 - Este regimento depois de aprovado em reunião do GTH entrará em vigor na data de sua publicação.

P. M. A
Fls. 1467
Ass.

3.1.7 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUO

- A Comissão de Gerenciamento de Resíduos é multidisciplinar e seus membros são responsáveis por manter o Plano de Gerenciamento de Resíduos atualizado e em conformidade com a legislação vigente.
- Cabe ainda a Comissão garantir a manutenção, monitoramento e análise crítica do Gerenciamento de Resíduos, a fim de cumprir o objetivo deste plano.
- Para isso esta Comissão se reúne mensalmente e havendo necessidade cabe ao Responsável Técnico pelo gerenciamento convocar reunião extraordinária.

3.1.7.1 COMPOSIÇÃO

São membros da Comissão de Gerenciamento de Resíduos:

- Representante da Enfermagem
- Representante do SCIH
- Representante da Higienização
- Representante da Farmácia
- Representante do Diagnóstico por Imagem
- Representante da Qualidade
- Representante do Laboratório
- Representante Administrativo

P. M. A
Fls. 1468
Ass.

Formação	Perfil do Componente	QTD
Técnico do SESMT	Profissional com formação em segurança do trabalho de nível técnico que atua na unidade	1
Representante do SCIH	Profissional com formação em medicina, residência médica em Infectologia.	1
Representante do Diagnóstico por Imagem	Profissional com formação em radiologia de nível técnico, que atua na unidade	1
Representante Nutrição	Profissional com formação em nutrição que atua na unidade	1
Representante do laboratório	Profissional com formação em laboratório que atua na unidade	1
Representante da Qualidade	Profissional com formação médica, que atua na unidade	1
Representante da Higienização	Profissional que atua na unidade de nível médio	1
Representante Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com titulo de especialista e que atua na Unidade.	1
Representante Farmacêutico	Profissional com Formação em Farmácia, com titulo de especialista e que atua no Serviço de Farmácia	1
Representante Administrador	Profissional com formação em administração, com título de especialista e que represemte a Direção da Unidade	1

Atividades e Horários de Funcionamento

Administração – segunda à sexta-feira 07h00 às 17h48

CME – 24 horas

Centro Cirúrgico – 24 horas

Centro de Diagnóstico por Imagem – 24 horas

Farmácia – 24 horas

Higiene e Limpeza – 24 horas

Laboratório de Análises Clínicas – 24 horas

Manutenção – 24 horas

Pronto Socorro – 24 horas

Rouparia – 24 horas

Segurança Patrimonial – 24 horas

Telefonia - segunda-feira a domingo 07h00 ás 22h00

Unidade de Nutrição e Dietética e Lactário – 24 horas

Unidades de Internação - 24 horas

Necrotério – 24 horas

C.A.F. – Central de Abastecimento Farmacêutico - segunda à sexta 07h00 às 17h48

P. M. A
Fls. 469
Ass.

3.1.7.2 CARACTERIZAÇÃO DOS RESÍDUOS GERADOS

Resíduo Grupo A – Infectantes

A	Resíduos com a presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.	A 1 – Culturas; descarte de vacinas de microorganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentos utilizados para transferência, inoculação ou misturas de culturas. Resíduos de atendimento de pessoas, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido. Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas de coleta incompleta. Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes de assistência, contendo sangue ou líquidos na forma livre. A 3 – Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiar. A 4 – Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados. - Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e da pesquisa, entre outros similares. - Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urinas e secreções. (não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes classe de Risco 4), nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação. - Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre. - Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos

P. M. A
Fls 470
Ass.

Resíduo Grupo B – Químicos

B	Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.	Produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos imunomoduladores; anti-retrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamento ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos Medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações. - Resíduos de saneantes, desinfetantes; resíduos contendo metais pesados, reagentes para laboratório inclusive os recipientes contaminados por estes. - Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores). - Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas. - Demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (Tóxicos, Corrosivos, Inflamáveis e Reativos).

Nota: Resíduo Grupo C – não aplicável na instituição

Resíduo Grupo D – Comuns

D	Resíduos que não apresentem riscos biológicos, químicos ou radiológicos à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.	- Papel de uso sanitário e fraldas, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, resto de alimento de paciente e material utilizado em anti-sepsia e hemostasia de venóclises e outros similares não classificados como A1; - Sobras de alimentos e do preparo de alimentos; - Resto alimentar de refeitório; - Resíduos provenientes de áreas administrativas; - Resíduos de varrição, flores, podas e jardins; - Resíduos de gesso provenientes de assistências à saúde

P. M. A
Fls. 471
Ass.

Resíduo Grupo E – Perfuro cortante

E	Materiais perfuro cortantes ou escarificantes, tais como:	Lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas de diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

Nota: A Simbologia adotada na identificação dos resíduos é a padrão existente no mercado.

Caracterização dos resíduos gerados por local:

Local (Unidade ou Serviço)	**Descrição do Resíduo**	**Grupo Conforme classificação Resolução 358/05**
Setores Administrativos	Resíduo de sanitários de funcionários.	D – Comum
	Papel, copo descartável, embalagem de papel e plástico. Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D - Comum Reciclável
CME	Benzina, Cassete de Peróxido de Hidrogênio.	B - Químico
	Papel, papelão, plástico. Embalagem vazia de detergente enzimático. Embalagem (Almotolia) vazia de Álcool Etílico 70%. Embalagem de Premix Slip, Surgistain	D - Comum Reciclável
	Perfuro cortante	E – Perfuro cortante

P. M. A
Fls. 472
Ass.

Farmácia	Filtro do Fluxo Laminar	A – Infectante
	Medicamentos (antimicrobianos, hormônios sistêmicos, digitálicos, imunossupressores e anti-retrovirais) vencidos ou não. Medicamentos Controlados vencidos (classificados pela Portaria 344/98).	B – Químico
	Papel, papelão, embalagem de papel e plástico. Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum Reciclável
	Perfuro cortante	E – Perfuro cortante

Almoxarifado	Pilhas alcalinas	D – Comum
	Papel, papelão, plástico. Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum Reciclável
	Perfuro cortante	E – Perfuro cortante

P. M. A
Fls. 1473
Ass.

UND	Embalagem ou resto do produto de Detergente Clorado Concentrado para Piso. Embalagem ou resto do produto do Secante para Máquina de lavar Louça. Embalagem ou resto do produto do Desengordurante de Forno e Fogão. Embalagem ou resto do produto do Detergente Sanitizante Clorado. Embalagem ou resto do produto do Detergente Sólido para Lavagem de Louças. Embalagem ou resto do produto de Dissolvente de Resíduos Calcáreos. Embalagem ou resto do produto de Detergente sólido para Lavagem. Embalagem ou resto do produto de Limpador Clorado Alcalino para Piso.	B – Químico
	Orgânicos.	D – Comum
	Latas de óleo, plástico, copos descartáveis, caixa de papelão. Óleo queimado de fritura e caixa tetrapack	D – Comum Reciclável

P. M. A
Fls 479
Ass.

Centro de Diagnóstico por Imagem	Luva de procedimento, jelco, sonda descartável, preservativo e gaze.	A - Infectante
	Reveladores, Fixadores, filmes plásticos e Contrastes.	B – Químico
	Seringa, esparadrapo, papel, toalha, máscara, lençol de papel, resíduos de sanitários. Material gerado no conforto médico e sanitário.	D – Comum
	Papéis gerados na recepção e posto dos técnicos de radiologia. Sacos plásticos da rouparia. Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum Reciclável
	Perfuro cortante	E – Perfuro cortante

Laboratório	Secreção; sangue; fezes; urina, resíduo químico inativado liberado junto com resíduo orgânico. Algodão, gazes, seringa descartável; luva de látex;	A – Infectante
	Reagente para laboratório, reagente químico ativo.	B – Químico
	Papel toalha.	D – Comum
	Embalagem de papel e plástico; Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum – Reciclável
	Perfuro cortante	E – Perfuro cortante

P. M. A
Fls. 1475
Ass.

Manutenção	Lâmpadas Embalagem ou sobra do produto Adesivo Branco. Embalagem ou resto do produto Aguarráz. Embalagem ou resto do produto Diluente para Tintas DP-003. Embalagem ou resto do produto Esmalte Sintético. Embalagem ou resto do produto Thinner – Diluentes de Tintas	B – Químico
	Entulho, gesso.	D – Comum
	Papel, papelão, plástico, vidros íntegros e quebrados. Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum Reciclável

P. M. A
Fls. 1476
Ass.

Unidades de Internação; Pronto Socorro; Centro Cirúrgico; CME	Bolsa de sangue e hemoderivados, sangue, frasco de dreno, placenta, tecido orgânico. Filtro do ar-condicionado central (Centro Cirúrgico). Algodão, gazes, compressas, luva de látex, secreção, sonda descartável, equipo e embalagem de soro.	A – Infectante
	Medicamentos (antimicrobianos e hormônios sistêmicos).	B – Químico
	Resíduos de sanitários de funcionários, conforto médico. Resíduos de sanitários de pacientes, Seringa descartável, papel toalha, extensão de borracha, resto de alimentos, fezes, urina, gesso, fralda descartável, eletrodos, fios cirúrgicos.	D – Comum
	Papéis gerados no posto de enfermagem, embalagem de papel e plástico. Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70% Embalagem vazia (Almotolia) de Sabonete Glicerinado.	D – Comum Reciclável
	Perfuro cortante.	E – Perfuro cortante

Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF	Papel, papelão, embalagens de papel e plástico. Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum Reciclável

P. M. A
Fls. 1477
Ass.

Necrotério	Algodão, gazes, compressas, descartável, luva de látex,	A - Infectante
	Máscara cirúrgica, papel toalha.	D – Comum
	Perfuro cortante	E – Perfuro cortante
Higienização	Embalagens vazias dos produtos utilizados na higienização dos ambientes.	D – Comum
	Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum Reciclável

Segregação, manuseio e acondicionamento

Resíduo Grupo A – Infectantes

A segregação dos resíduos do grupo A é feita na origem. São descartados nas Unidades onde são gerados, em recipientes apropriados revestidos com saco plástico branco, impermeável e devidamente identificado. O acondicionamento é feito em sacos plásticos brancos, identificados com a simbologia de infectante.

Observação: Os reagentes químicos liberados junto com os resíduos orgânicos (AVL 1630, 1503, 9181, 9180) são inativados com hipoclorito e depois são liberados no esgoto.

Resíduo Grupo – Químico

- A segregação dos resíduos do grupo B é realizada própria unidade geradora.
- O acondicionamento dos resíduos químicos não perigosos é feito em caixas coletoras para perfuro cortante, devidamente identificados como resíduo químico, com a simbologia de "Químicos", A retirada deste material é feita diariamente pelos profissionais do serviço de higiene e são encaminhados para abrigo adequado e específico.
- A segregação, o manuseio e o acondicionamento do ácido peracetico estarão descritos em fluxo específico.
- Os químicos fixadores utilizados na revelação de filmes do Centro de Diagnósticos por Imagem, são segregados e tratados na própria unidade, por equipamento instalado para a recuperação da prata, que é feita por meio de filtro separador.
- Os filmes plásticos (radiografias) são segregados e armazenados no setor, até ser retirada por empresa especializada em recuperação de prata dos mesmos.

P. M. A
Fls 1478
Ass.

Nota: Medicamentos sob controle especial são acondicionados segundo a Portaria 344/98 da Vigilância Sanitária, bem como sua destinação final, cuja legislação solicita que se peça autorização para incinerarão e isso é feito mediante encaminhamento de ofício ao CVS com o nome do medicamento, lote, validade e quantidade. Após recebimento da autorização a mesma é enviada, via fax à empresa coletora de resíduos e lixo, solicitando a retirada dos medicamentos vencidos.

Resíduo Grupo – Comum

- A segregação é feita na origem em recipientes apropriados revestidos com saco plástico preto. São descartados nas Unidades onde são gerados e acondicionados posteriormente pelo funcionário do serviço de higiene.

O acondicionamento é feito em sacos plásticos pretos.

Resíduo Grupo D – Comuns Recicláveis

- Os recicláveis segregados consistem em papelão, papel, plástico, vidro metais e óleo queimado de fritura.
- A segregação é feita nos pontos de geração.
- O acondicionamento é feito em sacos plásticos coloridos e em contenedores específicos para cada tipo de lixo reciclável.
- O acondicionamento do óleo queimado de fritura é feito em bombonas plásticas disponibilizadas pelo reciclador.

Resíduo Grupo E - Perfuro cortante

A segregação dos resíduos do grupo E é feita na origem. Os materiais perfuro cortantes são descartados em recipientes rígidos com simbologia de infectante, lacrados pela enfermagem quando atingida a capacidade útil do recipiente, ou seja, 2/3 de sua capacidade, conforme indicação do fabricante, através de linhas tracejadas.

As caixas de descarte de perfuro cortante, após terem sido utilizadas até o nível de segurança marcado no recipiente, são devidamente fechadas pela enfermagem, ou demais serviços envolvidos no uso das mesmas e são retiradas do local onde estavam sendo utilizadas, e colocadas em local adequado; a auxiliar de limpeza ou o coletor de resíduos as colocam dentro do saco branco; as caixas que não estiveram devidamente fechadas não deverão ser ensacadas, sendo necessário solicitar à enfermagem ou responsável pelo local, que as mesmas sejam devidamente fechadas.

P. M. A
Fls. 479
Ass.

Armazenamento

a) **Temporário**

- Cada andar possui a sala de resíduos para o armazenamento temporário (expurgo). Esta sala possui piso e paredes laváveis, ralos sifonados e pia para a lavagem das mãos. Conta com contenedores para o armazenamento de resíduos, infectantes, resíduo comum e resíduos comuns recicláveis, devidamente identificados, além de EPI´s disponíveis para todos os colaboradores.
- As bombonas plásticas com óleo queimado de fritura são armazenadas na área de recebimento de mercadoria, da cozinha até a retirada pelo reciclador.

b) Final

- O armazenamento final dos resíduos infectante, químicos, comum e pérfuro cortante são realizados no abrigo externo separado por grupo de resíduos. Esta área é fechada, de acesso restrito, possui piso e paredes laváveis e área para a higienização dos contenedores.
- Estão disponíveis contenedores brancos devidamente identificados, para o armazenamento dos resíduos infectantes.
- Os recipientes com resíduos químicos, devidamente identificados, são armazenados em local específico na área externa fechada com porta ventilada, até o momento da retirada por transporte específico para resíduo químico do **Município de Aripuanã**
- Os resíduos orgânicos gerados na Unidade de Nutrição e Dietética e pelo restaurante de funcionários são transportados do ponto de geração diretamente para a câmara fria, onde permanecem armazenados até o momento da coleta externa.
- O armazenamento final dos resíduos comuns recicláveis é feito em abrigo externo, exceto do óleo queimado de fritura que é armazenado no próprio local de geração. Esta área é fechada, o acesso é liberado para que a comunidade possa depositar seus resíduos recicláveis. Possui piso e paredes laváveis e área para a higienização dos contenedores.

Coleta Interna

a) Resíduo Grupo A – Infectantes

A coleta interna I é realizada pelos auxiliares de higiene de cada setor, com um carro coletor branco devidamente identificado. Os sacos contendo resíduos são retirados dos recipientes e acondicionados em sacos na cor branca com identificação de substância infectante.

Após o recolhimento nos setores, o funcionário transportará até a sala de resíduos (expurgo) e depositará no contenedor identificado e com tampa.

O número de coletas é estabelecido por cada plantão e de acordo com a necessidade.

A coleta interna II é realizada por um funcionário que vai até a sala de resíduos (expurgo) de cada setor com o carro de coleta identificado para resíduos infectantes. Este realizará a troca, deixando o carro vazio e transportando o carro cheio para o abrigo externo.

P. M. A
Fls 460
Ass.

No abrigo externo, o resíduo será acondicionado em contenedores com tampas, onde permanecerão até a coleta externa realizada pela empresa contratada pela Prefeitura.

b) Resíduo Grupo B – Químicos

Os resíduos químicos, são transportados pelo funcionário da higiene até o abrigo externo específico, com o carro de coleta.

Os resíduos gerados do Laboratório em função do volume são acondicionados e identificados no próprio local de geração e depois é encaminhado diretamente para o abrigo externo, pelo funcionário da higiene, com o carro de coleta.

A coleta interna II é feita ocasionalmente, conforme necessidade.

c) Resíduo Grupo D – Comum

A coleta interna I de resíduos comuns é realizada pelos auxiliares de higiene de cada setor, nos pontos de geração: postos de enfermagem, escritórios, copas, lanchonete, banheiros públicos e de funcionários, etc. com o carro funcional, onde são depositados os sacos plásticos contendo resíduos. Estes são acondicionados em sacos plásticos pretos.

Após o recolhimento nos setores, são transportados até a sala de resíduos (expurgos) e depositados no contenedor próprio para resíduos comuns.

A coleta interna II será realizada por um funcionário que vai até a sala de resíduo de cada setor com o carro de coleta identificado para resíduos comuns, e realiza a troca, deixando um carro vazio, transportando o carro cheio para o abrigo externo.

No abrigo externo o resíduo é depositado em contenedores onde aguardam o recolhimento pela empresa coletora.

A coleta interna I é feita durante a limpeza concorrente e conforme a necessidade do setor.

Nota: Resíduos orgânicos gerados pelo restaurante de funcionários e pela cozinha central são coletados nos pontos de geração e transportados até a câmara fria.

d) Resíduo Grupo D – Comum Reciclável

A coleta é realizada pelo auxiliar de higiene nos pontos de geração, exceto a coleta do óleo queimado de fritura, que é feita pelo reciclador.

Os sacos plásticos são removidos dos recipientes, fechados e transportados até os contenedores específicos.

P. M. A
Fls. 148
Ass.

e) Resíduo Grupo E – Perfuro cortante

A coleta é realizada pelo coletor / auxiliar de higiene nos expurgos de cada unidade geradora, os mesmos colocam os recipientes rígidos com simbologia de infectante dentro do saco branco e é transportado em contenedores com tampas, até abrigo específico onde permanecerão até a coleta externa realizada pela empresa contratada pelo ISSSL

Nota: O funcionário da coleta interna I utiliza: uniforme, calçados de segurança e luvas de borracha para a retirada dos resíduos das alas comuns e em casos de pacientes em isolamento utiliza os EPI recomendados especificamente, nos procedimentos da SCIH, conforme o tipo de isolamento.

O funcionário da coleta II utiliza: uniforme, bota de PVC, luvas de PVC de cano longo e avental impermeável, máscara e óculos de proteção.

O funcionário da coleta interna II é responsável pela pesagem dos resíduos e preenchimento dos formulários.

Tratamento Interno

Resíduo Grupo B – Químico

Os químicos fixadores utilizados na revelação de filmes do Departamento de Imagem são tratados no equipamento instalado na própria unidade, onde a recuperação da prata é feita por meio de filtro separador. O recolhimento do resíduo é realizado por empresa credenciada junto ao órgão regulador do Estado que faz a reciclagem do filtro removedor de metais pesados.

Os resíduos líquidos do processo são descartados na rede de esgoto.

Coleta Externa

a) Resíduo Grupo A – Infectante / Resíduo Grupo E - Perfuro cortante

A coleta externa será realizada diariamente, por empresa contratada pela contratada pelo **Instituto São Lucas** com caminhão especial, de compactação branda, estanque, com carga lateral.

Acompanha cada coleta o formulário "Manifesto de Transporte de Resíduo de Serviço de Saúde"

Empresa:

Endereço:

CNPJ:

Telefone:

Nota: EPI da guarnição: Calça e camisa na cor branca; luvas de PVC cano longas botas com biqueira de aço, máscara contra odores e máscara contra partículas tóxicas (eventualmente).

P. M. A
Fls 482
Ass.

b) Resíduo Grupo B – Químicos

A coleta externa dos resíduos químicos será realizada conforme solicitação, sob a responsabilidade da **Instituto São Lucas**

Acompanha cada coleta o formulário "Manifesto de Transporte de Resíduo de Serviço de Saúde", disponibilizado pela empresa conveniada com a prefeitura, específicos para químicos não perigosos e químicos perigosos (glutaraldeído).

Empresa:

Endereço:

CNPJ:

Telefone:

A coleta externa dos químicos fixadores utilizados na revelação de filmes do Centro de Diagnóstico por Imagem é feita por empresa contratada.

A coleta externa dos filmes plásticos (radiografias) é feita conforme solicitação, por empresa autorizada e licenciado por órgãos competentes.

Empresa:

Endereço:

Licença de Operação:

CNPJ:

Telefone:

c) Resíduo Grupo D – Comum

A coleta externa será realizada diariamente, por empresa contratada pelo **Instituto São Lucas**

Empresa:

Endereço:

CNPJ:

Telefone:

d) Recicláveis

O lixo reciclável será retirado às conforme acordo contratual, pelos coletores da empresa contratada para tal finalidade.

O resíduo de óleo queimado de fritura é coletado, conforme demanda por empresa especializada na fabricação de sabões e detergentes sintéticos.

Empresa:

Endereço:

Licença de Operação:

CNPJ:

P. M. A
Fls. 483
Ass.

Tratamento Externo

a) Resíduo Grupo A – Infectantes / Resíduo Grupo E – Perfuro cortante

Os resíduos infectantes são submetidos à desinfecção de alto nível denominada desativação eletrotérmica (ETD), na empresa contratada pelo **Instituto São Lucas**

Empresa:

Tecnologia Operacional:

Endereço:

CNPJ:

Telefone:

b) Resíduo Grupo B – Químicos

Os resíduos químicos são incinerados, pela empresa contratada sob a responsabilidade contratada pelo **Instituto São Lucas**

Empresa:

Endereço:

Cadastro

CNPJ:

Telefone:

Destino Final

a) Resíduo Grupo A – Infectantes / Resíduo Grupo E – Perfuro cortante

Após o tratamento são encaminhados para disposição final em aterro, sob a responsabilidade da contratada pelo **Instituto São Lucas**

Empresa:

Endereço:

Licença de Operação:

CNPJ:

Telefone:

b) Resíduo Grupo B – Químicos

Após a incineração, os resíduos gerados (Cinzas de ciclone e filtro de mangas, escória e torta de filtro prensa) são enviados para disposição final em Aterro Classe I, sob a responsabilidade do **Instituto São Lucas**

Empresa:

Endereço:

Licença de Operação:

CNPJ:

Telefone:

P. M. A
Fls. 1484
Ass.

c) Resíduo Grupo D - Comuns

Os resíduos do grupo D são dispostos em aterro sanitário.

Empresa:

Endereço:

Licença de Operação:

CNPJ:

d) Resíduo Grupo D - Recicláveis

Os resíduos do Grupo D – Recicláveis são encaminhados para reciclagem para empresa contratada cadastrada pelo **Instituto São Lucas**

Empresa:

Endereço:

CNPJ:

Telefone:

Exceto o resíduo de óleo de cozinha é utilizado por empresa especializada na fabricação de sabões e detergentes sintéticos.

Empresa:

Endereço:

Licença de Operação:

CNPJ:

Telefone:

3.1.7.3 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL

Comissão de Resíduos												
Ações	**1º Mês**	**2º Mês**	**3º Mês**	**4º Mês**	**5º Mês**	**6º Mês**	**7º Mês**	**8º Mês**	**9º Mês**	**10º Mês**	**11º Mês**	**12º Mês**
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
Oficina de capacitação da equipe												
Avaliação de Indicadores												

P. M. A
Fls 485
Ass.

3.1.8 COMISSÃO DE SUPRIMENTOS (FÁRMACIA)

3.1.8.1 PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE FORMULÁRIO E TERAPÊUTICA

I. Nome:

Comissão de formulário e terapêutica (CFT)

II. Finalidade:

Servir como órgão consultivo e deliberativo sobre medicamentos, material médico e impressos, além de promoção do uso adequado dos mesmos.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Superintendência ou Diretoria Técnica.

3.1.8.2 COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão deverá ser de 6 membros, sendo membros natos:

1. Farmacêutico
2. Médico representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
3. Enfermeiro
4. Representante de Corpo Clínico
5. Coordenação de Enfermagem
6. Enfermeiro Centro Cirúrgico

Formação	Perfil do Componente	QTD
Médico Clinico	Profissional com formação em medicina, residência médica e que atua na Unidade	1
Médico Infectologista	Profissional com formação em medicina, residência médica em infectologia	1
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com titulo de especialista e que atua na Unidade.	1
Farmacêutico	Profissional com Formação em Farmácia, com titulo de especialista e que atua no Serviço de Farmácia	1
Coordenador de Enfermagem	Profissional com formação em Enfermagem, com titulo de especialista e que atua na Unidade.	1

Conforme as características da Unidade outros representantes de clínicas ou serviços relevantes.

Fica estabelecido como membro consultor um representante da Administração hospitalar

P. M. A
Fls. 466
Ass.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pelo responsável da Unidade.

Além dos profissionais acima, recomenda-se que a Diretoria da **Hospital Municipal** disponibilize pelo menos um oficial administrativo para a CFT.

IV. Mandato:

O mandato deverá ser de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Superintendência.

A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Diário Oficial do Município a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Os presidentes da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Técnico/Clínico.

Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

V. Sede:

A sede da comissão será a sala das comissões, a ser disponibilizada, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

VI. Funcionamento e organização:

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

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

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

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

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

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

Deverá ser encaminhada cópia da ata para a Superintendência.

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

P. M. A
Fls. 1487
Ass.

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

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal para a comissão de qualidade. Em caso de padronização relevante deverá ser anexado ao pedido de fornecimento cópia da ata da reunião.

VII. Atribuições:

São atribuições da Comissão de Formulário e Terapêutica:

a) Elaborar a padronização de medicamentos;
b) Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de medicamentos;
c) Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelos chefes dos Serviços Médicos, promovendo a atualização da padronização de medicamentos;
d) Avaliar os medicamentos sob o ponto de vista dinâmico, biofarmacocinético e químico, emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar seu fármaco economia como mais um critério para sua padronização;
e) Evitar várias apresentações do mesmo princípio ativo e formulações com associação de medicamentos;
f) Fixar critérios para a aquisição de medicamentos não padronizados;
g) Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela denominação Comum Brasileira (DCB);
h) Revisar periodicamente as normas de prescrição;
i) Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;
j) Organizar a comunicação interna de divulgações da ANVISA, exclusão de alguns itens, boletins, dentre outros;
k) Promover ações que estimulem o uso racional de medicamentos, atividades de farmacovigilância;
l) Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico;
m) Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
n) Elaborar um guia farmacêutico a ser divulgado em todas as clínicas da Instituição, com atualizações periódicas (anuais ou sempre que necessário), contendo minimamente os medicamentos padronizados e seus devidos grupos farmacológicos;
o) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
p) Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

P. M.
Fls. 488
Ass.

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

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

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

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

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

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

1. Organizar a ordem do dia;
2. Receber e protocolar os processos e expedientes;
3. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
4. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
5. Organizar e manter o arquivo da comissão;
6. Preparar a correspondência;
7. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

3.1.8.3 VIII CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Comissão de Formulário Terapeutico												
Ações	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												

VIX. Disposições gerais:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CFT, em conjunto com Diretor Técnico/Clínico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

O regimento entrará em vigor após aprovação da Superintendência.

P. M. A
Fls. 439
Ass.

3.1.9 COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde tem por função planejar, organizar e fornecer apoio às ações de Educação Permanente em Saúde.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2009, p. 20)

Nesse sentido, a Educação Permanente se constitui em estratégia para desenvolver os serviços de saúde, pois implica em constante atualização por meio de ações intencionais e planejadas voltadas ao fortalecimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, que repercutem no interior das relações e processos desde o microcosmo da equipe, até as práticas organizacionais, interinstitucionais e intersetoriais a implicar nas políticas em que se inserem as ações em saúde.

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde desenvolve suas atividades nos diferentes eixos:

- Educação em Serviço, a qual compreende atividades de desenvolvimento dos profissionais que atuam nas Unidades Assistenciais, por meio de cursos, palestras, seminários de capacitação interna e externa.
- Integração ensino-serviço, a qual tem por objetivo integrar os profissionais de saúde (área médica, assistencial e administrativa), docentes e acadêmicos visando constituir um trabalho em equipe por meio de ações interativas, com vistas à inserção destes sujeitos em programas institucionais conforme as necessidades do serviço e do ensino, e por meio de visitas institucionais de profissionais de saúde e estudantes da área da saúde. Também, envolve projetos de extensão para a Rede Pública de Saúde que se desenvolvem acerca das políticas do SUS em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa;

P. M. A
Fls. 1490
Ass.

3.1.9.1 PROPOSTA DE GESTÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Missão

Prestar Assistência de alta complexidade, dentro dos princípios de hierarquização e regionalização do SUS, contribuindo para a formação e capacitação profissional, buscando uma saúde pública digna com qualidade e compromisso social.

Política

Capacitar e desenvolver os colaboradores que compõem o corpo assistencial, visando garantir a assistência com excelência;

Produto

Selecionar colaboradores junto a Gestão de Pessoas para suprir as vagas existentes na abertura dos setores Assistenciais.

Capacitar e desenvolver os colaboradores, visando garantir a assistência com excelência, mediante a implantação do modelo assistencial.

Monitorizar os indicadores assistenciais promovendo a capacitação e desenvolvimento visando melhorias contínuas e diminuição dos riscos na Assistência.

Qualificar os profissionais através da identificação de não conformidades nos processos assistenciais e da qualidade de trabalho, promovendo e desenvolvendo ações coletivas.

Desenvolver programa anual de educação e capacitação permanente, de desenvolvimento de competências individuais e organizacionais, bem como respectivo cronograma por área profissional.

É igualmente responsável pela orientação da equipe, visando sempre à eficácia da terapêutica, racionalização dos custos, voltando-se também para o ensino e a pesquisa, propiciando assim um vasto campo de aprimoramento profissional.

O serviço do NEP é responsável por promover estratégias visando desenvolver uma equipe de profissionais com pensamento crítico, capacidade de resolução de problemas, habilidade técnica científica e princípios de humanização; orientadas para a melhoria continua da assistência, através de profissionais com formação legalmente estabelecida por meio das leis do exercício profissional e competências previamente definidas pela instituição com base em seus objetivos, bem como as necessárias para o desenvolvimento das funções.

Esse serviço tem em sua característica a inserção de diversos profissionais com níveis de formação diferentes, que desenvolvem inúmeras atividades, com graus de complexidade distintos, o que exige uma capacitação contínua da equipe na obtenção da excelência na qualidade em todos os seus serviços.

P. M. A
Fls. 1491
Ass.

OBJETIVO GERAL

Implantar e garantir o modelo assistencial através da Educação Permanente, através da capacitação dos profissionais nas atividades assistências, ensino e gestão, com a perspectiva interdisciplinar, e de acordo com os princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização.

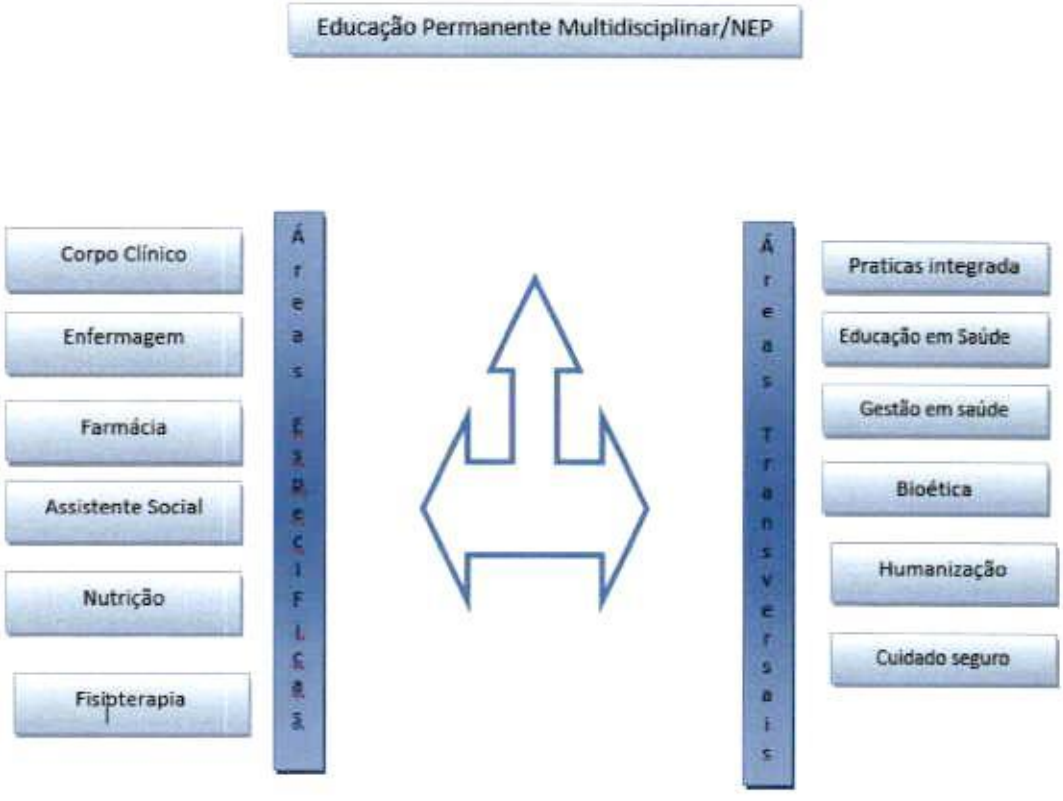
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Recrutamento e seleção de candidatos às vagas disponíveis para compor a equipe de profissional.
- Treinamento na admissão para os novos colaboradores com treinamento das técnicas especifica por categoria profissional das que são mais utilizadas na Instituição.
- Implantação do Modelo Assistencial através da capacitação da equipe em relação às normas, rotinas e procedimentos específicos adotados.
- Avaliação de desempenho por competências no período de experiência (45 e 90 dias) e anualmente, com plano de ação individual para cada colaborador.
- Introdução e monitoramento dos indicadores assistenciais.
- Desenvolvimento e capacitação dos profissionais em relação aos riscos clínicos, e implantação de práticas operacionais baseadas em segurança dos pacientes e colaboradores e na qualidade do serviço prestado.
- Contribuir para elaboração de ações de valorização dos colaboradores, agindo em seu desenvolvimento, integração, promoção, remuneração e parceria das atividades, bem como definição da política de segurança ocupacional, com foco no bem-estar, a fim de proporcionar ambiente de trabalho seguro e saudável

P. M. A
Fls. 1492
Ass.

3.1.9.2 ESTRUTURA

Recursos Humanos:



3.1.9.3 RESULTADOS ESPERADOS

- Redução de custos;
- Aumento da produtividade;
- Capacitação dos colaboradores;
- Bem-estar no ambiente de trabalho;
- Melhora na qualidade do serviço prestado;
- Eliminação ou redução do índice de acidentes de trabalho;
- Motivação e mobilização dos funcionários em prol da instituição.

Realização sistemática do Levantamento de Necessidades de Educação Permanente -

P. M. A
Fls. 1493
Ass.

- Consiste no levantamento sistemático de necessidades junto aos profissionais de todas as categorias e junto aos Gestores dos mesmos;
- Possibilitará que todos participem do planejamento das ações de Educação Permanente;
- Dará oportunidade para o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em acordo com as necessidades locais e gerais do serviço;
- Deverá ser realizada sistematicamente, uma vez por ano;
- Ele será realizado no decorrer do ano e fornecerá dados para o ano seguinte

3.1.9.4 PROPOSTA DE TREINAMENTO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE MULTIPROFISSIONAL

Áreas de integração: Novos colaboradores

Modulo 1

Apresentação do modelo de gestão
Estrutura Administrativa
Normas e rotinas e protocolos institucionais
Humanização
Comunicação
Código de ética
Acolhimento do paciente

Modulo 2. Práticas integrada: Todos os colaboradores da Unidade relacionados a assistência

Biossegurança.
Isolamentos/ Precauções.
Linhas de cuidado.
Plano terapêutico.
Prevenção de infecção
Prevenção de Quedas.
Prevenção de Úlceras por pressão.
Protocolos assistenciais.
Transferência de pacientes interna e externa.

P. M. A
Fls. 1494
Ass.

Alta
Acompanhamento dos eventos sentinela e eventos adversos.
Noções Básicas de atendimento em urgência e emergência

Modulo 3. Bioética

Bioética clínica: conceitos básicos.
Conceito de vida e morte, comitês de ética.
Saúde como direito: integralidade na atenção
Obrigações e responsabilidades dos profissionais de saúde.
Gerenciamento de conflitos bioéticos

Modulo 4. Gestão em Saúde

Organização em saúde e suas implicações para a gestão.
Organização do trabalho em saúde e do trabalho gerencial.
Planejamento estratégico situacional, tático e operacional.
Qualidade em saúde: conceitos e ferramentas.
Acesso e continuidade do cuidado.
Melhoria da qualidade e segurança do paciente.
Construção e definição de indicadores de qualidade.
Análise dos resultados dos indicadores assistenciais

Modulo 5. Educação em saúde

Concepção de ensino-aprendizagem.
Escuta sensível
Interdisciplinaridade.
Aplicação e avaliação do ciclo de aprendizado

P. M. A
Fls. 1495
Ass.

Modulo 6. Humanização

Visita aberta/ visita estendida
Acompanhante em tempo integral para crianças, adolescentes e idosos.
Sistema de escuta sistematizada dos trabalhadores – Pesquisa de Clima, Entrevista de desligamento.
Livre acesso aos pais de crianças internadas
Projeto de capacitação dos cuidadores.
Projeto terapêutico singular.
Gestor do plano de cuidados.
SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário).
Pesquisa de opinião participativa- POP.
Pesquisa de satisfação dos usuários.

Modulo 7. Cuidado Seguro

Identificação do paciente.
Transferências de informações.
Reconciliação medicamentosa: admissão, transferência interna, alta.
Práticas seguras nos procedimentos
Controle de eletrólitos concentrados.
Treinamentos em segurança do paciente.
Higiene das mãos.
Prática segura na utilização de medicamentos.
Administração oportuna de antibióticos profiláticos.
Segurança em narcóticos.
Papeis e responsabilidades da equipe.
Transferência interna.
Metas internacionais de segurança do paciente
Segurança em equipamentos- Manutenção preventiva e corretiva
Práticas seguras no manuseio de equipamentos

P. M. A
Fls. 1496
Ass.

Áreas Específicas

Módulo 8. Área especifica para corpo clínico

Conhecimento do Aporte Tecnológico Institucional.
Atualização sobre normas e rotinas.
Atuação no plano terapêutico.
Atuação nas linhas de cuidado.
Cultura de qualidade.
Cultura de segurança.
Capacitação de liderança para gestores.
Interdisciplinaridade.
Suporte Avançado de Vida
Suporte Básico de Vida
PALS/ SAVE
Via aérea difícil
Ventilação não invasiva
Ventilação invasiva

Módulo 9 Área específica para enfermagem: Semiologia e Semiotécnicas

SAE- Sistematização da assistência de enfermagem.
Taxionomias diagnósticas, de intervenção e de resultados de Enfermagem.
Classificação de complexidade dos cuidados em enfermagem – FUGULIN.
Trauma Cranioencefálico (TCE) e Trauma Raqui Medular (TRM)
Doenças cerebrovasculares;
Acidente Vascular Cerebral - Isquêmico (AVCI);
Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH);
Patologias neurológicas;
Morte Encefálica.
Preparo do corpo pós-morte.
Suporte avançado de vida -BLC, ACLS, PALS
Cuidados na administração de trombolíticos.

Cuidados na administração de medicamentos.
Cuidados com drogas de alto alerta.
Cuidados na passagem de Sondas Nasogástrica e Nasoenteral.
Cuidados na manutenção de Cateteres Venosos Centrais e Periféricos
Conduta de enfermagem para a criança e o adolescente com dor.
Ventilação mecânica e gasometria arterial no paciente crítico adulto e pediátrico.
Complicações clínicas no paciente crítico adulto.
Complicações clínicas no paciente crítico infantil.
Assistência em parada cardiorrespiratória em adulto e infantil
Coleta de exames e preparo e acompanhamento do cliente para exames.
Cuidados no parto e pós-parto
Gestão de qualidade e gestão de processos.
Liderança, criatividade e comunicação na Enfermagem.
Enfermeiro como Gestor da Unidade e do Cuidado.

P. M. A
Fls. 1497
Ass.

Modulo 10. Área especifica para Nutrição

Bases teóricas da terapia nutricional.
Terapia nutricional aplicada ao paciente
Avaliação nutricional.
Abordagem nutricional ao paciente em tratamento clínico
Conduta nutricional em pacientes graves adulto e infantil
Boas práticas do serviço de nutrição

P. M. A
Fls. 498
Ass.

Modulo 11. Área específica para Fisioterapia

Introdução a Ventilação Mecânica
Ventilação em situações específicas
Modos de ventilação
Abordagem a reabilitação musculo esquelética

Modulo 12. Área específica para Assistente Social

Atendimento em situações a pacientes de risco
Transferências do usuário
Acolhimento de familiares em situação de óbito
Atuação do Serviço Social no contexto de urgência e emergência

Modulo 13. Área específica para Farmácia

Planejamento da atenção Farmacêutica
Semiologia Farmacêutica
Medicamentos essenciais
Interações medicamentosas
Prescrição Farmacêutica
Farmacovigilância
Tratamentos não farmacológicos
Uso racional de antimicrobianos

P. M. A
Fls. 1499
Ass.

Modulo 14. Área específica para Recepcionistas

Atendimento ao cliente/paciente
Aberturas de fichas F A A
Encaminhamento do paciente para sala de exames e coletas laboratoriais
Acesso a consultas, internações e altas
Organização de Internação e alta do paciente

- Na NEP, o espaço do coletivo é de grande relevância. É preciso garantir tempo e local para que os indivíduos se encontrem, compartilhem, discutam o processo de trabalho, construam soluções e assumam responsabilidades. Desta forma, ensino e aprendizagem estariam incorporados ao cotidiano do trabalho.
- Outro diferencial desta abordagem está em contemplar a equipe como um todo, integrando médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, colaboradores administrativos, enfim, todos os profissionais envolvidos. Isto é possível por força do fundamento metodológico utilizado: a problematização. Este eixo estruturante da proposta de NEP favorece a visão integrada da ação educativa ao levar em conta os contextos social, sanitário e do serviço; proporciona espaço participativo para reflexão; está orientada para transformar as práticas; envolve os diversos atores; e se dá continuamente.
- Será encaminhado à **Secretaria Municipal de Aripuanã** mensalmente o cronograma de Educação continuada contendo os cursos, temas, público-alvo e duração.

O quadro abaixo, procurar mostrar de forma sintética como se dá o processo:

P. M. A
Fls. 500
Ass.

PROBLEMATIZAR AS PRÁTICAS	Identificar problemas.	Ação-Reflexão Investigação- Ação	Estudo de Casos; Trabalho de Campo; Sistematização de dados locais; Construção e priorização de problemas.
	Ampliar o conhecimento.	Acesso Bibliográfico Acesso a Dados Acesso a Educação Virtual Acesso a Outras Experiências	Seminário de estudos; Estágio in loco; Grupos de Discussão; Teleconferências e redes Interativas.
	Desenvolver competências específicas e da equipe.	Aquisição de competências e capacidades específicas	Supervisão- Capacitante; Treinamentos focalizados específicos; Oficinas de elaboração de projetos de trabalho.
	Buscar soluções; colocá-las em prática e avaliá-las.	Coordenar condutas com outros e Trabalho em Redes	Grupos Operativos de Qualidade; Oficinas de programação local; Avaliação de processos e resultados.

Importante que este recurso seja visto como um modo de compartilhamento e socialização dos conhecimentos e informações geradas nos processos de trabalho e nos programas de capacitação e formação desenvolvidos, e não apenas um novo formato para disponibilizar cursos segmentados, organizados a partir da mesma lógica que se pretende superar.

O grande benefício gerado pela utilização de tecnologias de comunicação está nas articulações, redes e fluxos entre atividades e organizações.

P. M. A
Fls. 1501
Ass.

3.1.10 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

3.1.10.1 APRESENTAÇÃO

Este Manual de Normas e Rotinas destina-se aos membros do Núcleo Interno de Regulação da Unidade de Saúde gerenciadas pelo Instituto São Lucas.

O Núcleo Interno de Regulação - NIR é de caráter permanente e atua como um núcleo de atuação multiprofissional e multissetorial. A criação do NIR é respaldada pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, que define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, que deverá realizar a interface com as Centrais de Regulação (BRASIL, 2017).

O NIR deverá ser composto por equipe multiprofissional previamente definida, contendo minimamente auxiliares administrativos, enfermeiros e médico.

O presente documento é dinâmico, permite atualizações frequentes, cuja periodicidade de revisão será a cada dois anos ou a qualquer momento que for identificada a necessidade de ajustes essenciais conforme as mudanças que ocorram no cenário de trabalho.

3.1.10.2 OBJETIVOS

- Dispor sobre as diretrizes gerais da unidade e de rotinas para o bom funcionamento do serviço realizado na unidade. Além disso, serve como guia rápido para fornecer orientações para o adequado cumprimento das normas e rotinas do setor.
- Padronizar os procedimentos e rotinas do Núcleo Interno de Regulação de Leitos das Unidades de Saúde, garantindo, assim, uniformidade do serviço executado em todos os turnos de trabalho.
- Fornecer subsídios e respaldo para as práticas e ações executadas pelos colaboradores do NIR.

3.1.10.3 DESCRIÇÃO

3.1.10.3.1 PASSAGEM DE PLANTÃO

A passagem de plantão assegura a transmissão de informações entre as equipes nos diferentes turnos. É o elo que garante a continuidade do processo de trabalho. Deve ser objetiva, com informações claras e completas. É feita verbal e em modelo próprio padronizado (Anexo 1).

P. M. A
Fls. 150
Ass.

O profissional deverá passar o plantão utilizando o instrumento padronizado, o qual consta as informações a respeito de vagas liberadas, altas das UTI´s , transferência das clínicas para as UTI´s, transferências internas entre as clínicas se houverem pedido de transferências externas se houver, reservas de UTI se houver, vagas disponíveis, agendamentos transportes, as intercorrências que aconteceram no decorrer do plantão e informações de interesse da equipe, (de acordo com a característica da Unidade).

3.1.10.3.2 REGULAÇÃO DE LEITOS

Após a passagem de plantão, deverá ser realizada a regulação interna dos leitos, avaliando as possibilidades de alta ou transferências de setores.

Todas as solicitações de transferências internas que acontecerem deverão ser registradas via Sistema. Caberá a equipe do NIR monitorar a utilização da ferramenta e orientar as equipes assistenciais para sua devida utilização.

Após a comunicação dos dados, o NIR deverá monitorar e responder o status das solicitações de transferências pendentes com a atual situação do leito na unidade de internação (leito em limpeza/ leito higienizado e comunicado a equipe etc.) e outras opções de resposta (exemplo, aguardando leito, pendente enfermagem destino, etc.).

Os membros do NIR deverão monitorar o tempo de transferência estipulado entre as unidades (exemplo, em casos de terminal de enfermaria e finais e início de plantão), a fim de garantir uma assistência adequada ao paciente e prevenir riscos assistenciais.

3.1.10.3.3 TRANSFERÊNCIA ENTRE CLÍNICAS

Da mesma forma, toda solicitação de transferência deverá ser registrada no SISTEMA. O médico assistencial solicitante da transferência deverá passar o caso ao médico responsável pela admissão na clínica de destino, e este deverá aceitar formalmente conduzir o caso para que se efetive o processo de transferência. Uma vez aceito o caso e havendo leito disponível na clínica de destino, a equipe do NIR fará a regulação do leito, comunicará as equipes envolvidas e o monitorará a transferência entre as unidades. Não havendo vaga, a solicitação ficará na fila de espera aguardando surgir a vaga conforme a prioridade para transferência.

P. M. A
Fls. 303
Ass.

3.1.10.3.4 LIBERAÇÃO DE VAGAS PARA PACIENTES AMBULATORIAIS

Para paciente que vier regulado via SISREG para consulta ambulatorial e que por acaso necessitar de internação e havendo vaga, o médico assistencial deverá ser orientado quanto ao preenchimento obrigatório da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e descrevendo o mecanismo de entrada do paciente na instituição.

O NIR deve no ATO da internação do paciente digitalizar a AIH e enviá-la por email para a Central da Regulação de Leitos, além de comunicar a unidade assistencial de origem da internação do paciente.

3.1.10.3.5 LIBERAÇÃO DE VAGAS PARA AS CLÍNICAS

As vagas para as enfermarias da clínica médica, serão aceitas pelo médico regulador do NIR ou plantonista. Após o aceitar a vaga, o colaborador do NIR deverá comunicar o médico receptor, a equipe de enfermagem receptora e a recepção que realizará a internação do paciente.

3.1.10.3.6 BLOQUEIO DE LEITOS

Quando houver necessidade de bloqueio de leitos por motivos de manutenção, recursos humanos, precaução de contato ou respiratória, o NIR deverá ser imediatamente comunicado, devendo informar a Central de Regulação.

3.1.10.3.7 MAPA CIRÚRGICO

O Mapa cirurgico é uma ferramenta de gestão que tem como finalidade agendar os procedimentos cirúrgicos de acordo com a fila de espera dos pacientes aptos e horário dos médicos especialistas.

O Mapa cirúrgico deve ser disponibilizado pelo NIR aos departamentos de enfermagem, centro cirúrgico, limpeza e nutrição.

4.1.10.3.8. SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA EXTERNA

Quando a Unidade, não possuir recursos para prover o tratamento adequado ao paciente que está internado seja por problemas estruturais internos ou pelo fato de o caso do paciente não estar contratualizado, a equipe assistencial deve solicitar a transferência para outra instituição que possua o recurso requerido pelo paciente.

P. M. A
Fls. 1504
Ass.

A solicitação para transferência deve ser feita através de Sistema de Regulação pelo médico assistencial e quando solicitado pela Regulação encaminhar exames complementares previamente realizados.

A atualização da Regulação solicitada para transferência externa deve ser atualizada ao menos uma vez a cada turno (matutino, vespertino e noturno), diariamente, incluindo finais de semana e feriado.

Cabe a equipe do NIR lembrar o médico assistencial em cada turno de realizar a solicitação e anotando na passagem de plantão o nome do profissional médico que foi comunicado.

Quando necessário o retorno ao hospital de origem para término de tratamento médico o mesmo trâmite deverá ser feito.

Solicitar transporte do paciente para Unidade referenciada ou Alta Hospitalar.

4.1.10.3.9 REGULAÇÃO DE EXAMES EXTERNOS

Quando pacientes internos necessitarem de exame ou procedimentos que é realizado fora da instituição a equipe assistencial do paciente deve preencher a APAC de forma correta em todos os campos e entregar a APAC no NIR juntamente com cópia legível de documento oficial com foto, cartão SUS, CPF, comprovante de residência atualizado em nome do paciente ou com a declaração do proprietário da casa de que o paciente reside no local.

Uma vez autorizado o exame será agendado e comunicado a equipe assistencial, conforme a disponibilidade do enfermeiro do transporte.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- Atualizar o Sistema SISREG inserindo o número da AIH no indicaSUS no momento da Alta Hospitalar;
- Gerenciar junto a equipe assistencial, garantindo que não existe pendências no preenchimento do prontuário: (resumo de alta, orientações ao paciente e acompanhantes e agendamentos de retorno).
- Registrar e gerenciar todas as atualizações e movimentações no Sistema quando necessario.
- Coordenar fluxo de internação;
- Manter as filas dos pacientes aptos para procedimento atualizadas por especialidades.
- Manter um diálogo com todas as centrais de regulação que demanda para o Hospital.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 27 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 30 dez. 2022.

P. M. A
Fls. 1305
Ass.

Brasil. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM Nº 2.156/2016, de 28 de outubro de 2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156. Acesso em: 30 dez. 2022.

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO. Disponível em: https://ebserhnet.sharepoint.com/sites/SetordeContratualizaoeRegulao-HUUFGD.

Contrato HU-UFGD e município de Dourados.https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais- universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/acesso-a-informacao/arquivos-gerais/ct/Contrato247.2020.pdf

NIR. Regimento Núcleo Interno de Regulação.2ª versão. Publicado em Boletim de Serviço HU-UFGD n.293 de 15.06.22.

3.1.11 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Capítulo I – Das Finalidades

Art. 1º - A Comissão da Gestão do Risco do **Hospital Municipal Santo Antônio** será implantada/implementada com intuito de acompanhar e aperfeiçoar a gestão dos processos relacionados à segurança hospitalar, com foco na segurança do paciente.

Art. 2º - Objetivos gerais:

- Minimizar o risco do processo assistencial aos pacientes, familiares, colaboradores
- Promover um impacto positivo no cuidado dos pacientes e prevenir os eventos-sentinela, fortalecendo a cultura da segurança.
- Fortalecer a cultura não punitiva na abordagem dos desvios do processo assistencial encarando-os como oportunidade de melhoria, através da análise sistemática dos casos identificados.
- Promover a integração entre as diversas áreas que atuam no processo assistencial e administrativo, com o intuito de estabelecer uma visão horizontal e evidenciando as responsabilidades individuais no todo, focados na segurança.

Art. 3º - Princípios:

1. Fazer da segurança e da qualidade princípios organizacionais que irão direcionar todo o manejo do desempenho das atividades
2. Mostrar um programa robusto nos próximos dois anos para o manejo e demonstrar as melhorias
3. Cobrir todas as atividades realizadas por estagiários e funcionários em integração
4. Garantir a qualidade da integração e educação continuada
5. Garantir os relatórios e relatos públicos de maneira periódica
6. Foco nas Lideranças para motivação e capacitação profissional

P. M. A
Fls. 396
Ass.

Capítulo II – Posição no Organograma da Instituição

Art. 4º - A Comissão da Gestão do Risco está inserida na comissão da Qualidade e subordinada à Diretoria

Art. 5º - A Comissão da Gestão do Risco possui regimento aprovado pela Comissão da Qualidade Institucional e pelo Diretor

Capítulo III – Princípios Éticos

Art. 6º - A Comissão da Gestão do Risco tem como princípios:

- Manter a ética e sigilo de todas as informações trazidas para discussão em grupo.
- Imparcialidade nas decisões.
- Cordialidade e respeito aos clientes internos e externos, durante as visitas realizadas
- Postura construtivista e agregadora de valor

3.1.11.1 CAPÍTULO IV - DA COMPOSIÇÃO DOS MEMBROS

Art. 7º - A Comissão da Gestão do Risco é composta por uma equipe de membros efetivo contratados, e participantes convidados, com mandato de 01 ano.

Art. 8º - A Comissão deverá conter preferencialmente os membros das seguintes áreas:

Membros Efetivos

- Presidente
- Vice-presidente
- Enfermeira
- Auxiliar administrativo

Formação	Perfil do Componente	QTD
Presidente	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clinico do Hospital.	1
Vice- Presidente	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clinico do Hospital.	1
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com titulo de especialista e que atua na Unidade.	1
Administrador	Profissional com formação em administração, com título de especialista e que represente a Direção da Unidade	1

P. M. A
Fls. 1307
Ass.

Membros Participantes quando necessário

- Farmacêutico responsável pela Farmacovigilância
- Engenheira responsável pela Tecnovigilância
- Nutricionista
- Fisioterapêuta responsável pelo risco de fraturas

Capítulo V – Competência dos membros

Art. 9 - Presidente:

a) Convoca reuniões, informando a pauta a ser discutida com antecedência;
b) Monta o cronograma e define as atividades do setor
c) Organização e análise dos dados institucionais;
d) Análise do (s) processo (s);
e) Acompanha e confecciona os relatórios das atividades da Comissão da Gestão do Risco junto a unidade solicitante.

Art. 10º - Vice-presidente:

a) Realiza todas as funções do Coordenador na ausência deste.
b) Levantamento de dados;
c) Análise do (s) processo (s);
d) Acompanha e confecciona os relatórios das atividades da Comissão da Gestão do Risco junto a unidade solicitante.

Art. 11º - Membros Participantes:

a) Participar das reuniões e atividades a que forem solicitados;
b) Representar a Comissão em atividades internas e externas do Hospital.
c) Envolvimento nas análises dos processos;
d) Acompanhamento e triagem das ocorrências;

Capítulo VI – Das disposições gerais

Art. 12º - As reuniões serão estipuladas em calendário, sendo ordinárias e/ou mensais

Art. 13º - As ausências deverão ser justificadas com antecedência, por escrito ou e-mail

P. M. A
Fls. 1308
Ass.

Capítulo VII – Atividades:

Art. 14º - Cultura

a) Segurança do Paciente como foco estratégico em todas as Unidades
b) Relatórios Gerenciais Mensais
c) Análise crítica gerencial trimestral
d) Sistema de Notificação de eventos adversos
e) Política e processos para esclarecimento e tratamento dos eventos

Art. 15º - Comunicação

a) Instrução do Paciente
b) Informação na transferência
c) Verificação dos processos de alto risco
d) Reconciliação Medicamentosa: admissão, transferência e alta
e) Identificação do Paciente
f) Abreviações perigosas

Art. 16º - Uso de Medicação

a) Remover eletrólitos concentrados das Unidades
b) Padronizar e limitar variedade das soluções concentradas
c) Treino na manipulação das bombas de infusão
d) Segurança com Heparina
e) Segurança dos Narcóticos

Art. 17º - Treinamento / Força de trabalho capacitada

a) Treinamento continuado em Segurança do Paciente
b) Protocolos e responsabilidades em Segurança do Paciente
c) Programa de prevenção Contínua

Art. 18º.Controle de Infecção

a) Protocolos bem estabelecidos de controle de infecção
b) Educação continuada em Higiene das mãos
c) Indicadores de Infecção
d) Vacina Influenza
e) Vacina pneumocócica
f) Auditoria de Higiene das mãos

P. M. A
Fls. 1309
Ass.

Art. 19º - Acompanhamento dos Protocolos Institucionais

Os protocolos são auditados e acompanhados e conforme a complacência às metas estabelecidas, montados os planos de ação da educação permanente.

Os protocolos serão discutidos e reavaliados conforme demanda epidemiológica e auditorias.

Estratégia para prevenção de queda

Estratégia para prevenção de úlcera por pressão

Estratégia para prevenção de flebite

Pacote de prevenção de Pneumonia relacionada a Ventilação Mecânica

Pacote de prevenção de Infecção de corrente sanguínea relacionada ao uso de cateter central

Protocolo de Sepse

Protocolo de Dor torácica

Protocolo Diabetes

Art.20º - Ações propostas para Gerenciamento de Risco Não Clínico:

1. Estratégia de Prevenção de Acidente de trabalho
2. Estratégia de Prevenção de Imagem Institucional
3. Estratégia de Prevenção do Risco legal
4. Estratégia de Adaptação a catástrofes naturais / Planos de contingência.

TESTE DE CONFORMIDADE:

1.A organização tem um protocolo documentado (administrar antimicrobianos para profilaxia dentro de 60 minutos antes da incisão cutânea).

2. A organização tem um protocolo documentado para interromper a administração do antimicrobiano profilático após o procedimento cirúrgico de acordo com a literatura atualizada.

Capítulo VIII

Fluxo das Informações

Art. 21º - Todas as Comissões Hospitalares devem encaminhar relatórios mensais padronizados pela comissão, para que as informações institucionais possam ser elaboradas com um entendimento sistêmico e multiprofissional, assim repassados de forma organizada para a alta direção, facilitando as tomadas de decisão.

Art. 22º - A Comissão entregará relatório padronizado mensal, das atividades

P. M. A
Fls. 1310
Ass.

Art. 23º - Os Gerentes apresentarão relatórios semestrais, para alinhamento dos principais pontos a serem trabalhados e organizar a devolutiva de conquistas para o operacional.

Art. 24º - A Comissão fará apresentação a todos os Gerentes ao final do ano, para alinhamento dos principais pontos a serem trabalhados e os que foram conquistados, visando a revisão do planejamento estratégico para o ano seguinte.

Capítulo IX– Relação com as demais Comissões:

Art. 25º - A Comissão da Gestão do Risco responde à Comissão da Qualidade

Art. 26º - A Comissão de Gestão do Risco deve analisar junto à comissão da Qualidade todas as não conformidades que levem a um risco definido como não tolerável, com plano de ação da correção dos processos e monitoramento

Art. 27º - A Comissão de Gestão do Risco deve entregar relatórios padronizados mensalmente para a Comissão da Qualidade

Art. 28º - Qualquer notificação de Evento Sentinela deve ser analisada na comissão com procura da causa raiz e plano de ação para melhoria da segurança. Os Eventos de grau I devem ser acompanhados por relatórios e apresentados aos setores.

Capítulo IX– Relação com a Comissão de Infecção

Art. 29º - O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar deve entregar relatórios padronizados mensalmente para a Comissão da Gestão do Risco

Capítulo X – Relação com Núcleo de Auditoria

Art. 30º - O Núcleo de Auditoria deve entregar relatórios padronizados mensalmente para a Comissão da Gestão do Risco

Capítulo XI – Relação com Núcleo de Vigilância Epidemiológica

Art. 31º - O Núcleo de Vigilância Epidemiológica deve entregar relatórios padronizados mensalmente para a Comissão da Gestão do Risco

Capítulo XII – Relação com o Serviço de Satisfação do Usuário

Art. 32º - O Serviço de Satisfação do Usuário deve entregar relatórios padronizados mensalmente para a Comissão da Gestão do Risco

Capítulo XIII – Relação a Comissão de Responsabilidade Socioambiental

Art. 33º - A Comissão de Responsabilidade Sócio-ambiental deve entregar relatórios padronizados mensalmente para a Comissão da Gestão do Risco

P. M. A
Fls. 311
Ass.

3.1.11.2 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Comissão Qualidade e Risco/Núcleo de Segurança do Paciente												
Ações	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês
Nomeação do Membros da Comissão	■											
Reuniões da Comissão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implantação dea cultura de segurança do paciente	■	■	■	■	■							
Acompanhamento de protocolos institucionais		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Avaliação de Indicadores					■		■		■		■	

3.1.11.3 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A Direção da **Unidade** considerando a Resolução da Diretoria Colegiada RDC 36 da ANVISA de 25-07-2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, dentre elas a constituição de um Núcleo de Segurança do Paciente;

Resolve:

Artigo 1º – Criar no âmbito deste Hospital, o Núcleo de Segurança do Paciente.

Artigo 2º – O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) tem como finalidade estabelecer políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, através do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas e tecnologias, que visem garantir a qualidade dos processos na Instituição.

Artigo 3º – Nomear os membros para compor o Núcleo de Segurança do Paciente:

Artigo 4º – São atribuições do Núcleo de Segurança do Paciente:

I. – Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente;
II. – Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente;
III. – Identificar pontos críticos para a segurança dos pacientes (diagnose);
IV. – Aprovar e implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
V. – Definir políticas, diretrizes e estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

P. M. A
Fls 312
Ass.

VI. – Direcionar e acompanhar as ações advindas dos subcomitês de segurança do paciente;

VII. – Elaborar e viabilizar junto à Administração a implementação de ações para instituir sistemas mais seguros.

Essa Comissão tem o objetivo de formalizar ações a serem implantadas para prevenir a ocorrência de eventos adversos que possam prejudicar os pacientes.

Implementação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente propostas pela Organização Mundial de Saúde, resumidas a seguir.

1. Identificar corretamente o paciente

Confirme a identidade dos pacientes antes de realizar exames e procedimentos.

Fique atento!

Evite erros. Confira sempre dois ou mais dados do paciente. Você também pode colocar pulseira ou etiqueta para facilitar a identificação.

2. Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde

Registre no prontuário todas as informações referentes ao cuidado, aos procedimentos e às condutas realizadas com o paciente.

Fique atento!

Ao receber ou transmitir informações sobre o paciente, principalmente em momentos críticos, em transferência de unidades e em passagem de plantão, repita-as e certifique-se de que houve compreensão da mensagem.

3. Melhorar segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos

Antes de administrar qualquer medicamento verifique: paciente certo, medicamento certo, hora certa, via certa, dose certa e anotação correta.

Fique atento!

Nos medicamentos potencialmente perigosos e de alta vigilância, faça a dupla checagem na dispensação, no preparo e na administração. Utilize etiquetas auxiliares com cores ou sinais de alerta diferenciados.

P. M. A
Fls. 1313
Ass.

4. Realização de cirurgia segura em sitio cirúrgico, procedimento e paciente corretos

Antes de qualquer cirurgia, verifique o local, o funcionamento dos equipamentos e os procedimentos necessários.

Fique atento!

Nunca se esqueça de fazer o checklist cirúrgico e documentar no prontuário: avaliação pré-anestésica, anamnese, exame físico, consentimento informado e identificação precisa do paciente. Quando possível, envolva o paciente no processo.

5. Higienizar as mãos para evitar infecções.

Adote a higienização correta e constante das mãos para prevenir infecções.

Fique atento!

Higienize as mãos:

1. Antes de tocar o paciente;
2. Antes de realizar o procedimento limpo/asséptico;
3. Após risco de exposição a fluidos corporais;
4. Após tocar o paciente;
5. Após tocar superfícies próximas ao paciente.

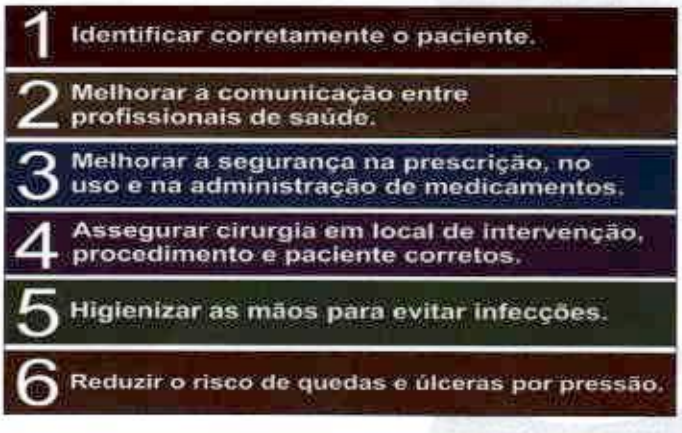
6. Avalie os pacientes em relação ao risco de queda e úlcera por pressão, estabelecendo ações preventivas

Avalie os pacientes em relação ao risco de queda, bem como as instalações físicas e a assistência prestada.

Fique atento!

Pacientes sob efeito de medicamentos precisam de atenção redobrada. Avalie o ambiente, as condições de acessibilidade e de locomoção de pacientes. Realize a mudança de decúbito. Paciente e acompanhante devem receber orientações.

Em Resumo:



P. M. A
Fls 514
Ass.

3.2 QUALIDADE SUBJETIVA

3.2.1 ACOLHIMENTO

3.2.1.1 MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, SERVIÇO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES NA EMERGÊNCIA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Esta sessão está relacionada com a percepção que o usuário (pacientes e familiares) obtém de sua passagem pelo **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã**

As instruções gerais serão apresentadas aos pacientes e famílias através de painéis informativos, de fácil visualização e entendimento, na recepção geral do PS e em outros setores conforme necessidade. Estes painéis informarão as especialidades atendidas, estrutura de atendimento da Unidade fluxos de atendimentos (retirada de senhas, registro do atendimento), informações gerais sobre o sistema de atendimento com classificação de risco, entre outros. As demais informações gerais serão prestadas pelo Serviço de Recepção.

Informações de Estado Clínico dos Pacientes

As informações sobre estado clínico dos pacientes serão fornecidas pela equipe médica e equipe de enfermagem, de acordo com o nível da informação, conforme normatização a ser implantada.

Deverão ser prestadas informações prévias, pela equipe médica e equipe de enfermagem, sobre os procedimentos a serem realizados, esclarecendo todas as dúvidas do paciente e familiar, aplicando quando for o caso o Consentimento Informado.

Outras Informações

Informações mais detalhadas do processo de atenção, atendimento, transferências, dúvidas, reclamações serão prestadas pelo serviço de Ouvidoria e Assistência Social.

Informações Gerais

As instruções gerais serão apresentadas aos pacientes e famílias através de painéis informativos, de fácil visualização e entendimento, na recepção geral do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã**
e em outros setores conforme necessidade.

P. M. A
Fls. 315
Ass.

Algumas informações que serão disponibilizadas:

- ✓ Não é permitido FUMAR nas dependências do PS / Unidade (Lei Federal nº. 9.120/80);
- ✓ Não será permitida a entrada de alimentos para pacientes e/ou acompanhantes;
- ✓ É proibida a entrada de pacientes e/ou acompanhantes trajando roupas curtas, decotadas ou transparentes;
- ✓ Lavar as mãos antes e após contato com pacientes;
- ✓ O manuseio de equipamentos deve ser feito apenas pela equipe médica ou de enfermagem.

3.2.1.1.1 LOCAIS ONDE SE EFETUARÁ AS INFORMAÇÕES

Informações gerais e da recepção serão prestadas na recepção do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã** Informações de estado clínico do paciente serão prestadas nos locais de atendimento, de forma reservada.
Informações da Ouvidoria e Assistência Social serão prestadas em sala própria para esta finalidade (Sala de Atendimento Social).

3.2.1.1.2 HORÁRIOS E FREQUÊNCIA

Por se tratar do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã as** informações serão prestadas em tempo integral, de acordo com o fluxo de atendimento. Ou seja, Recepção, equipe médica e equipe de enfermagem, Assistência Social e Ouvidoria, tantas vezes quantas forem necessárias.

Sistema de Sinalização

Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã contará com um sistema de sinalização que permita a adequada localização dos setores, bem como indicação dos acessos permitidos e limitados aos usuários. No sistema de sinalização, apresentado através de placas indicativas contendo informações escritas e com ícones de identificação, contará com identificação dos setores e das salas na parte frontal, facilitando a visibilidade.

P. M. A
Fls. 156
Ass.

3.2.1.1.3 IMPLANTAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

O consentimento informado é um documento que tem por finalidade oficializar a aceitação do paciente ou representante legal do mesmo, acerca do tratamento específico ou experimentação, o referido termo deve ser realizado por pessoa autônoma e capaz, a decisão deve ser tomada após processo informativo e deliberativo salientando todos os riscos de tratamento, trata-se de um direito do paciente que inclusive quando desrespeitado ou mal conduzido pode trazer consequências na área jurídica.

O termo de consentimento informado é obrigatório de acordo com a Resolução 196/96- Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos com a lei n°8.078/90- dispõem sobre a proteção do consumidor e dá outras providências, o Código Civil Brasileiro e a Resolução 1.246/88- Dispõe sobre o Código de Ética Médica.

Procedimentos para a implantação do Termo de Consentimento Informado:

1. Manter o paciente informado sobre o procedimento e ou tratamento a ser realizado de acordo com grau de conhecimento e as condições clínicas e psíquicas do mesmo;
2. Proceder a abordagem sobre dados diagnósticos, prognóstico, tratamentos que serão efetuados assim como dos riscos anexos, benefícios e alternativas existentes;
3. A informação deve ser fornecida de forma oral e escrita;
4. Deve haver certeza de que houve compreensão das informações descritas e disponibilizar quantas vezes for necessária releitura do termo e explicações orais.

3.2.1.1.4 INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÕES DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS DE CONTROLE DE RISCO PARA AS VISITAS AOS USUÁRIOS

Finalidade

Estabelecer procedimentos para controlar a entrada de visitas aos pacientes internados e de seus respectivos acompanhantes.

Âmbito De Aplicação

Todos os colaboradores, pacientes, acompanhantes, religiosos (Pastoral), visitantes e principalmente aos setores de enfermagem, Serviço Social, Serviço de Recepção e as Portarias **da Unidade.**

P. M. A
Fls. 137
Ass.

Fundamentação Legal

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1998. Título VIII – Da Ordem Social (art. 193 a 232) – Seguridade Social.
- Lei nº 8.069, de 13/07/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
- Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.
- Política Nacional de Pessoa Portadora de Deficiência – 7.853/89 e Decreto 3.298/99
- Lei nº 10.741, de 01/10/2003 – (Estatuto do Idoso).
- Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – Ministério da Saúde: 2006.

Conceitos Básicos

Acompanhante: Considera-se acompanhante a pessoa pertencente ou não à família do paciente, a princípio escolhida sempre pelo próprio, exceto se não se encontrar em condições para isto. O acompanhamento familiar contribui muito na preparação da alta do paciente, e consequentemente na continuidade dos cuidados.

Visitante: Considera-se visitante pessoa da família ou que tenha algum tipo de vínculo com o paciente.

Colaboradores: Pessoas que contribuem com a missão e visão do PS (servidores, professores, residentes, voluntários, discentes e funcionários de empresas terceirizadas).

Conforto Espiritual: Atendimento prestado por religiosos aos pacientes internados. Com espaço para todos os credos religiosos, indistintamente, desde que os mesmos respeitem as normas básicas de boa conduta e os pacientes internados.

Normas

Direito à Visita

Todo paciente internado tem o direito de ser visitado diariamente, nos horários previamente determinados, desde que não haja restrições.

Horário e Número de Visitantes

Sala Vermelha

10h00 às 11h00

14h00 às 15h00

21:00 às 22:00

P. M. A
Fls. 318
Ass.

Para cada um dos horários acima estabelecidos será permitido 1 (um) visitante por vez, limitando-se a 4 (quatro) visitantes.

Pacientes Internados nas Observações (Adulto e infantil/Masculino e Feminino)

10h00 às 11h00

14h00 às 15h00

É permitido 1 (um) visitante por vez, sem limite de visitantes.

3.2.1.1.4.1 ACESSO DOS VISITANTES

Critérios para liberar a entrada:

a) Apresentar documento de identificação com foto (RG, Carteira de Motorista, etc.);
b) ser maior de 12 anos, as exceções serão avaliadas e autorizadas pelo pela enfermeira da Unidade;
c) não estar trajando roupas inadequadas (sem camisa, roupas transparentes, minissaia, decote avantajado, bermuda, camiseta sem manga, etc.);
d) não estar portando gêneros alimentícios;
e) não apresentar sintomas de embriaguez ou utilização de drogas ilícitas;
f) não estar fumando;
g) não estar abalada emocionalmente de forma a prejudicar o paciente internado;
h) portar etiqueta de identificação adequada à unidade de acesso;
i) estar com calçado fechado quando a visita for destinada a UTI.
j) não trazer cigarros, bebidas alcoólicas ou drogas, bem como bolsas, celulares, sacolas, entre outros, para o PA.

Obs.: No caso de presidiário/custodiado internado, acompanhado/escoltado por policiais, fica a critério de autoridade policial a autorização para o paciente receber visita.

Uso de etiqueta de identificação

a) Portar etiqueta de identificação (fornecido pela recepção) à altura do peito em local bem visível.
b) Objetivando um melhor controle, somente será permitida a entrada da 2ª visita e das demais sucessivamente após a saída do visitante anterior, com a devida etiqueta devolvida e dada baixa em sistema informatizado.

P. M. A
Fls 519
Ass.

Medidas de Orientação

a) É de responsabilidade da equipe de enfermagem realizar as orientações cabíveis para acesso de visitantes e acompanhantes nos leitos, principalmente no que diz respeito à higienização das mãos/antebraços e utilização de vestimenta conforme rotina de cada setor.

b) É proibida a realização de procedimentos hospitalares por visitantes e acompanhantes, mesmo que este tenha conhecimento para tal.

Obs.: Fica a critério da equipe multidisciplinar da unidade verificar a necessidade de os acompanhantes realizarem procedimentos hospitalares sob supervisão, para:

orientação de alta; verificação de procedimentos domiciliares e, portanto, necessitam treinamento hospitalar durante a internação; demais providências necessárias à plena recuperação do paciente.

Em todos os casos caberá ao enfermeiro responsável pela unidade a autorização final.

c) A dieta oral poderá ser oferecida pelo acompanhante em situações extraordinárias, com autorização, orientação e responsabilidade do enfermeiro responsável pela unidade e/ou casos estabelecidos pelo Estatuto do Idoso ou da Criança.

Orientação do Quadro Clínico

a) As informações médicas serão transmitidas somente pelo médico assistente sempre pessoalmente e nos horários de boletim médico (não serão passadas informações clínicas por telefone).

b) O enfermeiro responsável pela unidade deverá integrar à equipe multiprofissional que cuida do paciente e prestar informações sobre o cuidado e os procedimentos realizados durante a internação deste.

Das Proibições

a) Fica terminantemente proibida a entrada de acompanhantes/visitantes com qualquer espécie de alimento.

Observações:

Em situações especiais deverá ser solicitada autorização do Serviço de Nutrição e Dietética, o qual fará a avaliação adequada e fornecerá, conforme o caso, uma autorização formal (por escrito);

A solicitação somente poderá ser realizada no horário de visita, na Recepção ou na própria enfermaria.

b) É terminantemente proibido tirar fotos ou realizar filmagens nas dependências da Unidade, seja com celular, máquina fotográfica, filmadora outro equipamento.

c) Visitar outros leitos e ficar circulando pelos corredores da Unidade

d) Acesso de visitantes com qualquer tipo de doença infecciosa (gastroenterite, respiratório, entre outras), dermatites, abscessos.

P. M. A
Fls. 1320
Ass.

Observações:

e) É terminantemente proibido lavar roupas pessoais ou dos pacientes, na enfermaria, ou mesmo a secagem nas dependências/enfermaria, ou hospital.

f) É proibido sentar-se nos leitos dos pacientes.

g) Falar em voz alta e fazer barulho excessivo.

h) Fumar em qualquer dependência do hospital.

i) Fechar as portas das enfermarias.

3.2.1.1.4.2 DIVERSOS

Direito/Revezamento entre Acompanhantes

a) O paciente terá direito a um acompanhante, segundo determina a legislação (Estatuto do Idoso, ECA, entre outras), ou de acordo com determinação da equipe multiprofissional.

Observações:

Revezamento entre acompanhantes deverá ser realizado nos horários das 06h00 às 08h, 12h30 às 13h00 e das 18h00 às 19h00;

Acompanhante só deverá sair nos horários estabelecidos no regulamento interno;

Em situações extraordinárias, fica a critério da equipe multiprofissional responsável pela unidade liberar o revezamento em outro horário;

O revezamento deverá ocorrer na Recepção Principal.

b) É vetado acompanhante em unidades de terapia intensiva ou de isolamento, a não ser que haja autorização expressa, com as devidas justificativas da equipe multiprofissional, a qual deverá orientá-lo.

3.2.1.1.4.2 ACESSO DOS ACOMPANHANTES:

Caso o acompanhante/visita extra não possua autorização, informar a sua presença ao enfermeiro responsável pela unidade e ao Serviço Social;

a) Identificar o visitante/acompanhante:

No caso de visita normal registrar os dados de todos os visitantes, para cada paciente internado em sistema informatizado para a liberação do mesmo;

No caso de substituição de acompanhante e/ou de visita extra (horário diferenciado autorizado pelo enfermeiro responsável ou acompanhado pelo assistente social após contato prévio com a enfermagem), registrar em sistema informatizado para a liberação do mesmo;

P. M. A
Fls. 321
Ass.

Orientar o visitante de que somente poderá ter acesso (conversar) com os enfermeiros dentro do horário de visita;

b) Após a identificação do visitante, entregar a etiqueta de identificação do visitante ou acompanhante;

c) Encaminhar os visitantes aos porteiros para liberação da entrada.

Do Visitante/Acompanhante

a) Para que acompanhantes e visitantes possam entrar no PS será necessário apresentar o documento de identidade na recepção da portaria principal, identificação do mesmo através de sistema informatizado. O visitante/acompanhante estará recebendo um crachá de identificação para sua entrada;

b) Seguir as normas e rotinas previstas nesta Norma e as orientações oferecidas pelos colaboradores do PA.

c) Utilizar permanentemente etiqueta de identificação, trazendo-o à altura do peito, em local bem visível. **Obs.:** DEVOLVER O CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO, AO SAIR DO PA.

d) Não fumar nas enfermarias e corredores. Existem locais apropriados para isso.

e) Não trazer alimentos de fora, pois a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde de cada paciente.

f) Sempre que necessário, lavar as mãos e ter outros procedimentos de higiene, para evitar a infecção hospitalar.

g) Não tocar nos aparelhos, a não ser que seja solicitado ou autorizado por alguém da equipe médica ou de enfermagem.

h) Cuidar de sua higiene pessoal, para evitar a contaminação no ambiente hospitalar.

i) Preocupar-se com os seus pertences, pois a Unidade não se responsabiliza por eles, em caso de furto, sumiço, etc.

j) Não interferir no tratamento do paciente, pois a equipe do PS está sempre fazendo o melhor para ele.

k) Respeitar os direitos dos outros pacientes, especialmente os que estão internados no mesmo ambiente, evitando barulho ou desordem.

l) Sair das dependências do PS dentro dos horários previstos nesta Norma.

m) Não usar celular para ligações ou realizar fotografais ou filmagens durante as visitas ou durante o atendimento ao paciente.

n) Evitar fazer visitas ou acompanhar paciente se estiver doente.

o) Evitar andar em outras alas ou enfermarias.

O acompanhante deverá evitar sair do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã**

P. M. A
Fls. 521
Ass.

3.2.1.1.5 PROPOSTA PARA A IMPLANTAÇÃO DE ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES

Na visão ampliada de saúde, cuidar é um conceito abrangente que, para além dos tratamentos biomédicos, aponta para a criação de um ambiente que permita à pessoa doente ou hospitalizada a descoberta ou a releitura do sentido e do valor de sua existência para aqueles que a rodeiam e para si. O cuidado gera segurança e confiança, possibilita que a pessoa reencontre e manifeste a sua vitalidade, favorecendo a eficácia dos tratamentos. Remeter a pessoa a esse estado é o principal objetivo do cuidar.

Do ponto de vista fisiológico, a visita e o acompanhante estimulam a produção hormonal no paciente, diminuindo o seu estado de alerta e a ansiedade frente ao desconhecido, trazendo mais serenidade, confiança e, em consequência, uma resposta mais positiva aos tratamentos. Assim, tudo que vier dos territórios afetivos e permitir essa afirmação íntima pode contribuir para o seu tratamento, principalmente se o paciente for idoso, criança, adolescente ou portador de necessidades especiais.

3.2.1.1.5.1 MANUAL DE CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES DE USUÁRIOS IDOSOS E PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS E VULNERÁVEIS

Apresentação

O presente manual define as formas de acomodação e a conduta para os acompanhantes de pacientes idosos e portadores de necessidades especiais, conforme a legislação.

Objetivo

Oferecer aos pacientes idosos, crianças e portadores de necessidades especiais um atendimento humanizado e de qualidade, visando uma recuperação mais rápida, na medida em que os mesmos se sintam acolhidos não só pela equipe multiprofissional, como também por seus familiares e/ou responsáveis.

Seguem abaixo instruções de formas de acomodação e a conduta para os acompanhantes dos pacientes acima citados, conforme a legislação:

Todos os pacientes idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais terão na Instituição um atendimento humanizado e de qualidade, visando uma recuperação mais rápida, na medida em que os mesmos sintam-se acolhidos não só pela equipe multidisciplinar, como também por seus familiares e/ou responsáveis, ou seja, reconhecendo no passado, excelência no presente e futuro, priorizando o bem estar do cliente e dos profissionais que atuam com seriedade nas relações, transparência e ética, satisfação do cliente, responsabilidade social, qualidade, disciplina, austeridade, motivação, crescimento profissional e promoção humana;

P. M. A
Fls. 523
Ass.

Será mantida a inserção social do doente durante o período de observação, permitindo a ele a presença de um familiar para recebê-lo;

Todo paciente que tenha idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, crianças e adolescentes têm direito a um acompanhante, estando ele em observação ou nos atendimentos ambulatoriais, conforme legislação: Lei nº 10.741 De outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), Lei nº 8.069 De julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) e Lei nº 7853 de 24 de outubro de 1989 (Portador de Necessidades Especiais);

O acompanhante será orientado quanto às normas da Instituição e poderá permanecer em período integral;

A equipe orientará os familiares e/ou responsáveis quanto ao seu papel de cuidadores que será também acolhido de forma humanizada por toda equipe multidisciplinar;

O paciente poderá optar pelo acompanhante que desejar;

O acompanhante participará também na recuperação do paciente, no sentido de comunicará equipe alterações no quadro clínico;

O acompanhante terá acesso às informações referentes a seus pacientes;

Será assegurado ao acompanhante uma cadeira ao lado de seu paciente, tanto no consultório médico, quanto na observação;

O acompanhante deverá usar uma etiqueta de identificação fornecida pela recepção;

O familiar ou responsável deverá acompanhar o paciente em remoção para outra unidade de saúde;

A presença do acompanhante é de extrema importância para a recuperação do paciente;

O acompanhante deverá ter mais que 18 (dezoito) anos;

Deverá permanecer ao lado de seu paciente, evitando circular em outras dependências da Instituição;

Não será permitida a entrada de alimentos e lanches.

Os objetos pessoais dos pacientes serão entregues aos responsáveis devidamente protocolados.

No caso de o paciente estar sozinho, seus objetos pessoais ficarão sob a guarda do serviço de segurança até a chegada do responsável;

O acompanhante deverá evitar barulho excessivo, respeitando o ambiente;

O acompanhante deverá seguir as normas e poderá acompanhar seu paciente na observação, em período integral. Desta maneira, o espaço será percebido pela pessoa doente e seu acompanhante como um lugar seguro quando nele os profissionais de saúde atuam como promotores e guardiões da integridade da vida.

Todo paciente que tenha idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e portadores de necessidades especiais têm direito a um acompanhante, estando ele internado ou em observação.

O acompanhante será orientado quanto às normas hospitalares e poderá permanecer em período integral.

P. M. A
Fls 324
Ass.

Será garantido para o acompanhante as duas refeições (almoço e jantar), exceto os acompanhantes de pacientes pediátricos onde será garantido três refeições (café da manhã, almoço e jantar).
A troca do acompanhante poderá ser feita diariamente nos horários das 06h00 às 08h00, 12h30 às 13h00 e das 18h00 às 19h00.

3.2.1.1.6 POLÍTICA DE DIREITOS E DEVERES DOS PACIENTES E FAMILIARES FINALIDADES

Definir os direitos e responsabilidades dos pacientes e familiares.

Descrição

A Instituição reconhece sua responsabilidade na definição e divulgação de diretrizes que protejam os direitos e assegure, mas responsabilidades do paciente e de seus familiares. Desta forma, com base nas leis e regulamentos vigentes, bem como calcada nos valores de seu próprio Código de Ética, a Instituição adota a lista abaixo como norteadora daquilo que identifica como direitos e responsabilidades de seus usuários.

Direitos dos Pacientes e Familiares

- Receber atendimento digno, atencioso e respeitoso, sem qualquer preconceito ou discriminação;
- Ser identificado por nome completo e data de nascimento e tratado pelo seu nome e não de modo genérico, ou pelo nome de sua doença, úmero, código ou qualquer outra forma desrespeitosa ou preconceituosa;
- Poder identificar através do crachá com fotografia, nome e departamento a que pertence.
- Receber informações sobre as normas da instituição de proteção de seus pertences pessoais
- Tem direito a receber informações claras, simples e compreensivas, por parte da equipe que o assiste, adaptadas à sua condição cultural, a respeito de seu diagnóstico, opções terapêuticas e riscos envolvidos;
- Receber informações sobre medicamentos que lhe serão administrados, bem como procedência de sangue e hemoderivados, antes de 11ecebe-los;
- Receber tratamento hospitalar adequado para controlar e minimizar dores físicas; de acordo com diretrizes ou protocolos clínicos da instituição.
- Consentir ou recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, de forma livre e voluntária, após receber adequada informação, desde que não esteja em risco de vida; no caso de impossibilidade de expressar sua vontade, o consentimento deve ser dado, por escrito, por seus familiares ou responsáveis;

P. M. A
Fls. 525
Ass.

- Ter acesso ao seu prontuário de acordo com a legislação vigente e conforme as normas da instituição. O prontuário deve incluir o conjunto de documentos e informações padronizadas sobre o histórico do paciente, princípios e evolução da doença, condutas terapêuticas e de mais anotações clínicas;
- Ter resguardado a confidencialidade de todo e qualquer informação, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete risco a terceiro ou à saúde pública.
- Receber ou recusar assistência psicológica e religiosa;
- Ter valores éticos e culturais;
- Ter garantida a sua segurança, individualidade, privacidade, integridade física, psíquica e moral; para tanto, o paciente tem direito a manter sua privacidade, com atendimento em lugar adequado e conduta profissional que resguarde esta privacidade;
- Ter assegurados, em se tratando de crianças e adolescentes, indivíduos deficientes ou idosos, seus direitos de acordo com a legislação vigente e política da instituição;
- Ter o direito de acompanhante de sua escolha durante todo o período da internação, de acordo com as normas da instituição,
- Ser estimulado a participar de todas as decisões sobre seus cuidados, tendo a garantia que a equipe que o assiste fornecerá informações e esclarecimentos acerca de dúvidas, resultados do cuidado e do tratamento, bem como resultados não previstos.
- Poder indicar familiar ou responsável para tomar decisões a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos inclusive no que se refere a tratamentos, cuidados e procedimentos e medidas de ressuscitação ou outros tratamentos de sustentação da vida, aplicável a maiores de 18 anos ou legalmente antecipados;
- Expressar suas preocupações ou queixas para direção da Instituição, através de Serviço de Ouvidoria e receber informações e esclarecimentos pertinentes, de acordo com suas normas e regulamentos;
- Solicitar segunda opinião médica em relação ao seu diagnóstico ou tratamento e, se desejar, substituição do médico responsável pelo seu atendimento, conforme política da instituição;
- Ter a assistência respeitosa e com compaixão no fim da sua vida e ser tratado com dignidade e respeito após sua morte e não ter nenhum órgão ou tecido retirado de seu corpo sem sua previa autorização, de sua família ou do responsável legal;

P. M. A
Fls 526
Ass.

Responsabilidades e Deveres dos Pacientes e Familiares

- Dar informações completas e precisas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias, uso de medicamentos ou substâncias que provoquem fármaco dependência, procedimentos médicos pregressos e outros problemas relacionados à sua saúde;
- Seguir as instruções recomendadas pela equipe multiprofissional que assiste o paciente, sendo responsável pelas consequências de sua recusa;
- Conhecer e respeitar as normas e regulamentos do Hospital,
- Zelar e responsabilizar-se pelas instalações da Instituição colocadas à sua disposição
- Respeitar os direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviços da Instituição, tratando-os com civilidade e cortesia, contribuindo no controle de ruídos, número e comportamentos de seus visitantes;
- Ser responsável por toda e qualquer despesa incorrida durante a internação e/ ou atendimento ambulatorial ou indicar o responsável legal e financeiro pelo seu tratamento hospitalar, informando ao Hospital sobre quaisquer mudanças nesta indicação;
- Respeitar a proibição do fumo, extensivo aos seus acompanhantes e visitantes, conforme a legislação vigente;
- Em se tratando de crianças, adolescentes ou adultos considerados incapazes, as responsabilidades acima relacionadas, deverão ser exercidas pelos seus responsáveis legais, devidamente habilitados.
- Na internação é oferecido ao paciente e/ ou seu familiar responsável, um guia com informações sobre os serviços e funcionamento do hospital e que contém a lista completa dos Direitos e Responsabilidades. A referida lista também pode ser facilmente acessada em quadros informativos distribuídos em locais de fácil visualização, tanto para funcionários quanto para pacientes e familiares.

Quando algum direito for ferido ou responsabilidade não cumprida, o líder da unidade buscará garantir sua adequação, enquanto representante da instituição. Em última instância, tanto pacientes e familiares, quanto à própria instituição, contam com o auxílio do Ouvidoria, que fará interface.

P. M. A
Fls 527
Ass

3.2.1.2 ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA

3.2.1.2.1 DEFINIÇÕES

Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Ou seja, o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades. Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas ("há acolhimentos e acolhimentos"). Em outras palavras, ele não é, *a priori*, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas. Partindo dessa perspectiva, podemos pensar em modos de acolher a demanda espontânea que chega às unidades de Pronto Atendimento

3.2.1.2.1.1 AVALIAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE

Avaliação de risco e vulnerabilidade

A fila e a cota de "consultas do dia" (senhas limitadas), além de submeterem as pessoas à espera em situação desconfortável e sem garantia de acesso, são muitas vezes o contrário do princípio da equidade, na medida em que o critério mais comum de acesso, nesses casos, é a ordem de chegada.

Dessa forma, o acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea. A equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas.

Mas é importante garantir espaços mais reservados para escuta e identificação de riscos, como o atendimento individual de enfermagem. Tanto porque o limiar de dor e o modo de manifestação de sofrimento variam entre as pessoas (nem sempre o risco é facilmente reconhecível), quanto porque há situações em que a exposição pública do sofrimento (ou do motivo da procura) intimida ou desrespeita os usuários.

P. M. A
Fls. 528
Ass.

A estratificação de risco vai orientar não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer.

O acesso com equidade é uma preocupação constante do **ISSSL** no acolhimento à demanda espontânea. A equidade, como um princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo diferenciações injustas e negativas e evitando iatrogenias devido à não observação das diferentes necessidades.

A estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades orientarão não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer. É necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento após a primeira escuta, a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção imediata se faz necessária. Por outro lado, é importante priorizar o atendimento de alguns casos, sob pena de manter a pessoa em sofrimento por tempo prolongado.

Mas não basta olhar o risco em termos biológicos. É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas, e que o acolhimento representa grande oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado – pois é um momento em que o usuário está buscando ajuda e, em geral, está mais aberto e com a intenção de criar algum diálogo com a equipe de saúde.

Em alguns casos, a competência técnica, o bom senso e a sensibilidade são suficientes para avaliar os casos atendidos, considerando o risco e a vulnerabilidade. No entanto pode haver dificuldades na estratificação, seja de cunho técnico, seja em termos da aceitação/suporte pelos colegas de trabalho.

Por isso, é importante que a(s) equipe(s) discuta(m), que haja troca de conhecimentos, que sejam pactuados critérios e sinais que sirvam de subsídios para a classificação do risco, bem como para o entendimento e o acolhimento das situações de vulnerabilidade (que, muitas vezes, requer exceção ao que está padronizado).

Tem sido cada vez mais comum, principalmente nos serviços de urgência-emergência, a adoção de protocolos de estratificação de risco. A utilização de tais protocolos, e de suas respectivas escalas, tem impacto importante na qualidade do acesso destes serviços.

De forma geral, esses protocolos tentam fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade, oque, consequentemente, permite que haja impacto na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais, que, se não atendidas como prioridade, podem levar à morte, como, por exemplo, a crise anafilática.

Estes protocolos podem ser uma referência, mas necessariamente precisam ser ressignificados reajustados. De forma bastante evidente, a combinação do olhar sobre riscos e sobre vulnerabilidades. Destacamos algumas questões concretas que diferenciam outros pontos em relação ao uso de protocolos de estratificação de risco:

P. M. A
Fls 599
Ass.

– A presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade (riscos sociais ou subjetivos) pode requerer intervenções no mesmo dia, agendamento para data próxima ou construção de projeto terapêutico singular em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo.

– Pode haver necessidade de mais de um tipo de intervenção (oferta de cuidado) no mesmo dia ou de programar outra(s) intervenção(ões). Por exemplo, uma criança com febre de 38,5 graus e dispnéia leve e com dificuldade de acompanhar a escola, pode receber os primeiros cuidados pelo enfermeiro antes de ser avaliada pelo médico (combinando previamente) e ainda ter sua continuidade de cuidado garantida para verificação da dificuldade escolar em momento posterior.

– Ainda, há situações não previstas, como um dia em que a quantidade de atendimentos está abaixo do esperado e os profissionais podem preferir atender pessoas que, em outros momentos de maior demanda, seriam agendadas para atendimento posterior. Isso otimiza a agenda, responde mais rapidamente às necessidades e pode aumentar a vinculação.

Escutar a avaliação que os usuários fazem da sua situação é uma atitude de respeito e de apoio à construção de mais autonomia. Em outras palavras, a avaliação de risco e vulnerabilidade deve ser preferencialmente, um processo dialógico, não unilateral. Isso contribui para o autocuidado, assim como para a solidariedade entre os usuários.

O adoecer tem diferentes significados para cada usuário. A manifestação do sofrimento também varia de usuário para usuário, pois apresentam diferentes capacidades de lidar com os problemas (físicos, mentais, sociais). Acolher é o início de um projeto terapêutico, mas também o início (ou continuidade) de uma relação de vínculo.

Enfim, ao atentar para a vulnerabilidade, é importante também considerar se é um momento oportuno de intervenção (p. ex., percepção de situações de violência ou negligência, baixa adesão etc.), se é um problema de magnitude no território etc.

Vale destacar a importância de um bom registro das informações de atendimento, e a utilização dessas informações para perceber mudanças de padrões/frequência do usuário na demanda espontânea, seja em âmbito individual ou coletivo. É fundamental o registro adequado em prontuário e atenção na notificação das doenças previstas na legislação.

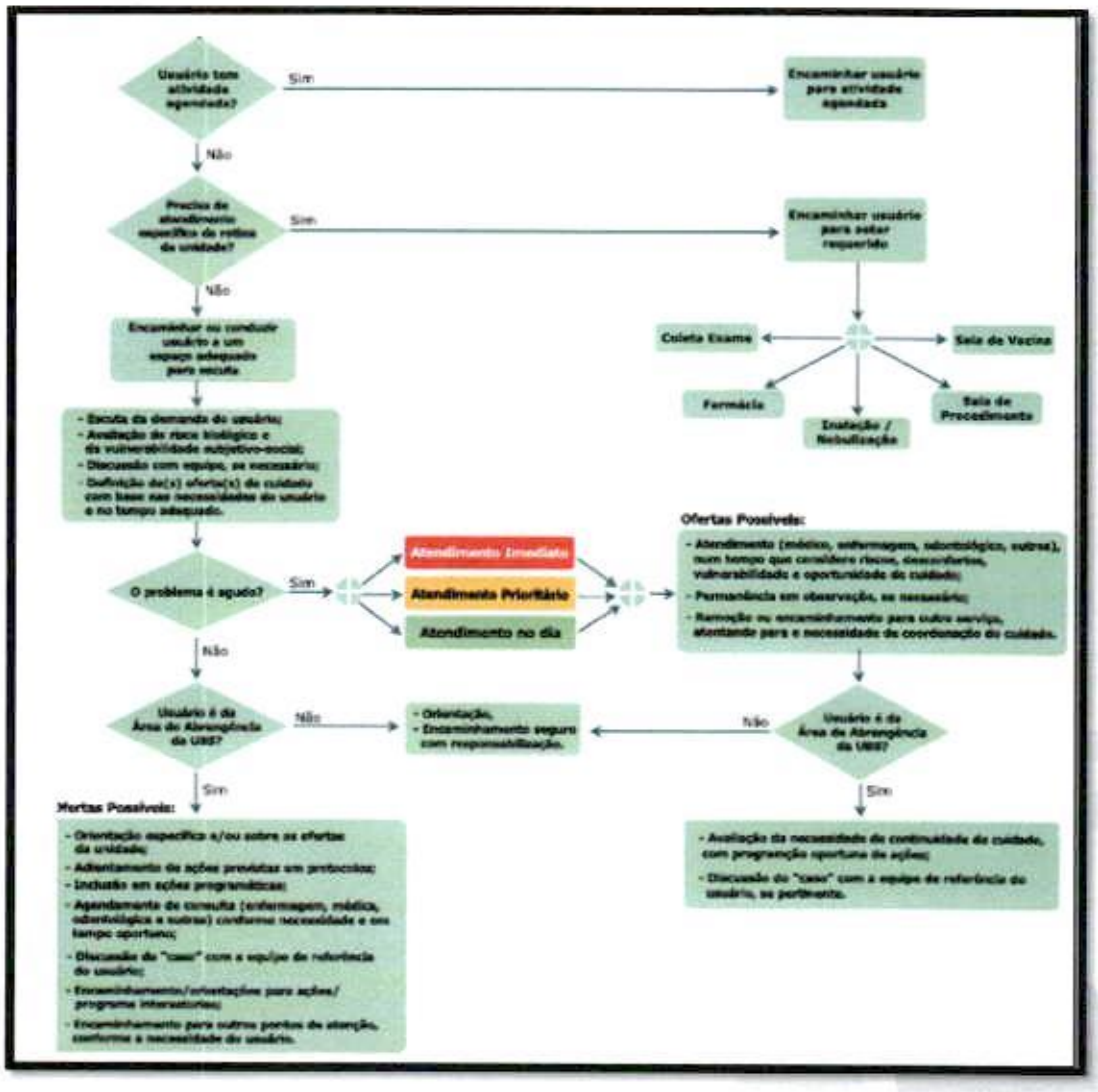
Além da notificação compulsória das doenças, o acolhimento às demandas espontâneas é uma excelente oportunidade para integrar a atenção individual à atenção coletiva, em especial nas atividades de vigilância em saúde. A demanda livre é potencialmente sensível para a captação de agravos e de necessidades.

P. M. A
Fls 530
Ass.

Considerando todos os aspectos e peculiaridades da saúde apresentados acima, sugerimos, em seguida, uma classificação geral e sintética dos casos de demanda espontânea, onde se correlaciona a avaliação de risco e vulnerabilidades aos modos de intervenção necessários.

Em relação à definição de intervenções segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidades), sugere-se classificá-las em "Não Agudo" (intervenções programadas) e "Agudo" (atendimento imediato, prioritário ou no dia).

3.2.1.2.1.2 FLUXO DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTO



P. M. A
Fls 321
Ass.

3.2.1.2.1.3 DEMANDA ESPONTÂNEA

Acolhimento e Classificação de Risco

A partir das experimentações de implementação, descrevemos algumas proposições para as equipes e gestores do **Hospital Municipal Santo Antônio** que poderão orientar o desenvolvimento desta diretriz e dispositivo no serviço de saúde. Trata-se de algumas sugestões que deverão ser discutidas entre os atores envolvidos no trabalho em saúde visando encontrar os melhores caminhos que levem a adequações à realidade de cada local e à qualificação dos processos de atenção e gestão assegurando acesso e resolutividade.

Distribuímos em cinco etapas que se interligam no processo de implementação de modo que não deverão ser vistas de modo "engessado". São, portanto, adaptáveis as realidades de cada local.

1 - Decisão política-institucional, mobilização e participação: o envolvimento de todos na pactuarão da proposta de atendimento Hospital Municipal Santo Antônio

Um dos primeiros movimentos para o processo de implantação trata-se da decisão política-institucional dos gestores de saúde de constituir com o conjunto da equipe de gestores e trabalhadores de saúde uma proposta e plano de ação.

A dimensão coletiva desta proposta é fundamental para o seu êxito.

Algumas ações:

1. Construção de espaços coletivos para ampliar a capacidade de análise dos atores envolvidos (quais nossos problemas? Superlotação da porta? Tempo de espera no PA?), nas respectivas instâncias: Grupo de Trabalho de Humanização, Colegiado de Gestão da Unidade, Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar, Conselhos de Saúde e Grupos Condutores de Urgência;

2. Apoio do Grupo Condutor da Rede de Urgências e Emergências de modificar o modelo de atendimento da Porta de Entrada;

5. Envolvimento dos conselhos e entidades de classe (Médico, Enfermagem e outros) em busca de apoio ao novo modelo de atendimento;

4. Sensibilização dos gestores, gerentes, chefes, dirigentes, demais trabalhadores e usuários dos sistemas de urgência e emergência e atenção hospitalar, em todos os níveis de atenção e gestão locais, através de encontros amplos e abertos, para construir a adesão ao processo de construção de Rede;

5. Constituição de um Grupo de Trabalho (GT) para fomentar a implementação que poderá ser composto por enfermeiros, médicos, gerentes, gestores, administradores, demais profissionais de saúde envolvidos, representantes dos Conselhos de Saúde e representantes dos usuários.

P. M. A
Fls 592
Ass.

2. Acolhimento e Classificação de Risco como dispositivo organizacional das portas de Urgência

O Acolhimento e Classificação de risco é um dispositivo de organização dos fluxos, com base em critérios que visam priorizar o atendimento aos usuários que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade e ordenar toda a demanda. Ele se inicia no momento da chegada do usuário com a identificação da situação/queixa ou evento apresentado por ele Ambiência: O cuidado em saúde de forma integral, resolutiva e acolhedora prevê uma reinvenção da ambiência com oferta de espaços que não separe a produção de saúde da produção de sujeitos.

Neste sentido, os espaços devem ser pensados de forma que busquem aliar conforto, segurança, resolutividade, e favoreça as relações do sujeito, estimulando o encontro consigo mesmo e com o outro.

Assim, os espaços devem facilitar o fluxo e a comunicação no cotidiano do trabalho. O grande desafio é a composição de áreas que atendam às necessidades e demandas dos usuários, gestores e trabalhadores, produzindo bem-estar e otimização dos processos de trabalho. Assim, a ambiência vai muito além do espaço físico. Pressupõe por arranjos espaciais singulares, incorporando uma visão ético-estético-política, que favorece o acesso, a boa acolhida, a resolutividade dos processos de trabalho, a conversação e a produção coletiva. Os espaços deste modo devem respeitar a privacidade, os direitos dos usuários, a autonomia e os valores culturais.

Na implementação do Acolhimento e Classificação de Risco, a composição espacial sugerida é organizada por áreas que identifiquem os níveis de risco dos usuários atendidos e as prioridades de atendimento.

Nessa direção, os espaços devem ser desenvolvidos pelo menos em 5 níveis de cuidado, identificados com diferentes cores, de acordo com a clínica do usuário e os processos de trabalho demandados.

Organização dos fluxos de atendimento:

Eixo da Emergência: área de atendimento em que se exigem intervenções médicas imediatas e assistência especializada.

São atendidos nesta área os pacientes com a CR:

Vermelha (emergência)

- São pacientes com risco imediato de morte e que necessitam de atendimento médico imediato.
- As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e o paciente deverá ser transportado/atendido pelo Suporte Avançado do SAMU-192.
- Atendimento nas Salas de Emergência (estabilização).
- **Laranja / Amarelo (urgência)**
- São pacientes com potencial risco de agravo necessitando de atendimento médico mediato e assistência de enfermagem contínua.
- As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e o paciente deverá ser transportado/atendido pela Ambulância de Suporte Avançado do SAMU-192

P. M. A
Fls. 1533
Ass.

Atendimento nas Salas de Emergência (estabilização)

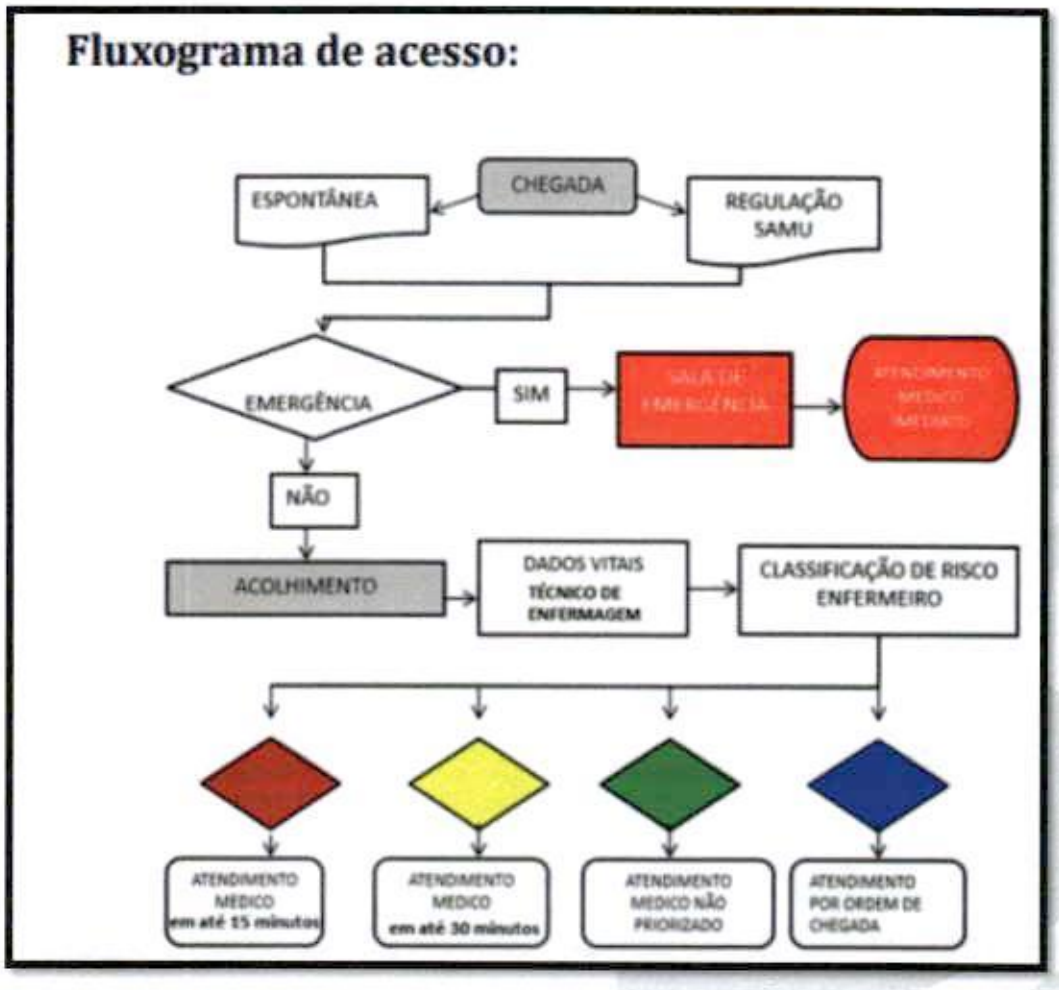
Eixo do Pronto Socorro: área destinada ao atendimento de pacientes em regime ambulatorial não necessitando de leitos de observação. Classificação Amarela (urgência)

- São pacientes que necessitam de atendimento médico mediato nos consultórios.
- O transporte/atendimento será feito pela Ambulância de Suporte Básico -192

Classificação Verde

- Por definição são pacientes sem risco iminente de morte ou de agravo. Serão atendidos por ordem de chegada ou referenciados para as Unidades Básicas de Saúde desde que tenham a garantia do atendimento.
- **Classificação Azul**
- São as demandas por procedimentos de enfermagem como: curativos, troca de sondas, administração de medicamentos ou atendimento a casos crônicos/agendamentos.

Fluxograma de Acesso



P. M. A
Fls 1534
Ass.

3.2.1.3 PROTOCOLO DE MANCHESTER

Protocolo de Manchester é o modelo de classificação de risco utilizado no Brasil, utilizado também em várias partes do mundo, toma como base tanto os níveis de urgência, como sintomas e aspetos mais generalizados, visando otimizar o atendimento em hospitais e Prontos Socorros e diminuir as filas de espera.

O Protocolo de Manchester é usado desde 2008, ganhando seu primeiro uso em Minas Gerais, como um meio de diminuir as enormes filas em hospitais e prontos-socorros que ocorriam na época.

Sua eficiência foi tão grande, que o protocolo recebeu o certificado de acreditação pelo Ministério da Saúde, a Ordem dos Enfermeiros e a Ordem dos médicos, e hoje é utilizado em todos os estados.

Vamos entender todo o funcionamento do Protocolo de Manchester, os tipos de classificação de risco estipulado por eles, e como é possível aplicá-lo, e quais os benefícios de utilizá-lo.

Funcionamento da escala de Manchester

O Protocolo de Manchester foi usado pela primeira vez em 1977, na cidade de mesmo nome, na Inglaterra.

O objetivo do protocolo é criar um sistema de triagem hospitalar mais bem direcionada, e voltada principalmente para os grandes centros de emergência, maternidades, e outras instituições de saúde que recebem uma grande quantidade de pacientes.

Mas obviamente, elas não precisam se restringir apenas aos grandes centros, como veremos mais adiante.

Basicamente, o sistema classifica o paciente em escalas de cores que determinam o grau de urgência nos atendimentos.

Essas classificações são feitas através de pequenos fluxogramas e grupos de sintomas, que facilitam os enfermeiros e profissionais de saúde como um todo determinar qual o tipo de atendimento que o paciente recebe.

Essa discriminação de pacientes, em níveis de necessidades, é de suma importância tanto para o atendimento regular, que envolve acidentes e casos mais leves e moderados, até situações epidêmicas ou com superlotações. O objetivo, sempre, é evitar as longas filas de espera, sobretudo em prontos-socorros e Unidades de Pronto-Atendimento.

O sistema, em sua base, funciona da seguinte maneira:

O paciente é recebido por um atendente na recepção, ou seu acompanhante caso ele não possa por algum motivo. É registrado um prontuário, e encaminhado para um enfermeiro.

P. M. A
Fls 525
Ass.

O paciente é encaminhado a um enfermeiro, que vai fazer algumas perguntas, traçar históricos, e classificar o paciente à partir dos seus fluxogramas em cores. Isso não ocorre apenas em casos de urgências e traumas, em que o paciente é direcionado imediatamente e unidades de acordo.

À partir da identificação de cores, os pacientes possuem um tempo de espera variado. Para casos de extrema urgência, como risco de morte, o atendimento é imediato; para casos mais moderados o tempo varia de 10 até 240 minutos.

Este último exemplo, que pode ir de 2 até 4 horas de espera, parte do princípio que os pacientes estão em condições de saúde estáveis para receberem o devido tratamento. Em alguns casos, eles podem até ser encaminhados para unidades básicas de saúde, ou mesmo alguns consultórios.

Este tipo de protocolo deixa de lado o atendimento por ordem de chegada. Mesmo que este não chega a ser totalmente descartado, a prioridade sempre é o Protocolo de Manchester. Dependendo da quantidade de pacientes, e das discrepâncias entre os níveis de urgência, as filas são utilizadas.

Vejamos como funciona esses níveis de urgência, e como o paciente (e gestores) podem ficar cientes da gravidade de seus sintomas.

3.2.1.3.1 A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PELO PROTOCOLO DE MANCHESTER

Como mencionado anteriormente, o Protocolo de Manchester classifica o grau de urgência no atendimento de pacientes através de fluxogramas e protocolos que os levarão a cores de identificação.

Essas cores estão diretamente ligadas aos tipos de classificação de risco, e nesse aspecto, são mais específicas e até complexas do que outros tipos de classificação de risco, mas que fazem todo sentido.

Vejamos quais são essas cores, e o que elas dizem à respeito dos quadros clínicos.



P. M. A
Fls 536
Ass.

O que é preciso para implementar o Protocolo de Manchester?

Vermelho (Emergência) – O paciente vai precisar de atendimento imediatamente. São quaisquer casos de vida ou morte envolvendo o paciente. Não se pode esperar um instante.

Exemplos de casos: comprometimento de vias nasais; choques; crianças que não reagem a estímulos.

Laranja (Muito Urgente) – Está relacionado a casos que o paciente de atendimento o mais rápido possível. Está relacionado a sintomas mais graves de alguma doença ou acidentes moderados, em que o paciente não pode aguardar muito tempo. O tempo máximo é de 10 minutos.

Exemplos de casos: dificuldade ou incapacidade de formular frases; taquicardia em níveis acentuados; alterações no estado de consciência

Amarelo (Urgente) – Casos de importância e urgência, mas que os pacientes possuem condições clínicas de suportarem a espera. Casos de sintomas moderados de doenças, e acidentes leves, são os mais comuns. Costuma variar de 10 a 60 minutos, de acordo com a demanda do local.

Exemplos de casos: histórico de asma; pressão alta; pressão baixa; dores em demasia.

Verde (Pouco Urgente) – Não é um caso grave, mas que precisa de um atendimento médico direcionado. Ele pode ser resolvido no próprio consultório, sem a necessidade de exames mais específicos. Doenças mais moderadas, bem como sintomas mais generalizados, costumam entrar nessa categoria. O tempo de espera é costuma variar de 60 a 120 minutos.

Exemplos de casos: infecções, luxações, vômitos, fraqueza no corpo.

Azul (Não urgente) – São os casos mais brandos e simples. Sintomas mínimos, consultas e exames de rotina, ou ainda acompanhamentos simples, entram nessa categoria, que são resolvidas apenas nos consultórios clínicos. O tempo de espera pode chegar a 240 minutos.

Exemplos de casos: sintomas leves, porém incômodos em geral, como coceiras, dores leves e febre.

Em todos os casos de atendimentos dentro do Protocolo de Manchester, os pacientes recebem uma pulseira identificando o nível de atendimento de urgência. Para instituições de saúde que atendem pacientes em grandes quantidades, esse e outros tipos de identificações são primordiais.

P. M. A
Fls. 1537
Ass.

Aplicando o Protocolo de Manchester

É obrigatório que os hospitais, clínicas ou consultórios que adotem o Protocolo de Manchester tenham profissionais de saúde capacitados para realizarem os cuidados e fazer a discriminação de acordo dos pacientes.

E neste caso, apenas técnicos de enfermagem podem realizar tais tipos de especializações para trabalhar com o Protocolo de Manchester. Isso se deve ao fato de que os profissionais, além de questionários e domínio dos algoritmos e fluxogramas, utilizam de aparelhos exclusivos da área de saúde.

Termômetros, glicosímetros, oxímetro, relógios para marcar a frequência cardíaca, esfigmomanômetro e estetoscópio são alguns dos exemplos de ferramentas utilizadas para este fim.

A identificação com pulseiras, crachás e outros acessórios similares servem tanto para os enfermeiros em pronto-atendimento, como para os atendentes, que precisam deixar tudo discriminado em seus prontuários online. É a sinergia entre ambos os profissionais que tornará o atendimento em tempos de crise mais dinâmico e fluído.

Existem cursos técnicos específicos para enfermeiros, médicos e profissionais de saúde em geral para se especializarem em atendimentos de urgência e no protocolo de Manchester. Eles podem ser tanto online como presencial, basta uma boa pesquisa.

Profissionais de saúde devem realizar uma média de 16 Classificações de Risco por hora, em que cada sala de atendimento de pacientes nesse estágio é de 1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem. Dadas outras características do trabalho, como horário de almoço e outras necessidade, é importante que o hospital disponha de uma equipe capacitada e treinada.

O ideal é que os profissionais sempre busquem certificados de nível internacional. Além de viabilizar a carreira do profissional fora do país caso seja necessário, ele aumenta a competência do próprio local de trabalho, que pode ganhar outros níveis de acreditação que fazem do local uma referência de seu setor.

Os Benefícios ao utilizar o Protocolo de Manchester

Como ficou claro nas exemplificações e aplicações acima, o Protocolo de Manchester traz benefícios de grande importância para qualquer instituição de saúde em que é aplicado. Mesmo em locais que não há a presença de casos de urgência, o uso do protocolo consegue discernir esses pacientes e trazer tranquilidade para eles mesmos.

P. M. A
Fls. 538
Ass.

Vejamos as vantagens que o seu local de trabalho recebe ao incluir a Escala de Manchester.

Agilidade no atendimento

O maior benefício para os profissionais de saúde. Para locais que possuem atendimentos de urgência, ou que recebem uma quantidade expressiva de pacientes diariamente, um sistema que seja capaz de atendê-los de forma fluida e adequada é de suma importância. Dependendo da especialidade do local, isso pode significar o salvamento de uma vida.

Evita a Superlotação

Ao priorizar casos mais graves, bem como criar filtros de atendimento, e principalmente oferecer uma estimativa de tempo de atendimento aos pacientes, os níveis de superlotação em hospitais e postos de saúde podem diminuir bastante.

Não por acaso, desde a implementação do procedimento em 2008, vários locais passaram a ter filas de espera menores em diversos hospitais. Isso, por si só, diminui a ansiedade e o nervosismo dos pacientes.

Cria padrões de atendimento mais claros para profissionais e pacientes

Não é incomum que pacientes reclamarem do tempo de espera em clínicas e hospitais, mesmo em casos de extrema urgência. Por isso é importante que as instituições de saúde tenham um sistema de classificação de risco como o Protocolo de Manchester.

Com um sistema fixo em prioridades de atendimento, sem levar em conta o dia ou a hora, os pacientes sentem-se seguros de que receberão o devido tratamento, independente de características socioeconômicas.

Pode parecer algo impossível de se imaginar, mas já houveram casos alarmantes o suficiente para que essa dúvida ocorresse em diversas situações.

Aumenta a proteção dos pacientes

Tão importante quanto o conhecimento dos profissionais de saúde, está o entendimento dos próprios pacientes. Um hospital ou clínica que apresente as resoluções de forma clara para seus pacientes pode fazer com que eles próprios saibam como agir em momentos críticos.

Além disso, ao compreenderem a gravidade da própria saúde, os pacientes podem se encaminhar, ou serem encaminhados, para outros consultórios e postos de saúde mais diretos, o que por si só diminui os riscos de superlotações.

P. M. A
Fls. 539
Ass.

Economiza recursos para as instituições de saúde

Mesmo que se relacione com aspectos mais administrativos do hospital, o uso de um sistema de classificação de riscos mais adequado dessa forma ajuda na economia de recursos nos setores de urgência.

Isso se deve ao fato que, ao discriminar os tipos de atendimento de forma direcionada, os hospitais conseguem reduzir os casos de inobservância, que são aqueles decorrentes de um agravamento do quadro devido a falta de atendimento no tempo correto.

O uso de um sistema de gestão hospitalar, e de prontuários eletrônicos, ajuda muito a organizar essas filas de espera de forma ainda mais eficiente.

Existe penalidades por não aplicar o protocolo?

Segundo a legislação, não. Porém, é de suma importância que as instituições de saúde façam uso do protocolo, pois existem outros riscos, seja de saúde ou judiciais, para os casos em que os pacientes não são devidamente atendidos.

De acordo com o previsto no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aprovado pela portaria GM/MS nº 2.048 de 2002, e nas Resoluções do Conselho Federal de Medicina nº 2.077 e nº 2.079 de 2014, nenhum paciente pode ser dispensado sem receber atendimento médico.

Em outras palavras, toda instituição de saúde que receba atendimentos que entrem nas classificações de risco devem ter a estrutura de acordo para que todos os pacientes sejam atendidos.

Caso os pacientes se sintam lesados de alguma maneira, eles podem entrar em contato pelo COREN, ou Conselho Regional de Enfermagem, e deixar uma queixa relacionada ao local ou ao enfermeiro que realizou o atendimento de forma inadequada.

Como é possível observar, o Protocolo de Manchester é uma adição muito bem vinda para os hospitais e clínicas que buscam um atendimento bem estruturado, e com mais condições de atender os pacientes de forma que tanto eles, como os profissionais de saúde, estejam em suas melhores condições.

P. M. A
Fls. 340
Ass.

3.2.1.4 POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes.

Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS hoje ainda enfrenta:

- Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção
- Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado
- Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;

O **ISSSL** avalia que poucos dispositivos de fomento à cogestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;

- Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde.
- Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;
- Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

3.2.1.4.1 A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA TRANSVERSAL NA REDE SUS

O **ISSSL** enxerga que a política de Humanização não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, e por isso implica:

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

P. M. A
Fls. 134
Ass.

Assim, o ISSSL entende que a Humanização como:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das necessidades sociais de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Para isso, a Humanização do SUS se operacionaliza com:

- A troca e a construção de saberes;
- O trabalho em rede com equipes multiprofissionais;
- A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;
- O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- Construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS

3.2.1.4.2 PRINCÍPIOS NORTEADORES

Salientamos, enquanto OSS que os princípios norteadores da política de humanização:

Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);

Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade

Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;

Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;

Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;

P. M. A
Fls 542
Ass.

Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

Marcas

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), o ISSSL trabalha para consolidar quatro marcas específicas:
Serão reduzidos as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;
As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS;
As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores;

3.2.1.4.3 ESTRATÉGIAS GERAIS

A implementação da PNH pressupõe vários eixos de ação que objetivam a institucionalização, difusão desta estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.
No eixo das instituições do SUS, pretende-se que a PNH faça parte do Plano Nacional, dos Planos Estaduais e Municipais dos vários governos, sendo pactuada na agenda de saúde (agenda de compromissos) pelos gestores e pelo Conselho de Saúde correspondente;
No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional;
No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante o compromisso dos gestores com a PNH;
No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersetorialidade;

P. M. A
Fls 1343
Ass.

No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-a aos Pólos de Educação Permanente e às instituições de formação;

No eixo da informação/comunicação, indica-se por meio de ação de mídia e discurso social amplo a inclusão da PNH no debate da saúde;

No eixo da gestão da PNH, indica-se o acompanhamento e avaliação sistemáticos das ações realizadas, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da humanização.

3.2.1.4.4 AÇÕES DE IMPLANTAÇÃO

O ISSSL propõe que os planos municipais de saúde contemplem as estratégias gerais da PNH (agenda de compromissos);

Consolidar e expandir Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) no Ministério da Saúde (referência nacional das ações), nas SES (referência estadual das ações), nas SMS (referência municipal das ações) e nos serviços de saúde, inclusive prestadores e hospitais filantrópicos (referência local das ações);

Selecionar, apoiar e publicar experiências na rede SUS com função multiplicadora;

Instituir sistemática de acompanhamento e avaliação da PNH articulada com outros processos de avaliação do MS (Programa de Avaliação de Serviços Hospitalares, Pactos de Atenção Básica, etc.);

Articular programas e projetos do Ministério da Saúde (Hospital Amigo da Criança, Humanização do Parto, etc.) à PNH, com vistas a diminuir a verticalização e implicando a co-responsabilidade dos gestores estaduais e municipais na implementação da PNH;

Construção e revisão dos contratos/convênios, protocolos e fluxos assistenciais incorporando as diretrizes do PNH;

Implementar campanha nacional da PNH.

3.2.1.4.5 DIRETRIZES GERAIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA PNH

Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;

Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;

Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;

Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;

P. M. A
Fls 544
Ass.

Sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos;
Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável.
Viabilizar participação dos trabalhadores nas unidades de saúde através de colegiados gestores; implementar sistema de comunicação e informação que promova o auto-desenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde;
Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS.
Parâmetros para acompanhamento da implementação
Elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde;
Incentivo às práticas promocionais da saúde;
Formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema efetivadas.

3.2.1.4.6 NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, NOS PRONTO-SOCORROS

Pronto-Atendimentos, Assistência Pré-Hospitalar e outros:
Demanda acolhida através de critérios de avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
Garantida a referência e contrarreferência, resolução da urgência e emergência, provido o acesso à estrutura e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários;
Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito.

3.2.1.4.7 NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Garantia de agenda extraordinária em função da análise de risco e das necessidades do usuário;
Critérios de acesso: identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra- referência;
Otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas, terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação;
Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito.

P. M. A
Fls. 1547
Ass.

3.2.1.4.8 NA ATENÇÃO HOSPITALAR

Neste âmbito, propomos dois níveis crescentes (B e A) de padrões para adesão à PNH:

Parâmetros para o Nível B

Existência de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido;

Garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;

Mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários;

Mecanismos de escuta para a população e trabalhadores;

Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;

Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;

Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra referência.

Parâmetros para o Nível A

Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho implantado;

Garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;

Ouvidoria funcionando

Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;

Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;

Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra referência;

Conselho Gestor Local, com funcionamento adequado;

Existência de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (Pronto Atendimento, Pronto Socorro, Ambulatório, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia);

Plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização, em implementação.

Há muito se diz sobre a necessidade de se implementar políticas específicas para o setor hospitalar brasileiro que induzam a uma reestruturação capaz de responder às efetivas necessidades de saúde da população de forma integrada à rede de serviços de saúde local e regional. A Atenção Hospitalar tem sido, ao longo de décadas, um dos principais temas de debate acerca da assistência no Sistema Único de Saúde.

P. M. A
Fls 346
Ass.

É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido por esse nível de atenção.

Segundo a OMS, o conceito de hospital é aplicado para todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos para a internação de pacientes que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos.

Na prática, estas instituições agregam uma série de funções que as caracterizam como as organizações mais complexas do setor Saúde. Suas funções têm atravessado um período de rápidas mudanças que envolvem questões sociais, emprego, ensino e pesquisa, assistenciais e de apoio aos serviços de saúde.

Hoje, o Brasil conta com uma rede de serviços hospitalares construídos e legitimados historicamente, detentora de uma realidade concreta sendo operacionalizada dentro de um novo cenário sanitário e com diretrizes gerais que apontam para a busca de uma maior inserção na rede de serviços de saúde. São mais de 7,5 mil instituições que produzem mais de 11 milhões de internações por ano, segundo dados do DATASUS/MS (ano base 2008).

Assim, ao se discutir a necessidade de (re)construção de um novo papel dos hospitais brasileiros dentro da rede de serviços do SUS é preciso apreender sua historicidade, seus determinantes, os valores e atores envolvidos, com vistas à elaboração de propostas que possam ser, de fato, estruturantes e coerentes para a garantia e ampliação do acesso à população usuária dos serviços do SUS.

O debate atual sobre a situação da Atenção Hospitalar no Brasil está marcado pela percepção de algumas dificuldades que possuem várias dimensões conjunturais e que interagem entre si. Coexistem aspectos estreitamente vinculados aos fatores financeiros, assistenciais, organizacionais, políticos e sociais, além de outros que direta ou indiretamente interferem no setor, como por exemplo, o ensino e a pesquisa.



P. M. A
Fls 947
Ass.

Em cada uma dessas dimensões é possível destacar variáveis que contribuem para tornar a situação hospitalar extremamente complexa e desafiadora.

Na dimensão Financeira, o **ISSSL** destaca os aspectos relacionados com as opções em termos de mecanismos de custeio das unidades, bem como aspectos relacionados com a geração de investimentos necessários para a construção, ampliação e reforma das unidades existentes.

Na dimensão Política, o **ISSSL** pode destacar a opção por uma dada direcionalidade, seja por privilegiar o modelo hospitalocêntrico como proposta hegemônica para a sociedade, seja inversamente, para fortalecer a atenção primária como vem sendo denominada no Brasil, aí incluídas as ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e a assistência, essa última redefinida a partir da ênfase na assistência ambulatorial, em busca de maior cobertura, efetividade e satisfação da população.

Do ponto de vista político-gerencial essa dimensão inclui o estabelecimento de mecanismos de regulação do sistema hospitalar o qual contribui para a dimensão Organizacional que trata de definir o lugar ocupado pelo hospital no conjunto da rede de serviços, tema que tem sido objeto de amplo debate internacional, em torno das alternativas de construção de redes assistenciais voltadas à prestação de serviços específicos, como é o caso das redes de serviços de urgência e emergência, , os serviços de atenção ao parto e à gestação de alto risco, os serviços de assistência oncológica, etc. A questão que se coloca é se a organização dessas redes leva ou não em conta o princípio da integralidade, que preconiza a implantação e articulação de serviços em vários níveis de complexidade, orientando, portanto, a constituição de sistemas de referência e contrarreferência de informações e pessoas, usuários, em algum momento, das diversas redes assistenciais.

Na dimensão propriamente assistencial o ISSSL pode enfatizar o modo de organização tecnológica do trabalho desenvolvido no âmbito hospitalar à saúde, o que põe em questão o modelo clínico e seus desdobramentos na moderna medicina tecnológica, espaço de fragmentação do objeto de trabalho (doença e doentes) e divisão técnica do trabalho médico em especialidades e subespecialidades. O desafio é resgatar a integralidade do cuidado ao indivíduo, promovendo a rearticulação do trabalho parcelado, ao tempo em que se promove a humanização do cuidado, em verdade uma requalificação das relações entre equipe de saúde e usuários do sistema, com base em valores como respeito às singularidades e defesa dos direitos dos usuários.

Tudo isso tem implicações, evidentemente, na dimensão Social, na medida em que a população usuária da atenção hospitalar sofre os efeitos das políticas e dos processos referidos acima, quer se evidenciem na dificuldade de acesso a determinados serviços, quer na baixa qualidade da assistência hospitalar ou mesmo na falta de atenção a que são sujeitados, o que contribui para a insatisfação e elevação das pressões sociais e políticas por mudança, ainda que grande parte da população desconheça as alternativas que vêm sendo discutidas no âmbito dos serviços e da academia.

P. M. A
Fls 1348
Ass.

A formulação e implementação de políticas e estratégias de reforma da atenção hospitalar no SUS são, sem dúvida, um dos maiores, senão o maior desafio da atual gestão ministerial. Assim, é impossível pensar a problemática hospitalar de forma isolada, sendo necessário projetar as decisões a serem adotadas e as políticas que se pretenda formular, no cenário mais amplo de um sistema de saúde complexo e submetido a um conjunto de variáveis.

A propósito, a literatura internacional tem privilegiado a temática da integração de sistemas de saúde como um dos grandes desafios contemporâneos, e a redefinição do papel do hospital é parte importante nesse processo.

O entendimento deste contexto sob a ótica da proposta de gestão impõe um (re) ordenamento e uma redefinição de ações para a atenção hospitalar no Brasil, tendo como princípios básicos a busca contínua da maior eficiência; a participação ampla de todos os interessados, inclusive usuários; e a total transparência na condução dos trabalhos e tomadas de decisão.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000), o novo papel dos hospitais exige deles um conjunto de características que são endossadas pela Gestão de saúde do ISSSL:

Ser um lugar para manejo de eventos agudos;

Deve ser utilizado exclusivamente em casos que haja possibilidades terapêuticas;

Deve apresentar uma densidade tecnológica compatível com suas funções, o que significa ter unidades de tratamento intensivo e semi-intensivo; unidades de internação; centro cirúrgico; unidade de emergência; unidade de apoio diagnóstico e terapêutico; unidade de atenção ambulatorial; unidade de assistência farmacêutica; unidade de cirurgia ambulatorial; unidade de hospital dia; unidade de atenção domiciliar terapêutica, etc.;

Deve ter uma escala adequada para operar com eficiência e qualidade;

Deve ter um projeto arquitetônico compatível com as suas funções e amigável os seus usuários.

A rede hospitalar brasileira caracteriza-se pela existência de inúmeros estabelecimentos de saúde que não atendem a maioria dessas características. Pelo contrário, essa rede é bastante heterogênea do ponto de vista de incorporação tecnológica e complexidade de serviços, com grande concentração de recursos e de pessoal em complexos hospitalares de cidades de médio e grande porte, com claro desequilíbrio regional e favorecimento das regiões Sul e Sudeste do país.

Nesse sentido, o **ISSSL** tem trabalhado considerando as diferentes realidades da rede hospitalar dos municípios por ele atendidos. O resultado deste esforço tem proporcionado, além do diagnóstico e da análise, a possibilidade de melhor compreensão e caracterização dos problemas e das dificuldades atuais, definindo, assim, as diretrizes para as ações da área e a priorização de segmentos estratégicos.

Na busca de novas perspectivas para o setor hospitalar, o ISSSL tem apontado para algumas estratégias comuns ao conjunto dos hospitais de forma a induzir maior eficiência sistêmica ao SUS.

P. M. A
Fls. 549
Ass.

São elas a garantia de acesso, a humanização dos serviços, a inserção na rede SUS, a democratização da gestão e a contratualização hospitalar.

Neste momento, destaca-se o desafio de promover uma maior inserção dos hospitais no SUS, entendido como um princípio que permite a integração funcional na rede de serviços disponíveis para a população, com ampla participação do gestor local para a discussão das necessidades de saúde, da demanda de serviços e da efetiva condução e controle das ações implementadas em prol do sistema.

Outra questão relevante e que avança na área hospitalar, induzida por políticas específicas do Ministério da Saúde é a da contratualização dos serviços de saúde definida como um mecanismo de planejamento para a organização da gestão local, com definição de metas quanti e qualitativas, e ênfase na relação entre gestores e prestadores na busca de resultados.

O conjunto de indicadores e pressupostos deve explicitar exatamente o que se espera desenvolver, implantar, alcançar, etc., seguindo-se as diretrizes da PNH.

Os indicadores de implementação de ações assumem relevância especial na PNH, porque não são apenas "produtos intermediários", mas refletem a especificidade quanto ao "modo de fazer" da Política, modo que opera essencialmente com constituição de espaços estratégicos e de coletivos para assumir e conduzir (de forma corresponsabilizada) os projetos de mudanças. Este é um âmbito que bem explicita a compreensão de "intervenção" na PNH – "estar/agir no entre" para disparar processos. Explicita também a função de apoio/apoiador, sempre contando com apoiadores da PNH para ajudar na constituição e dinâmica desses coletivos e dos projetos.

A seguir estão sistematizadas matrizes partindo das diretrizes da PNH e reunindo indicadores que refletem as principais metas a serem objeto de contratualização nos momentos de planejamento e pactuação.

P. M. A
Fls 1550
Ass.

Referenciais sustentadores das mudanças propostas no âmbito da atenção e da gestão.

DIRETRIZES Referenciais sustentadores das mudanças propostas no âmbito da atenção e da gestão. ÂMBITO DE EFEITOS ESPERADOS Mudanças refletindo as diretrizes (e os princípios) da PNH.		
Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	**Indicadores de resultados esperados**	**Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)**
Indicadores representativos dos processos, ações e movimentos disparados; são "meios" estratégicos para disparar e sustentar ações para mudanças; são também produtos de mudanças na organização do trabalho. (traduzem-se como produtos relacionados aos processos)	Indicadores representativos das transformações nas práticas de atenção e de gestão, indicando o que mudou (o que se espera mudar) no processo de trabalho e para os usuários (em suas demandas, em seu atendimento, em sua saúde, satisfação).	Condições consideradas essenciais para induzir e suportar os movimentos de mudanças. São condições que podem ser criadas, coconstruídas, juntamente com os demais movimentos de mudanças, mas devem ser entendidas como posturas político-institucionais essenciais para assegurar ou potencializar condições de viabilidade aos processos de mudanças.

P. M. A
Fls. 551
Ass.

Matriz de Indicadores com Base na Diretriz de Cogestão

Matriz de Indicadores: Cogestão

DIRETRIZ: COGESTÃO

Diretriz afeta à implementação de espaços coletivos/colegiados para análises coletivas, diagnósticos, pactuações e condução de ações para mudanças das práticas de atenção e gestão.

ÂMBITOS DE EFEITOS ESPERADOS

Corresponsabilização; Alteração no padrão de comunicação; Fomento de redes; Protagonismo e Autonomia dos trabalhadores.

Espaços como dispositivos para a circulação da palavra, e decisão participativa para aumentar o grau de democracia nas organizações, e a capacidade de análise e de intervenção dos trabalhadores.

Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	Indicadores de resultados esperados	Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)
Espaços coletivos e/ou grupos estratégicos constituídos: - Unidades funcionais/de produção implementadas a partir de reorganização do organograma institucional; - Colegiados gestores (geral e de unidades funcionais/de produção); - Comitês estratégicos: de acolhimento e classificação de risco, de Saúde e Trabalho, etc.; - Conselhos gestores, incluindo usuários; - Serviços de escuta e ouvidoria (usuários e trabalhadores). Agendas de funcionamento: - Planos de trabalho elaborados; - Plano diretor de gestão; - Agenda programada e pactuada institucionalmente (funcionando como rodas); - Agenda de educação permanente. Dispositivos indutores e catalisadores dos processos: - Contratos internos de gestão.	- Espaços colegiados instituídos e com funcionamento sistemático, efetivo (agenda regular, pautas, metas, etc.); - Aumento do grau de corresponsabilização, de participação e de autonomia; - Aumento da capacidade de viabilização de ações, de "despachos institucionais", de construção de alianças, de enfrentamento de problemas; - Aumento da capacidade de acompanhamento de ações; - Ampliação do sentimento de pertencimento institucional (valorização dos trabalhadores); - Viabilização de oportunidades para análise do trabalho (rodas, "incluindo" os problemas, conflitos, etc.); - Aumento do grau de satisfação dos trabalhadores.	Mudanças na gestão como condição para sustentar outras mudanças. - Disponibilidade institucional para mudar o "modo de fazer gestão"; - Adesão do gestor (construção concreta de parceria); - Movimentos concretos de enfrentamento de situações, de resistências, de interesses diversificados; - Construção de uma agenda programática: de metas, movimentos, ações, com plano de acompanhamento.

P. M. A
Fls. 552
Ass.

Matriz de Indicadores com Base nas Diretrizes de Acolhimento, Ambiência e Clínica Ampliada

Matriz de Indicadores: Acolhimento, Ambiência e Clínica Ampliada

DIRETRIZ: ACOLHIMENTO, AMBIÊNCIA E CLÍNICA AMPLIADA

Reorganização dos processos de trabalho e ambientes institucionais, seguindo-se as perspectivas clínica, ética e política (tecnologia do encontro: vínculo, escuta qualificada e inclusiva, postura na relação/encontro).

ÂMBITOS DE EFEITOS ESPERADOS

Vínculo; Inclusão; Adequação de oferta/respostas conforme gravidade dos casos; Resolubilidade; Indução à formação de equipes multiprofissionais de referência (apropriação e uso articulado de conhecimento, habilidades e instrumentos; codecidindo).

Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	Indicadores de resultados esperados	Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)
• Comitês constituídos e planos de trabalho pactuados (movimentos locais e em rede); • Equipe de referência, atuando no referencial da clínica ampliada; • Realização de diagnósticos e mapeamento de situações, demandas, fluxos, etc.; • Agenda de capacitações sistemáticas (% de trabalhadores capacitados em temas afins); • Construção coletiva de ferramentas: protocolos (de ACR), manuais (critérios, rotinas, fluxos, informações sobre a rede, etc.); • Projetos de adequação dos ambientes.	Mudanças no processo e relações de trabalho: • Novos padrões de organização para qualificação do atendimento: critérios e fluxos (casos priorizados conforme vulnerabilidade, risco); • Vínculo/fluxos instituídos com o sistema de saúde locorregional (rede); • Mudanças na postura dos trabalhadores/equipes (escuta, qualidade da interação); • Configuração de equipes multiprofissionais de referência, atuando com o referencial e instrumentos da clínica ampliada (instrumentos integrados); • Espaços físicos (re)adequados, seguindo o conceito referencial de ambiência. Ampliação do acesso e grau de resolubilidade: • Percentuais de casos "atendidos", "solucionados", "redirecionados", conforme critérios definidos nos protocolos (redução das filas); • Percentuais de redução dos tempos de espera (conforme protocolo); • Percentuais dos casos atendidos e encaminhados à rede (básica ou outra) com procedimentos marcados a partir do hospital; • Percentual de altas de pacientes de grupos de risco, com encaminhamentos para acompanhamento na rede básica; • Aumento do grau de satisfação dos usuários (avaliações criteriosas).	Incorporação efetiva na pauta/agenda da gestão (posicionamento do gestor); Construção de uma agenda programática: pactuações de metas e ações, recursos, plano de acompanhamento; Revisão do arranjo organizacional, redefinindo a hierarquia de gestão e de condução de casos; Estratégias de articulação e pactuação em rede.

P. M. A
Fls. 553
Ass.

Matriz de Indicadores com Base nas Diretrizes de Direito a Acompanhante e Visita Aberta

Matriz de Indicadores: Direito a Acompanhante e Visita Aberta

DIRETRIZ: DIREITO A ACOMPANHANTE E VISITA ABERTA

Reorganização do serviço para atender ao direito do paciente internado de ter junto de si a sua rede familiar e social (perspectivas clínicas, ética e política: vínculo, participação e controle social).

ÂMBITOS DE EFEITOS ESPERADOS

Repercussões quanto ao conforto do paciente, da família; repercussões nas condições de recuperação; controle social; momento de aprendizagem da família para cuidados básicos; contribuição no ganho de autonomia do paciente e acompanhante; indução à consolidação de equipes multiprofissionais de referência.

Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	Indicadores de resultados esperados	Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)
• Comitês constituídos e planos de intervenção pactuados; • Projetos de adequação dos ambientes e mobiliário; • Equipe de referência, atuando no referencial da clínica ampliada; • Projetos e instrumentos desenvolvidos para facilitar a comunicação e informação sobre serviços e direitos dos usuários (informações visuais sobre funcionamento dos serviços, crachás, placas de identificação nos leitos, cartilhas, boletins, documentos-guia sobre os direitos e normas do serviço); • Ouvidoria ou serviços estruturados para escuta e avaliação dos usuários e acompanhantes; • Pesquisas de opinião sobre a proposta de acompanhantes na internação.	• Hospital funcionando com direito a acompanhante e com visita aberta (normas institucionalizadas); • Espaços físicos e mobiliário (re)adequados, seguindo o conceito referencial de ambiência; • Equipes multiprofissionais atuando com recursos que garantam vinculação e comunicação adequada com pacientes e acompanhantes disponibilização de informações, horários para conversas, esclarecimentos sobre procedimentos, etc.); • Escalas de atribuições e horários pactuados com profissionais/equipes para interlocução com pacientes e acompanhantes; • Material informativo disponibilizado regularmente em todos os locais de circulação dos usuários e acompanhantes; • Aumento do grau de satisfação dos usuários e acompanhantes (avaliações criteriosas) • Avaliações envolvendo equipes e estagiários do hospital, produzindo indicadores sobre os efeitos do hospital com acompanhante, na perspectiva ético-clínico-pedagogica; • Avaliações estabelecendo correlações com redução dos tempos de permanência de internação.	Incorporação efetiva na pauta/agenda da gestão (posicionamento do gestor); Construção de uma agenda programática: pactuações de metas e ações, recursos, plano de acompanhamento; Revisão da concepção de organização e funcionamento do hospital; Estratégias de sensibilização e pactuação com as categorias profissionais, conduzindo a discussão na perspectiva de equipe.

Sobre a Diretriz de Valorização do Trabalho e Trabalhadores da Saúde

A diretriz de valorização do trabalho e trabalhadores da saúde incorpora as outras diretrizes e se amplia em diferentes sentidos, demarcados de forma mais aberta na matriz que se segue.

Salientamos que essa diretriz deve permear ou transversalizar-se a todos os esforços institucionais que estejam sendo pensados para interferir na chamada precarização do trabalho atual em saúde.

Por precarização compreendem-se desde as situações de instabilidade na forma de contratação e vínculos trabalhistas até as inadequações das condições de trabalho e dos modelos de gestão autoritários ou pouco participativos.

P. M. A
Fls. 554
Ass.

As experiências de contato com os serviços, bem como estudos atuais no campo da saúde e trabalho, revelam um amplo conjunto de marcadores das precárias condições de emprego, trabalho e saúde (e suas consequências em indicadores de adoecimento, afastamentos, absenteísmos, rotatividade, desmotivação, insatisfação e sofrimento), não sendo possível que esse "tema" fique de fora das discussões locais (a ser tratado como pauta de gestão). Também são as experiências concretas que têm mostrado que, ao se tentar deixar de fora a discussão dessas questões, perde-se a oportunidade de contar com o "potencial de disponibilidade" dos trabalhadores, fragilizando ou inviabilizando movimentos de aliança para mudanças.

Matriz de Indicadores – Valorização do Trabalho e Trabalhadores da Saúde

DIRETRIZ: VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E TRABALHADORES DA SAÚDE		
Constituição de espaços/oportunidades sistemáticas para análises coletivas do trabalho, com participação ativa dos trabalhadores, buscando a corresponsabilização com as avaliações e também com as propostas que sejam deliberadas como viáveis.		
ÂMBITOS DE EFEITOS ESPERADOS		
Corresponsabilização; ampliação do grau de comunicação entre sujeitos/equipes/gestores; protagonismo e autonomia dos trabalhadores (levando em conta os diferentes fatores intervenientes nas relações estabelecidas com o processo produtivo).		
Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	**Indicadores de resultados esperados**	**Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)**
• Reafirmação de dispositivos de cogestão, com participação efetiva dos trabalhadores. Exemplos: mesas locais de negociação permanente; instâncias locais de análises e intervenções (CIPAs e outros tipos de comissões de saúde);	• Espaços coletivos instituídos e com funcionamento sistemático, efetivo (agenda regular, pautas, metas, etc.);	Enfatiza-se especialmente a disponibilidade de gestores e trabalhadores para construir viabilidade para mudança do modelo institucional de gestão, afirmando a cogestão como princípio ético, estético e político.

Planejamento e Acompanhamento Avaliativo na Lógica de Contratos de Gestão

Os contratos internos de gestão são compreendidos como dispositivos no contexto da cogestão e na perspectiva da humanização como intervenção nas práticas de atenção e gestão em saúde. Devem ser entendidos como campo de negociação e acordo entre partes; como dispositivos de diálogo e contratação de compromissos e responsabilidades, em torno de objetivos e metas afinadas com as necessidades das partes que negociam/pactuam. Considera-se especialmente o que se refere ao seu potencial de propiciar interações, de colocar sujeitos/equipes em interlocução para construir mudanças, gerando novos padrões de relação e comunicação no âmbito das organizações/serviços de saúde.

P. M. A
Fls. 1553
Ass.

Campos (2006) reafirma o conceito de contrato social no sentido de "estabelecimento de novas relações que alteram regras, leis e comportamentos segundo um acordo bem explicitado". Considera que nessa perspectiva o contrato significa ou aponta para uma formação de compromisso entre sujeitos.

Algumas experiências analisadas atestam o potencial dos contratos de gestão em sua capacidade de promover mudanças institucionais (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009). O próprio ato de implementação dos contratos induz transformação nas relações de trabalho, promovendo corresponsabilização entre os sujeitos/equipes, com valorização dos trabalhadores e formação de redes de compromisso para melhoria da atenção. Podem assim ser considerados dispositivos/instrumentos potentes para a pactuação de metas e avaliações participativas, produzindo efeitos na organização e relações de trabalho e aumentando a eficiência e a eficácia institucional.

3.2.1.4.9 DESAFIOS PARA INCORPORAÇÃO DA PNH NA PAUTA DA GESTÃO DOS SERVIÇOS

A PNH pode ser compreendida como um conjunto de princípios e instrumentos que pretendem influir na qualidade dos serviços de saúde. Por essa via de compreensão, pode não somente interferir em padrões de qualidade, como também estimular a discussão sobre a concepção de qualidade. Nessa direção, a qualidade precisa englobar mudanças em diversos âmbitos, abarcando desde a organização e as relações institucionais de trabalho até as características/condições da prestação de serviços e dos produtos oferecidos à população (para resultar em serviços resolutivos, úteis, conforme as necessidades dos usuários – Santos Filho, 2009).

Esses âmbitos de qualidade remetem-se ao que se compreende na PNH como âmbitos inseparáveis de gestão e atenção em saúde. São, portanto, objetos/pautas que precisam ser assumidas pelas equipes gestoras, em aliança com os usuários e trabalhadores (estes também sempre gestores de seu fazer cotidiano), para propiciar mudanças no trabalho. Nessa perspectiva a PNH age/intervém buscando fomentar essas alianças, fortalecendo as relações, no referencial da tríplice inclusão: dos trabalhadores, gestores e usuários.

Para "atrair" o interesse desses atores é necessário que a PNH se apresente e se institua em uma dimensão de planificação (incluindo acompanhamento avaliativo), explicitando objetivos e metas afinadas com os múltiplos interesses institucionais. Considerar "múltiplos interesses" significa compreender que usuários e trabalhadores/gestores ocupam o mesmo âmbito de importância (como protagonistas) na organização do serviço (no processo de produção de saúde), tornando-se estratégica a postura de escuta atenta e respeitosa desses atores, promovendo e fortalecendo sua inclusão/participação.

P. M. A
Fls 356
Ass.

Consideramos que o ato de escuta, planejamento, execução e avaliação de ações/processos deve constituir um movimento inseparável, sempre com o caráter de avaliar coletivamente para produzir sinais indicativos dos rumos que precisam ser redirecionados. E consideramos que a indução desse movimento, ou da articulação desse movimento, é uma atribuição essencial da PNH (como "intervenção nos modos de fazer") e entendemos que é esse exercício que pode ajudar na consolidação da Política no cotidiano de trabalho. Ao se planejar a incorporação da PNH ao âmbito dos serviços, deve-se atentar para a articulação de metas que reflitam esses movimentos estratégicos e os efeitos que se esperam deles. Assim, demarca-se a racionalidade de potenciais resultados da Política, seguindo-se fielmente seus eixos referenciais sustentados pelas perspectivas ética, estética e política

3.2.1.4.10 POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO: NOVO MODO DE FAZER GESTÃO E CUIDADO EM SAÚDE

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 com o objetivo de deflagrar um movimento no sistema e instituições de saúde para a realização de mudanças nos modos de gestão e nos modos de cuidar em saúde, em consonância com os pressupostos da humanização explicitados nos princípios, diretrizes e métodos da PNH (BRASIL, 2007), os quais sustentam a experimentação de dispositivos, mecanismos concretos de mudança
(ESCÓSSIA, 2009).

O tema da humanização foi apontado como um dos desafios para o SUS na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000 (BRASIL, 2001). A emergência deste tema na pauta e agenda do SUS trouxe um novo desafio-problema: qual sentido de humanização sustentaria a renovação de práticas de gestão e de cuidado? E nesta direção, quais práticas poderiam ser apontadas como humanizadas? Assim, um primeiro desafio para a questão da humanização na saúde foi constituir um sentido para que ela pudesse ao mesmo tempo ser um qualificativo de práticas renovadas e uma direção ético-política para se promover um movimento no sistema de saúde que indicasse certo modo de lidar com os desafios e problemas que ainda persistem no SUS e de se promover as mudanças necessárias.

Benevides e Passos (2005) foram pioneiros na colocação desta problemática e apontavam para a necessidade da PNH, como política pública, realizar um duplo movimento: conceitual e metodológico, explicitando-se os fundamentos desta política e seus modos de fazer que indicassem caminhos para a construção de novas práticas de gestão e de cuidado, pois um dos riscos apontados à época era fazer permanecer a humanização como recurso discursivo, sem a indicação clara de práticas de humanização.

P. M. A
Fls. 557
Ass.

Fazia-se necessário, então, sair do conceito-sintoma para se tomar e lidar com aquilo que produz os problemas apontados tanto no campo da gestão como no do cuidado. Esta foi, desde sempre, a tarefa com que se incumbiu a PNH. E ela já é indicativa de uma profunda inflexão àquilo que mormente se atribui à humanização, em geral associada a atitudes e sentimentos de benevolência, cordialidade, hospitalidade e interação harmoniosa entre sujeitos. Logo, o oposto disto seria imediatamente identificado como desumanização. Permanecer nesta posição (identificação e enfrentamentos de sintomas de práticas de gestão e cuidado degradadas) significaria sustentar movimentos político-institucionais que não colocariam em questão os modos de organização e de gestão dos serviços de saúde e, por consequência, os modos de organização do trabalho, os objetos da Política Nacional de Humanização.

Assim, quando no SUS se tomou a tarefa de humanizar as práticas de gestão e de cuidado pela PNH, não foi para combater práticas adjetivadas de desumanas, mas para afirmar a humanização como um valor do cuidado e da gestão em saúde. Valor que afirma uma nova ética: a de colocar em primeiro plano na gestão do trabalho e no cuidado em saúde as pessoas, que implica em reconhecer seus diferentes interesses, desejos e necessidades e incluí-los nos processos de diálogo, negociação e construção de corresponsabilidade. Sujeitos que em relações mais democráticas, sejam mais capazes – esta é uma importante aposta – de compor planos comuns a partir de processos de negociação regidos pelo diálogo, então recurso para se pôr em evidência o interesse público nas práticas de saúde.

A Política Nacional de Humanização tem sido construída seguindo princípios metodológicos, que são a própria expressão de um método, que tem sido apresentado como inclusivo. Método da Tríplice Inclusão: inclusão dos sujeitos, dos coletivos e da perturbação que estas inclusões produzem nos modos de governar os serviços de saúde e nas relações clínicas. E essa última inclusão se apresenta como a mais importante do ponto de vista ético: inclusão da diferença, suportando-a e, ao mesmo tempo, tomando-a como principal força-motor da produção de mudanças, que em última instância, são nas atitudes e comportamentos das pessoas.

Inclusão, na perspectiva democrática, significa acolher e incluir as diferenças, a diversidade. Diversidade da manifestação da pluralidade do humano na vida social. Incluir o que não sou eu, que em mim produz estranhamento e que provoca tanto o contentamento e a alegria, como mal-estar. Assim, pode-se perceber que a inclusão produz movimentos ambíguos, os quais precisam ser suportados e sustentados por práticas de gestão que tolerem o convívio da diferença.

O principal efeito da inclusão é, então, produzir perturbação e estranhamento nas práticas cotidianas de trabalho, pois é daí que nascem movimentos que fomentam mudanças, pois elas tendem a desestabilizar o que está dado.

P. M. A
Fls. 1758
Ass.

Tomar a perturbação da inclusão, as tensões que aí se produzem como matéria-prima para a construção de modos de gestão afinados com interesses coletivos e práticas clínicas mais aproximadas das práticas de vida dos sujeitos que se singularizam nesta relação, é o método da PNH.

A inclusão do outro para diferir, para a produção do comum, necessita, todavia, ser orientada por premissas éticas, políticas e clínicas. E quais seriam estes pressupostos? Aqueles construídos e ratificados no processo de construção do SUS, como o direito à saúde, a universalidade e a equidade do acesso, a integralidade e a participação cidadã, bem como aquilo que a sociedade brasileira ao longo da história tem construído como a base de sua ação social, como os valores da solidariedade, da cooperação, da justiça e da não discriminação. A PNH, por sua vez, toma algumas diretrizes para orientar os processos de humanização das práticas de cuidado e de gestão da PNH, que informam o sentido da inclusão. Entre estas estão o acolhimento, a gestão democrática, a clínica ampliada, a valorização dos trabalhadores, a defesa dos direitos dos usuários e o fomento a redes sociais de produção de saúde.

Incluir o outro, todavia, não é um exercício passivo, requerendo postura crítica daquilo que se traz para o encontro. Isso implica em assumir a posição de que toda relação produz tensões, as quais acolhidas e processadas definem o que será formado como compromisso e contratado como tarefa, portanto o que será aceito como legítimo.

Nessa perspectiva, o método da inclusão não propõe aderência ingênua àquilo que o outro traz desde sua experiência singular, mas em uma atitude generosa de acolher estas manifestações para, imediatamente, confrontá-las com a multiplicidade das percepções, compreensões e afetos que se compõem pela presença do outro, do coletivo. E isso pressupõe a construção e substantivação de espaços coletivos que devem ser presididos pelo exercício dialógico, que sustenta processos de negociação, de composição de contratos, considerando orientações éticas, no caso, aquilo que é desejável como cuidado em saúde.

Humanizar as práticas de saúde permite aos sujeitos a experimentação de outras perspectivas de construção de sua existência, mais em lateralidade, em relação interativa com os outros, forjando a emergência de subjetividades mais multirreferenciadas (PASCHE, 2005) e de novas atitudes que favoreçam a construção de novas realidades sociais, políticas, institucionais e clínicas, ou seja, da produção de novos sujeitos.

Dessa forma, a qualificação do atendimento e a democratização das relações de trabalho– os efeitos da PNH – decorreriam de processos sistemáticos de discussão das relações que têm sido construídas no processo de cuidado/atenção, os quais sustentam determinadas atitudes e comportamentos na relação usuário/rede social com trabalhador/equipe de saúde, e também na relação entre trabalhadores e gestores. Pôr em análise as relações que se estabelecem entre os sujeitos, suas atitudes e as práticas sociais que daí decorrem se apresenta como um poderoso recurso metodológico cujo efeito – mais uma aposta da PNH – é o reposicionamento subjetivo dos sujeitos, que de forma mais coletiva reconstroem relações de poder, afeto e saber.

P. M. A
Fls 559
Ass.

Este reposicionamento – tarefa sempre inconclusa – ao mesmo tempo em que depende da capacidade das organizações de saúde de experimentar espaços coletivos (CAMPOS, 2000), ethos privilegiado do exercício do método da inclusão, promove uma mudança cultural na organização, que passa a tomar como inerente a seu modo de ação o exercício compartilhado da análise e tomada de decisão em espaços coletivos.

Os hospitais são estruturas hipercomplexas e uma das instituições contemporâneas mais impermeáveis a mudanças (CAMPOS, 2008). Logo, mexer em sua organização e em seus modos de gestão, tomando por princípio o método da Política de Humanização, é uma tarefa que exige preparação e acompanhamento avaliativo (SANTOS-FILHO, 2009)

A estrutura organizativa e a tradição gerencial dos hospitais brasileiros os têm tornado organizações burocráticas, autoritárias e centralizadoras (CAMPOS; ARAÚJO; RATES, 2008). Estas características têm sido apontadas como relevantes na produção de uma série de problemas, como a oferta de assistência impessoal e fragmentada, a indefinição de vínculos entre usuários e profissionais, o que produz baixa responsabilização e descompromisso, fragmentação do trabalho e insatisfação dos trabalhadores, e também dos usuários.

A estas características têm sido agregados como problemas frequentes nos hospitais brasileiros a existência de sistemas de gestão centralizados, com baixa participação dos trabalhadores; organização do trabalho por categorias profissionais, o que dificulta o trabalho em equipe; segmentação do cuidado pela lógica da seção, da unidade, com fragmentação dos processos de trabalho. Além disto, a estrutura interna de poder tem sido marcada pelo excessivo poder técnico-burocrático, em geral colonizado pela tradição médica, que tem ação disciplinadora, de ordenamento e controle do conjunto dos processos de trabalho. Isso tem produzido relações de trabalho bastante hierarquizadas, com divisão desigual do poder e, desta maneira, a vida cotidiana para os trabalhadores dos hospitais tem sido experimentada de forma bastante diversa, considerando a posição que se ocupa na estrutura organizativa do trabalho.

Assim, o hospital produz e convive com relações de poder que conformam uma realidade paradoxal, pois enquanto alguns são bem remunerados, outros nem tanto; para alguns os espaços de autonomia e liberdade são amplos, para outros – maioria – a força do poder administrativo e seus instrumentos de controle e submissão são a principal forma de interação com a organização.

Não bastasse isto, a relação com os usuários/pacientes e sua rede sociofamiliar tem sido marcada pela pouca participação destes na definição do cuidado, com restrições importantes no acesso a informações e mesmo aos profissionais, sobretudo médicos.

P. M. A
Fls. 360
Ass.

Outra característica importante dos hospitais no Brasil é sua grande liberdade e autonomia de inserção nas redes/sistemas locorregionais de saúde, não sendo infrequentes movimentos de resistência a processos de definição de corresponsabilidades nos territórios sanitários. Nesta direção, não tem sido incomum no Brasil hospitais exercerem funções tipicamente gestoras, definindo clientela, modos de financiamento e ação no sistema de saúde e sua rede de serviços.

3.2.1.4.11 PENSAR O ACOLHIMENTO E SUA ARTICULAÇÃO COM A COGESTÃO NO HOSPITAL

O acolhimento é uma das referências ético-estético-políticas da PNH (BRASIL, 2009). Refere-se a um compromisso coletivo em cultivar os vínculos de maneira responsável, reconhecendo e incluindo diferenças, estimulando a coprodução 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 (TEIXEIRA, 2003), 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.

O **ISSSL** pretende Reorganizar processos nas portas de entrada do hospital, evitando que os usuários entrem em múltiplas filas para realizar seu "atendimento", prevê algum impacto positivo na sua capacidade-acolhedora.

Nesse sentido, o acolhimento pode se traduzir em um movimento, mais um dispositivo, que força a passagem de novos sentidos para o trabalho no hospital, exigindo, de modo semelhante ao que foi dito da clínica ampliada, sua reorganização e sua efetiva transformação.

Os espaços coletivos de cogestão serão aqui também cruciais, pois não é possível gerir verticalmente (de fora) todos os conflitos e dificuldades que surgem ao se "implementar" o acolhimento. Esses espaços são fundamentais como promotores e efetivadores de análise e deliberação de ações para o enfrentamento das dificuldades surgidas cotidianamente a partir do encontro com o usuário. Uma pausa estratégica neste texto, no caso de algum interlocutor estar pensando que seria melhor não tratar desse tal acolhimento, já que produz tanto conflito e dificuldade assim.

P. M. A
Fls. 1561
Ass.

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. Não fosse isso, os trabalhadores de saúde não adoeceriam tanto como adoecem atualmente. E não haveria uma só queixa com relação ao serviço prestado pelos estabelecimentos de saúde. O que acontece muitas vezes é que os conflitos são negados e/ou abordados como se fossem apenas decorrentes da pessoa que atende ou que é atendida em um serviço. 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. Articulamos assim acolhimento e cogestão. É a criação de espaços coletivos de cogestão que faz expressar, que evidencia os conflitos. Não para negá-los, mas para afirmá-los. Para que possam ser enfrentados e, no mínimo, extrair deles algum entendimento e alguma prudência, melhorando as condições de trabalho e a produção de saúde.

P. M. A
Fls 562
Ass.

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

3.2.1.5.1 INTRODUÇÃO

Este documento possibilita que os colaboradores tenham maiores informações e conhecimento sobre os procedimentos institucionais adotados para a organização do fluxo e a permanência de pessoas nas dependências do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã**

Este documento foi elaborado a partir da participação e discussão comas diversas clínicas e setores valorizando o conhecimento produzido a partir das práticas diárias dos trabalhadores e as necessidades identificadas pelos mesmos, assim como o preconizado em leis estaduais e federais e pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Orientações sobre o acesso e circulação de funcionários, pacientes, acompanhantes, visitantes e veículos, objetivando favorecer as atividades de recepção e portaria, a organização e o melhor direcionamento das pessoas aos setores e serviços, proporcionando-lhes também um maior acolhimento e segurança.

É de suma importância a participação corresponsável dos trabalhadores na divulgação e prática efetiva dessas normas

3.2.1.5.2 ORIENTAÇÕES GERAIS

Todo paciente, acompanhante e visitante tem direito:

- A ser tratado com cortesia, atenção, respeito e interesse pela equipe
- Ser atendido por funcionários identificados por crachá visível elegível;
- Ser orientado em suas solicitações.

Ao paciente é assegurado o direito de receber – ou de recusar-se a receber:

- Acompanhamento e visita por pessoas de sua livre escolha, assim como de ter preservado por estas a sua privacidade e os seus horários de sono e repouso e de não sofrer qualquer tipo de desrespeito e constrangimento.

P. M. A
Fls 563
Assi

Crianças e adolescentes (até 17 anos), idosos (maiores de 60 anos):

- De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Estatuto do Idoso, crianças, adolescentes até 17 anos e idosos a partir de 60 anos têm direito a um acompanhante – em tempo integral e durante todo o período de internação, o qual terá suas refeições garantidas pelo ISSSL.
- Para os demais pacientes, será avaliada pela equipe a necessidade de acompanhamento e a garantia das refeições.

Caberá ao Visitante e Acompanhante nas Dependências das Unidades de Saúde

- - Cumprir as normas da instituição, atentando para os cuidados de higiene – lavar as mãos antes e depois de entrar em contato como paciente respeitando o silêncio, contribuindo para o bem-estar dos pacientes e tranquilidade do ambiente hospitalar e favorecendo o bom andamento dos serviços;
- - Os acompanhantes, visitantes, voluntários e responsáveis por apoio religioso e/ou espiritual têm o papel de trazer conforto, alegria, tranquilidade e boas notícias ao paciente, contribuindo para o seu bem-estar e melhora;
- - Nos casos em que o paciente se encontrar impossibilitado de apreender ou compreender diretamente informações, situações, critérios e opções – em decorrência, por exemplo, de estados confusionais e comatosos – o ato de escolher e/ou decidir quanto aos seus acompanhantes, visitas, apoio religioso e/ou espiritual será realizado por familiar ou responsável devidamente identificado;
- - A entrada de ventiladores, televisores, rádios e outros aparelhos, bem como cadeiras de rodas de propriedade dos usuários, deve ser previamente autorizada pelo Serviço Social e devidamente registrada pela recepção, sendo obrigatório, por ocasião da alta do paciente, a apresentação da ficha de autorização à portaria, sem a qual o objeto será retido pelo serviço;
- - Para a liberação da entrada de bolsas, sacolas e/ou outros pertences similares nas clínicas, é necessário que sejam visualmente vistoriados pela portaria. Para isto, os agentes desse serviço devem solicitar que o acompanhante/visitante mostre o interior do objeto, não podendo manusear ou tocar os pertences do mesmo.

P. M. A
Fls 364
Ass.

⚠ NÃO É PERMITIDO:

•O acesso de acompanhantes às clínicas sem o cartão de identificação (Apêndice A);
•Entrada de crianças de 0 (zero) a 12 (doze) anos para acompanhar e/ou visitar pacientes, salvo visitas em casos específicos, com avaliação prévia do Serviço Social e/ou da Psicologia, devendo haver especial cuidado por parte da equipe de saúde;
•Entrada de alimentos nas clínicas do hospital, salvo situações especiais após avaliação e autorização da Divisão de Nutrição e Dietética;
•A entrada de flores para os pacientes, devido ao risco de infecção;
•O visitante/acompanhante sentar-se ou deitar-se no leito do paciente ou alimentar-se das refeições do mesmo;
•Fumar e fazer uso de bebidas alcoólicas nas dependências do hospital;
•A utilização de rádios, televisores e outros aparelhos sonoros em volume que perturbe o silêncio hospitalar e sem acordo prévio com os demais pacientes e acompanhantes das enfermarias;
•O uso, por parte de usuários e funcionários, de trajes inapropriados ao ambiente hospitalar, como roupas curtas, decotadas, transparentes, shorts ou apresentar-se sem camisa ou qualquer outro item de vestuário que venha causar constrangimento aos outros usuários da instituição.

3.2.1.5.3 ACESSO DE VISITANTES, ACOMPANHANTES E RESPONSÁVEIS POR APOIO RELIGIOSO E/OU ESPIRITUAL A PACIENTES EM OBSERVAÇÃO

HORÁRIO DE VISITA (DIARIAMENTE)

Enfermarias

- - Manhã: 10h às 11h: permitida a entrada de 1 visitante.
- - Tarde: 16h às 17h: permitida a entrada de 2 visitantes ao mesmo tempo.

⚠ ATENÇÃO:

AS FICHAS PARA LIBERAÇÃO DE VISITANTES aos pacientes, diferentemente das fichas brancas padrão, são amarelas (Apêndice B) e distribuídas pela recepção a partir de uma hora antes do horário de entrada. As fichas são entregues mediante confirmação do nome do paciente a ser visitado na listagem de internados e devem ser apresentadas à portaria para liberação do acesso, que ocorrerá somente no horário especificado para a visita.

P. M. A
Fls 5765
Ass

⚠ ATENÇÃO:

- A visita poderá ter o horário ampliado, em qualquer clínica e CTI, sob avaliação e autorização da equipe de saúde, através de formulário específico (Apêndice C), nos casos de:
- Pacientes graves e em cuidados paliativos: nestes casos, o procedimento adotado será a visita aberta (a qualquer horário, dentro de um período do dia previamente especificado), em sistema de revezamento, de forma que entrem no máximo dois visitantes por vez;
- Em decorrência do impedimento de familiares em realizar a visita no horário especificado pelas normas hospitalares.

3.2.1.5.4 HORÁRIO PARA TROCA DE ACOMPANHANTES

- A troca de acompanhantes deverá ser realizada na recepção mediante a apresentação de cartão específico, no horário de 7h às 20h, com exceção dos horários destinados a visita. A partir das 20h, a troca poderá ser realizada apenas com autorização do Serviço Social;
- Os acompanhantes devem ser orientados a sempre combinar previamente os horários de troca. Nos casos em que isso não ocorrer, o serviço de recepção solicitará à equipe da clínica que informe ao acompanhante sobre a chegada do outro, contando-se com a colaboração da mesma nessa comunicação;
- O acompanhante que por qualquer motivo necessitar sair da instituição sem a prévia troca com outro deverá comunicar a enfermeira gerente da clínica e a recepção do PS.

3.2.1.5.5 HORÁRIO PARA ACESSO DE FAMILIARES EM SITUAÇÕES DE ÓBITO

Com exceção dos óbitos ocorridos na Unidade de Atendimento, a entrada de familiares em situação de óbito deve ocorrer pela recepção, conforme especificidades dos casos.

- Óbitos em todas as unidades: O acesso de familiares ou responsáveis pelo paciente (no máximo três), desde que não coincidindo com os horários de visita e seguindo as normas. A chefia da clínica deverá informar o nome do paciente à recepção para proceder a liberação.

- Necrotério: O acesso ao necrotério por familiares ou responsáveis de pacientes que evoluíram a óbito é livre, em qualquer horário, desde que o nome do paciente seja previamente informado à recepção pela chefia da clínica para proceder a liberação.

P. M. A
Fls. 1766
Ass.

3.2.1.5.6 ACESSO DE RESPONSÁVEIS POR APOIO RELIGIOSO E/OU ESPIRITUAL

- Conforme a Constituição Brasileira, a Lei Federal Nº 9.982/2000 e as Leis Estaduais Nº 6.347/2000 e Nº 7.253/2009, e respeitando a liberdade de credo e crença religiosa dos usuários, a visita para apoio religioso e/ou espiritual depende da autorização do paciente, desde que em comum acordo com este ou com seus familiares, no caso de doentes que já não estejam no gozo de suas faculdades mentais;
- Os usuários e seus familiares devem ser informados pela instituição sobre seu direito de solicitar e autorizar apoio religioso e/ou espiritual;
- A visita para apoio religioso e/ou espiritual deverá ser realizada no horário preferencial de 14:30 às 15:30. Em outros horários, será liberada sob avaliação da equipe e em comum acordo com paciente/
- familiares;
- É permitida a entrada de uma pessoa para apoio religioso e/ou espiritual por paciente, sendo o tempo de permanência no máximo 1h(uma hora);
- A autorização preenchida e assinada pelo paciente ou familiar e devidamente assinada e carimbada pelo profissional responsável será encaminhada à recepção. O responsável pelo apoio religioso e/ou espiritual deverá se identificar ao recepcionista– que checará a autorização previamente encaminhada – e deverá assinar o registro de visita. Para liberação de entrada, serão utilizadas fichas brancas padrão (Apêndice B), entregues pela recepção e apresentadas à portaria;
- O responsável por apoio religioso e/ou espiritual deverá ater-se ao paciente que solicitou a visita;
- Não é permitido que o responsável por apoio religioso e/ou espiritual faça registros audiovisuais dos usuários (tirar fotos, filmar) durante as visitas;
- Em caso de descumprimento das normas, poderá haver a interrupção da visita por parte da instituição. Diante dessa necessidade, a equipe da clínica deverá solicitar à portaria/recepção que seja feita a intervenção;
- A intervenção para a interrupção da visita deverá ser realizada com atenção e respeito, levando em conta o bem-estar e os direitos dos usuários, procurando ressaltar ao responsável por apoio religioso e/ou espiritual o descumprimento das orientações constantes no registro de visita por ele assinado na recepção

P. M. A
Fls. 567
Ass.

- Diante de solicitações de entidades religiosas junto ao protocolo para autorização de visitação de seus membros aos pacientes, os funcionários do setor devem orientar o(s) solicitante(s) sobre as presentes normas

3.2.1.5.7 ACESSO Á DIVISÃO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

A entrada de pacientes e/ou acompanhantes para esses serviços deverá ser realizada pela recepção considerando suas especificidades.

- O horário de atendimento administrativo é das 7h30 às 17h, e a realização de exames se estende até as 19h, de segunda a sexta-feira. A entrada do paciente e 1 (um) acompanhante será liberada 1h(uma hora) antes do horário agendado, mediante a apresentação do comprovante de agendamento do exame à recepção, devendo ambos entregarem as fichas de liberação na portaria, sendo orientados a dirigirem-se à recepção interna deste serviço para o acolhimento necessário. Para o recebimento dos resultados de exames, serão orientados a dirigir-se ao ambulatório.

Exames laboratoriais e Especializados:

- -A entrada do paciente e 1 (um) acompanhante será liberada pela recepção mediante apresentação do comprovante de agendamento de exames. A equipe da recepção será também responsável por fornecer as orientações necessárias quanto a horário, localização do setor e outras informações que forem pertinentes

3.2.1.5.8 PARA ADENTRAR AS UNIDADES DE SAÚDE

Acesso de Voluntários

- Os voluntários do Voluntariado de Apoio deverão estar devidamente identificados com seus crachás da instituição, além do jaleco cor-de-rosa ou camiseta cor de rosa;
- Os voluntários e funcionários deverão estar identificados com o crachá da instituição filantrópica;
- Outros voluntários poderão adentrar o PA apenas mediante prévia autorização da Diretoria

P. M. A
Fls. 1568
Ass.

Acesso de Outros Visitantes

- A entrega de documentos ou materiais por fornecedores deverá ser realizado no Protocolo, devendo o funcionário deste setor encaminhar os documentos/materiais de imediato para o setor de destino, não sendo mais necessária a entrada de fornecedores nos serviços administrados pelo **ISSSL**
- As visitas de representantes comerciais de nutrição enteral deverão ocorrer pela entrada e se restringir aos espaços da Divisão de Nutrição;
- A entrada de quaisquer visitas para funcionários ocorrerá mediante autorização dos mesmos através de contato telefônico realizado pela Recepção, devendo o recepcionista preencher e solicitar a assinatura de formulário específico pelo visitante, indicando o destino e trabalhador que visitará
- Para o acesso de visitantes acompanhando funcionários, é necessário liberação e registro na recepção, conforme procedimento informado no item acima;
- O funcionário que autorizar a entrada de visitante responsabiliza-se pela conduta do mesmo dentro das unidades administradas pelo **ISSSL**
- Durante os horários regulares de visita a prioridade de acesso será aos visitantes para os pacientes, devendo os demais visitantes (visitas a funcionários, por exemplo) aguardar a disponibilidade da recepção, salvo em casos de urgência;
- Não é permitida a comercialização de produtos nas dependências das unidades administradas pelo **ISSSL**
- Nos casos avaliados como necessários e exigidos pelo protocolo, a Diretoria Geral comunicará previamente a Recepção, autorizando o acesso imediato.

3.2.1.5.9 ACESSO DE TRABALHADORES

- O funcionário deverá se identificar com o seu crachá nas portarias de acesso as unidades administradas pelo **ISSSL**
- Só terão acesso os funcionários deste serviço, considerando a natureza e o fluxo do mesmo.
- Os funcionários da Escolas deverão estar devidamente identificados com crachás.
- Os funcionários deverão estar devidamente identificados com seus crachás;

P. M. A
Fls. 569
Ass.

3.2.1.5.10 PROPOSTA DE MODELO DO CARTÃO DE ACOMPANHANTE

Horário para troca de acompanhante:

7h às 20h, exceto nos horários de visita
Os acompanhantes devem combinar previamente os horários de troca.

Horário de visita:

Manhã: 10h às 11h (1 visitante)
Tarde: 16h às 17h (2 visitantes)

- Este cartão dá direito a um(a) acompanhante. ***Deve ser apresentado cada vez que passar pela portaria e devolvido na recepção quando o paciente receber alta.***
- Se precisar sair do hospital sem antes fazer a troca com outra pessoa, avise o(a) enfermeiro(a) da clínica e a recepção.

CARTÃO DE ACOMPANHANTE

PACIENTE:

CLÍNICA: | LEITO:

REGISTRO: | DATA DA INTERNAÇÃO:

Autorizado por: _____
COREN

PARTE EXTERNA

Ajude no tratamento de seu familiar:

- Fique atento aos cuidados de higiene;
- Procure manter o silêncio e a tranquilidade do ambiente hospitalar;
- Não traga comida para o paciente nem sente e/ou deite na cama dele.

O que você pode trazer ao hospital:

- Roupas;
- Artigos de higiene pessoal (sabonete, escova e pasta de dentes, desodorante, etc.);
- Livros e revistas;
- Para outros objetos, consulte o Serviço Social;
- Evite trazer objetos de valor, pois o hospital não se responsabiliza pelos mesmos;
- Bolsas e sacolas **são revistados** na portaria.

Não é permitido no hospital:

- A entrada de crianças até 12 anos;
- Fumar ou consumir bebidas alcoólicas;
- Usar roupas curtas, transparentes, decotadas ou ficar sem camisa.

OUTRAS INFORMAÇÕES:

- Se precisar de declaração de internação ou atestado, peça para o médico que está atendendo seu familiar.
- O paciente tem direito de solicitar e autorizar apoio religioso e/ou espiritual. Para isto, fale com a equipe.
- Se tiver qualquer dúvida sobre o tratamento de seu familiar, pergunte para a equipe de saúde.

OUVIDORIA.

Funciona de 8h às 19h, na sala 1 do Ambulatório, (neste local você pode apresentar sugestões, queixas e elogios).
Fone:

PARTE INTERNA

3.2.1.5.11 MODELO DE CARTÃO DE VISITA ESTENDIDA

P. M. A
Fls. 570
Ass.

Da Clínica _____
Para: Serviço

Belém, _____ de _____ de _____.

AUTORIZAÇÃO DE HORÁRIO AMPLIADO DE VISITA

Autorizo a entrada de visita(s) ao paciente _____ _____, leito _____, no horário de _____ _____, no período de _____ a _____, conforme especificado abaixo:

( ) Do Sr(a) _____

( ) Visita aberta de familiares e amigos em virtude do estado clínico do paciente. Esta visita deverá ser realizada em sistema de revezamento, de forma que seja liberada a entrada de duas pessoas por vez, no máximo.

_____
Assinatura e carimbo do profissional responsável

3.2.1.5.12 MODELO DE CARTÃO DE VISITA RELIGIOSA

Nome do paciente: _____
Leito: _____

Eu, _____, solicito e autorizo a entrada do(a) Sr.(ª) _____, representante da instituição religiosa _____, para que venha prestar a mim ou ao meu familiar apoio religioso e/ou espiritual na data especificada abaixo, no seguinte período: _____.
Assinatura do paciente ou seu responsável: _____
Data: _____
OBS: Horário preferencial de visita: 14:30 às 15:30.

Assinatura e carimbo do profissional responsável: _____

P. M.
Fls 37
Ass.

REGISTRO DE VISITA PARA APOIO RELIGIOSO E/OU ESPIRITUAL

Contamos com a sua colaboração no sentido de cumprir as orientações abaixo:

- Para o apoio religioso e/ou espiritual, é permitida a entrada de apenas uma pessoa e esta deverá ater-se ao paciente que solicitou a visita.
- O tempo de visita é de no máximo 1h (uma hora). Contamos com a sua compreensão em realizá-la no horário preferencial de 14:30 às 15:30, não interferindo no horário regular de visita e colaborando no bom andamento das atividades hospitalares.
- Não é permitido tirar fotos ou filmar os usuários durante a visita;
- Nas dependências do hospital, o visitante para o apoio religioso e/ou espiritual deverá cumprir as normas da instituição, atentando para os cuidados de higiene, respeitando o silêncio e contribuindo para o bem-estar dos pacientes e tranquilidade do ambiente hospitalar.
- O seu apoio no cumprimento dessas orientações nos ajudará a não intervir, quando necessário, na realização de sua visita.

CIENTE DAS ORIENTAÇÕES ACIMA.					
DATA	NOME LEGÍVEL	ASSINATURA	Nº DO RG	INST. RELIGIOSA E TELEFONE	LEITO

P. M. A
Fls 572
Ass.

3.2.2.1 FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA

3.2.2.1.1 MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES NA EMERGÊNCIA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

Esta sessão está relacionada com a percepção que o usuário (pacientes e familiares) obtém de sua passagem pelo **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã gerenciado** pelo **ISSSL.**

As instruções gerais serão apresentadas aos pacientes e famílias através de painéis informativos, de fácil visualização e entendimento, na recepção geral do **PA** e em outros setores conforme necessidade. Estes painéis informarão as especialidades atendidas, estrutura de atendimento, fluxos de atendimentos (retirada de senhas, registro do atendimento), informações gerais sobre o sistema de atendimento com classificação de risco, entre outros. As demais informações gerais serão prestadas pelo Serviço de Recepção.

Informações de Estado Clínico dos Pacientes

As informações sobre estado clínico dos pacientes serão fornecidas pela equipe médica e equipe de enfermagem, de acordo com o nível da informação, conforme normatização a ser implantada.

Deverão ser prestadas informações prévias, pela equipe médica e equipe de enfermagem, sobre os procedimentos a serem realizados, esclarecendo todas as dúvidas do paciente e familiar, aplicando quando for o caso o Consentimento Informado.

Outras Informações

Informações mais detalhadas do processo de atenção, atendimento, transferências, dúvidas, reclamações serão prestadas pelo serviço de Ouvidoria e Assistência Social.

Informações Gerais

As instruções gerais serão apresentadas aos pacientes e famílias através de painéis informativos, de fácil visualização e entendimento, na recepção geral e em outros setores conforme necessidade.

Algumas informações que serão disponibilizadas:

- ✓ Não é permitido FUMAR nas dependências (Lei Federal nº. 9.120/80);
- ✓ Não será permitida a entrada de alimentos para pacientes e/ou acompanhantes;

P. M. A
Fls: 1573
Ass.:

- ✓ É proibida a entrada de pacientes e/ou acompanhantes trajando roupas curtas, decotadas ou transparentes;
- ✓ Lavar as mãos antes e após contato com pacientes;
- ✓ O manuseio de equipamentos deve ser feito apenas pela equipe médica ou de enfermagem.

3.2.2.1.2 LOCAIS ONDE SE EFETUARÁ AS INFORMAÇÕES

Informações gerais e da recepção serão prestadas na recepção
Informações de estado clínico do paciente serão prestadas nos locais de atendimento, de forma reservada.
Informações da Ouvidoria e Assistência Social serão prestadas em sala própria para esta finalidade (Sala de Atendimento Social).

Horários e Frequência

Por se tratar de Unidade de Saúde, as informações serão prestadas em tempo integral, de acordo com o fluxo de atendimento. Ou seja, Recepção, equipe médica e equipe de enfermagem, Assistência Social e Ouvidoria, tantas vezes quantas forem necessárias.

Sistema de Sinalização

Contará com um sistema de sinalização que permita a adequada localização dos setores, bem como indicação dos acessos permitidos e limitados aos usuários. No sistema de sinalização, apresentado através de placas indicativas contendo informações escritas e com ícones de identificação, contará com identificação dos setores e das salas na parte frontal, facilitando a visibilidade.

Implantação do Consentimento Informado

O consentimento informado é um documento que tem por finalidade oficializar a aceitação do paciente ou representante legal do mesmo, acerca do tratamento específico ou experimentação, o referido termo deve ser realizado por pessoa autônoma e capaz, a decisão deve ser tomada após processo informativo e deliberativo salientando todos os riscos de tratamento, trata-se de um direito do paciente que inclusive quando desrespeitado ou mal-conduzido pode trazer consequências na área jurídica.
O termo de consentimento informado é obrigatório de acordo com a Resolução 196/96- Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos com a lei n°8.078/90- dispõem sobre a proteção do consumidor e dá outras providências, o Código Civil Brasileiro e a Resolução 1.246/88- Dispõe sobre o Código de Ética Médica.

P. M. A
Fls 1574
Ass.

Procedimentos para a implantação do Termo de Consentimento Informado:

1. Manter o paciente informado sobre o procedimento e ou tratamento a ser realizado de acordo com grau de conhecimento e as condições clínicas e psíquicas do mesmo;
2. Proceder a abordagem sobre dados diagnósticos, prognóstico, tratamentos que serão efetuados assim como dos riscos anexos, benefícios e alternativas existentes;
3. A informação deve ser fornecida de forma oral e escrita;
4. Deve haver certeza que houve compreensão das informações descritas e disponibilizar quantas vezes for necessária releitura do termo e explicações orais.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu, ..., idade....., sexo.....,
identidade nº ....., (órgão expedidor).....residente na
.....
.....
abaixo assinado (ou sob a responsabilidade de .....
....., identidade nº .....,
órgão expedidor ..... seu pai/mãe/parente/outro abaixo identificado
residente na .....
.....
declaro ter lido ou ouvido o presente termo de consentimento informado que me foi extensamente explicado por meu (minha) médico(a), Dr(a). .....
.....e estou ciente do seguinte:

- Serei submetido ao procedimento .....
.....
pela técnica de.....
..... para tratamento de .....
.....com benefícios comprovados pela literatura médica;

P. M. A
Fls 515
Ass

- O procedimento acima descrito apresenta, de uma maneira geral, benefícios satisfatórios de até % dos casos, mas não existe garantia total de resultado;
- Poderá ocorrer maior ou menor grau de melhora em problemas que tenho associados à minha doença, como .....

.....

.....

.....;

- A técnica acima descrita que será utilizada me foi explicada com detalhes pelo(a) Dr(a) .....CRM: ..... que também me informou outras alternativas para o tratamento da minha doença acima discriminada;
- É necessária a minha cooperação com o tratamento, fazendo alterações no meu hábito de vida, tais como.....

.....

..... O procedimento pode acarretar riscos que me foram explicados e que compreendi, tais como.....

.....

.....

.....

.....e até mesmo o óbito;

- Riscos não esperados podem ocorrer, tais como.....

.....

.....

.....

- Pode ser necessária a modificação da técnica proposta bem como a realização de outros procedimentos por motivo de intercorrências, de complicações ou de achados inesperados e, caso haja tempo hábil, serei consultado para a sua realização.

Compreendo o que foi exposto acima e realmente desejo ser submetido a esse tratamento, e sei que posso retirar esta autorização em tempo hábil (antes do início do procedimento) por escrito. Desejo realizar meu procedimento na UPA.

Data: ...../...../..... Localidade: .....

Assinatura do paciente/responsável: .....

P. M. A
Fls 576
Ass.

Nome do responsável legal, com indicação do grau de parentesco (quando for o caso):

..... Identidade nº

..... Orgão Expedidor: .....

Assinatura do profissional de saúde: .....

1ª testemunha: Nome:.....

Identidade nº .....

Assinatra:.....

2ª testemunha:

Nome: .....

Identidade nº .....

Assinatura:.....

Termo de recusa livre e esclarecido

Logo da unidade

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente:

Data:

Termo de Recusa Livre e Esclarecido

Indicado pelo Dr. (a) abaixo mencionado (a) e sua equipe, médicos (a) credenciados ao NOME DA UNIDADE

1. Sobre o (s) seguinte (s) procedimento (s) :

P. M. A
Fls. 1577
Ass.

a que devo ser submetido (a), seus riscos, benefícios e possibilidades alternativas, bem comoas possíveis consequências de sua não realização.

2. Optei por não realizar o procedimento/ tratamento acima mencionado, podendo a qualquermomento autorizar a realização do procedimento/ tratamento que ora recuso, desde que presentes as condições clínicas indicadas.

3. Declaro ainda ter sido esclarecido e alertado sobre os possíveis riscos e eventuais sequelasirreversíveis, inclusive de morte a que estarei sujeito pela não realização do procedimento/ tratamento e usando dos direitos a que a lei me garante, não autorizo o tratamento indicado,assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidade da minha recusa.

4. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos eque me foi dado a oportunidade para anular quaisquer espações em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

○ Paciente ○ Responsável

Nome legível_____Assinatura:

_____ Parentesco:

4. _____Identidade:

Deve ser preenchido pelo Médico

5. Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito (e/ou ao seu responsável), explicando sobre os riscos e alternativas, e respondendo às perguntas realizadas. De acordo com meu entendimento, o paciente (e/ou ao seu responsável), está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome e assinatura do Médico:_____CRM n.º: _____

P. M. A
Fls. 1578
Ass.

3.2.2.1.3 INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÕES DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS DE CONTROLE DE RISCO PARA AS VISITAS AOS USUÁRIOS

- **Finalidade** Estabelecer procedimentos para controlar a entrada de visitas aos pacientes internados e de seus respectivos acompanhantes.

Âmbito De Aplicação Todos os colaboradores, pacientes, acompanhantes, religiosos (Pastoral), visitantes e principalmente aos setores de enfermagem, Serviço Social, Serviço de Recepção e as Portarias da UPA

- **Fundamentação Legal**

– Constituição da República Federativa do Brasil de 1998. Título VIII – Da Ordem Social (art. 193 a 232) – Seguridade Social.
– Lei nº 8.069, de 13/07/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
– Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.
– Política Nacional de Pessoa Portadora de Deficiência – 7.853/89 e Decreto 3.298/99
– Lei nº 10.741, de 01/10/2003 – (Estatuto do Idoso).
– Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – Ministério da Saúde: 2006.

- **Conceitos Básicos**

– Acompanhante: Considera-se acompanhante a pessoa pertencente ou não à família do paciente, a princípio escolhida sempre pelo próprio, exceto se não se encontrar em condições para isto. O acompanhamento familiar contribui muito na preparação da alta do paciente, e consequentemente na continuidade dos cuidados.
– Visitante: Considera-se visitante pessoa da família ou que tenha algum tipo de vínculo com o paciente.
– Colaboradores: Pessoas que contribuem com a missão e visão (servidores, professores, residentes, voluntários, discentes e funcionários de empresas terceirizadas).
– Conforto Espiritual: Atendimento prestado por religiosos aos pacientes internados. Com espaço para todos os credos religiosos, indistintamente, desde que os mesmos respeitem as normas básicas de boa conduta e os pacientes internados.

P. M. A
Fls. 1379
Ass.

- **Normas**

Direito à Visita

Todo paciente internado tem o direito de ser visitado diariamente, nos horários previamente determinados, desde que não haja restrições.

Horário e Número de Visitantes

Sala Vermelha

10h00 às 12h00

14h00 às 18h30

Para cada um dos horários acima estabelecidos será permitido 1 (um) visitante por vez, limitando-se a 4 (quatro) visitantes.

Pacientes Internados nas Observações (Adulto e infantil / Masculino e Feminino)

10h00 às 19h00

É permitido 1 (um) visitante por vez, sem limite de visitantes.

3.2.2.1.4 ACESSO DOS VISITANTES

Critérios para liberar a entrada:

a) Apresentar documento de identificação com foto (RG, Carteira de Motorista, etc.);
b) ser maior de 12 anos, as exceções serão avaliadas e autorizadas pelo pela enfermeira da Unidade;
c) não estar trajando roupas inadequadas (sem camisa, roupas transparentes, minissaia, decote avantajado, bermuda, camiseta sem manga, etc.);
d) não estar portando gêneros alimentícios;
e) não apresentar sintomas de embriaguez ou utilização de drogas ilícitas;
f) não estar fumando;
g) não estar abalada emocionalmente de forma a prejudicar o paciente internado;
h) portar etiqueta de identificação adequada à unidade de acesso;
i) estar com calçado fechado quando a visita for destinada a UTI.
j) não trazer cigarros, bebidas alcoólicas ou drogas, bem como bolsas, celulares, sacolas, entre outros.

Obs.: No caso de presidiário/custodiado internado, acompanhado/escoltado por policiais, fica a critério de autoridade policial a autorização para o paciente receber visita.

P. M. A
Fls 560
Ass.

Uso de etiqueta de identificação

a) Portar etiqueta de identificação (fornecido pela recepção) à altura do peito em local bem visível.

b) Objetivando um melhor controle, somente será permitida a entrada da 2ª visita e das demais sucessivamente após a saída do visitante anterior, com a devida etiqueta devolvida e dada baixa em sistema informatizado.

Medidas de Orientação

a) É de responsabilidade da equipe de enfermagem realizar as orientações cabíveis para acesso de visitantes e acompanhantes nos leitos, principalmente no que diz respeito à higienização das mãos/antebraços e utilização de vestimenta conforme rotina de cada setor.

b) É proibida a realização de procedimentos por visitantes e acompanhantes, mesmo que este tenha conhecimento para tal.

Obs.: Fica a critério da equipe multidisciplinar da unidade verificar a necessidade de os acompanhantes realizarem procedimentos sob supervisão, para:

- orientação de alta;
- verificação de procedimentos domiciliares e, portanto, necessitam treinamento durante a internação;
- demais providências necessárias à plena recuperação do paciente.

Em todos os casos caberá ao enfermeiro responsável pela unidade a autorização final.

c) A dieta oral poderá ser oferecida pelo acompanhante em situações extraordinárias, com autorização, orientação e responsabilidade do enfermeiro responsável pela unidade e/ou casos estabelecidos pelo Estatuto do Idoso ou da Criança.

Orientação do Quadro Clínico

a) As informações médicas serão transmitidas somente pelo médico assistente sempre pessoalmente e nos horários de boletim médico (não serão passadas informações clínicas por telefone).

b) O enfermeiro responsável pela unidade deverá integrar à equipe multiprofissional que cuida do paciente e prestar informações sobre o cuidado e os procedimentos realizados durante a internação deste.

Das Proibições

a) Fica terminantemente proibida a entrada de acompanhantes/visitantes com qualquer espécie de alimento.

P. M. A
Fls. 561
Ass.

Observações:

Em situações especiais deverá ser solicitada autorização do Serviço de Nutrição e Dietética, o qual fará a avaliação adequada e fornecerá, conforme o caso, uma autorização formal (por escrito);

A solicitação somente poderá ser realizada no horário de visita, na Recepção ou na própria enfermaria.

a) É terminantemente proibido tirar fotos ou realizar filmagens nas dependências do PS, seja com celular, máquina fotográfica, filmadora outro equipamento.
b) Visitar outros leitos e ficar circulando pelos corredores
c) Acesso de visitantes com qualquer tipo de doença infecciosa (gastroenterite, respiratório, entre outras), dermatites, abscessos.

Observações:

a) É terminantemente proibido lavar roupas pessoais ou dos pacientes, na enfermaria, ou mesmo a secagem nas dependências/enfermaria.
b) É proibido sentar-se nos leitos dos pacientes.
c) Falar em voz alta e fazer barulho excessivo.
d) Fumar em qualquer dependência.
e) Fechar as portas das enfermarias.

Diversos

Direito/Revezamento entre Acompanhantes

a) O paciente terá direito a um acompanhante, segundo determina a legislação (Estatuto do Idoso, ECA, entre outras), ou de acordo com determinação da equipe multiprofissional.

Observações:

Revezamento entre acompanhantes deverá ser realizado nos horários das 06h00 às 08h, 12h30 às 13h00 e das 18h00 às 19h00;

Acompanhante só deverá sair nos horários estabelecidos no regulamento interno;

Em situações extraordinárias, fica a critério da equipe multiprofissional responsável pela unidade liberar o revezamento em outro horário;

O revezamento deverá ocorrer na Recepção Principal.

a) É vetado acompanhante em unidades de terapia intensiva ou de isolamento, a não ser que haja autorização expressa, com as devidas justificativas da equipe multiprofissional, a qual deverá orientá-lo.

P. M. A
Fls. 1588
Ass.

3.2.2.1.5 ACESSO DOS ACOMPANHANTES:

Caso o acompanhante/visita extra não possua autorização, informar a sua presença ao enfermeiro responsável pela unidade e ao Serviço Social;

a) Identificar o visitante/acompanhante:

No caso de visita normal registrar os dados de todos os visitantes, para cada paciente internado em sistema informatizado para a liberação do mesmo;

No caso de substituição de acompanhante e/ou de visita extra (horário diferenciado autorizado pelo enfermeiro responsável ou acompanhado pelo assistente social após contato prévio com a enfermagem), registrar em sistema informatizado para a liberação do mesmo;

Orientar o visitante de que somente poderá ter acesso (conversar) com os enfermeiros dentro do horário de visita;

b) Após a identificação do visitante, entregar a etiqueta de identificação do visitante ou acompanhante;

c) Encaminhar os visitantes aos porteiros para liberação da entrada.

Do Visitante/Acompanhante

a) Para que acompanhantes e visitantes possam entrar na Unidade será necessário apresentar o documento de identidade na recepção da portaria principal, identificação do mesmo através de sistema informatizado. O visitante/acompanhante estará recebendo um crachá de identificação para sua entrada;

b) Seguir as normas e rotinas previstas nesta Norma e as orientações oferecidas pelos colaboradores do PS.

c) Utilizar permanentemente etiqueta de identificação, trazendo-o à altura do peito, em local bem visível.

a) Obs.: DEVOLVER O CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO, AO SAIR.

d) Não fumar nas enfermarias e corredores. Existem locais apropriados para isso.

e) Não trazer alimentos de fora, pois a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde de cada paciente.

f) Sempre que necessário, lavar as mãos e ter outros procedimentos de higiene, para evitar a infecção hospitalar.

P. M. A
Fls. 1383
Ass.

g) Não tocar nos aparelhos, a não ser que seja solicitado ou autorizado por alguém da equipe médica ou de enfermagem.
h) Cuidar de sua higiene pessoal, para evitar a contaminação no ambiente hospitalar.
i) Preocupar-se com os seus pertences, pois o OS não se responsabiliza por eles, em caso de furto, sumiço, etc.
j) Não interferir no tratamento do paciente, pois a equipe do PS está sempre fazendo o melhor para ele.
k) Respeitar os direitos dos outros pacientes, especialmente os que estão internados no mesmo ambiente, evitando barulho ou desordem.
l) Sair das dependências dentro dos horários previstos nesta Norma.
m) Não usar celular para ligações ou realizar fotografais ou filmagens durante as visitas ou durante o atendimento ao paciente.
n) Evitar fazer visitas ou acompanhar paciente se estiver doente.
o) Evitar andar em outras alas ou enfermarias.
p) O acompanhante deverá evitar sair.

ATENDIMENTO

3.2.2.1.6 PROPOSTA PARA A IMPLANTAÇÃO DE ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES

Na visão ampliada de saúde, cuidar é um conceito abrangente que, para além dos tratamentos biomédicos, aponta para a criação de um ambiente que permita à pessoa doente ou hospitalizada a descoberta ou a releitura do sentido e do valor de sua existência para aqueles que a rodeiam e para si. O cuidado gera segurança e confiança, possibilita que a pessoa reencontre e manifeste a sua vitalidade, favorecendo a eficácia dos tratamentos. Remeter a pessoa a esse estado é o principal objetivo do cuidar.

Do ponto de vista fisiológico, a visita e o acompanhante estimulam a produção hormonal no paciente, diminuindo o seu estado de alerta e a ansiedade frente ao desconhecido, trazendo mais serenidade, confiança e, em consequência, uma resposta mais positiva aos tratamentos. Assim, tudo que vier dos territórios afetivos e permitir essa afirmação íntima pode contribuir para o seu tratamento, principalmente se o paciente for idoso, criança, adolescente ou portador de necessidades especiais.

P. M. A
Fls 364
Ass

3.2.2.1.7 MANUAL DE CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES DE USUÁRIOS IDOSOS E PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS E VULNERÁVEIS

Apresentação

O presente manual define as formas de acomodação e a conduta para os acompanhantes de pacientes idosos e portadores de necessidades especiais, conforme a legislação.

Objetivo

Oferecer aos pacientes idosos, crianças e portadores de necessidades especiais um atendimento humanizado e de qualidade, visando uma recuperação mais rápida, na medida em que os mesmos se sintam acolhidos não só pela equipe multiprofissional, como também por seus familiares e/ou responsáveis.

Segue abaixo instruções de formas de acomodação e a conduta para os acompanhantes dos pacientes acima citados, conforme a legislação:

Todos os pacientes idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais terão na Instituição um atendimento humanizado e de qualidade, visando uma recuperação mais rápida, na medida em que os mesmos sintam-se acolhidos não só pela equipe multidisciplinar, como também por seus familiares e/ou responsáveis, ou seja, reconhecendo no passado, excelência no presente e futuro, priorizando o bem estar do cliente e dos profissionais que atuam com seriedade nas relações, transparência e ética, satisfação do cliente, responsabilidade social, qualidade, disciplina, austeridade, motivação, crescimento profissional e promoção humana;

Será mantida a inserção social do doente durante o período de observação, permitindo a ele a presença de um familiar para acompanhá-lo;

Todo paciente que tenha idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, crianças e adolescentes têm direito a um acompanhante, estando ele em observação ou nos atendimentos ambulatoriais, conforme legislação: Lei nº 10.741 De outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), Lei nº 8.069 De julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) e Lei nº 7853 de 24 de outubro de 1989 (Portador de Necessidades Especiais);

O acompanhante será orientado quanto às normas da Instituição e poderá permanecer em período integral;

A equipe orientará os familiares e/ou responsáveis quanto ao seu papel de cuidadores que será também acolhido de forma humanizada por toda equipe multidisciplinar;

O paciente poderá optar pelo acompanhante que desejar;

P. M. A
Fls 1585
Ass.

O acompanhante participará também na recuperação do paciente, no sentido de comunicar à equipe alterações no quadro clínico;

O acompanhante terá acesso às informações referentes a seus pacientes;

Será assegurado ao acompanhante uma cadeira ao lado de seu paciente, tanto no consultório médico, quanto na observação;

O acompanhante deverá usar uma etiqueta de identificação fornecida pela recepção;

O familiar ou responsável deverá acompanhar o paciente em remoção para outra unidade de saúde;

A presença do acompanhante é de extrema importância para a recuperação do paciente;

O acompanhante deverá ter mais que 18 (dezoito) anos;

Deverá permanecer ao lado de seu paciente, evitando circular em outras dependências da Instituição;

Não será permitida a entrada de alimentos e lanches.

Os objetos pessoais dos pacientes serão entregues aos responsáveis devidamente protocolados.

No caso do paciente estar sozinho, seus objetos pessoais ficarão sob a guarda do serviço de segurança até a chegada do responsável;

O acompanhante deverá evitar barulho excessivo, respeitando o ambiente;

O acompanhante deverá seguir as normas e poderá acompanhar seu paciente na observação, em período integral. Desta maneira, o espaço será percebido pela pessoa doente e seu acompanhante como um lugar seguro quando nele os profissionais de saúde atuam como promotores e guardiões da integridade da vida.

Todo paciente que tenha idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e portadores de necessidades especiais têm direito a um acompanhante, estando ele internado ou em observação.

O acompanhante será orientado quanto às normas e poderá permanecer em período integral.

Será garantido para o acompanhante as duas refeições (almoço e jantar), exceto os acompanhantes de pacientes pediátricos onde será garantido três refeições (café da manhã, almoço e jantar).

A troca do acompanhante poderá ser feita diariamente nos horários das 06h00 às 08h00, 12h30 às 13h00 e das 18h00 às 19h00.

3.2.2.1.8 POLÍTICA DE DIREITOS E DEVERES DOS PACIENTES E FAMILIARES

Finalidades

Definir os direitos e responsabilidades dos pacientes e familiares.

P. M. A
Fls 586
Ass.

Descrição

A Instituição reconhece sua responsabilidade na definição e divulgação de diretrizes que protejam os direitos e assegure mas responsabilidades do paciente e de seus familiares. Desta forma, com base nas leis e regulamentos vigentes, bem como calcada nos valores de seu próprio Código de Ética, a Instituição adota a lista abaixo como norteadora daquilo que identifica como direitos e responsabilidades de seus usuários.

3.2.2.1.9 DIREITOS DOS PACIENTES E FAMILIARES

- Receber atendimento digno, atencioso e respeitoso, sem qualquer preconceito ou discriminação;
- Ser identificado por nome completo e data de nascimento e tratado pelo seu nome e não de modo genérico, ou pelo nome de sua doença, número, código ou qualquer outra forma desrespeitosa ou preconceituosa;
- Poder identificar através do crachá com fotografia, nome e departamento a que pertence.
- Receber informações sobre as normas da instituição de proteção de seus pertences pessoais
- Tem direito a receber informações claras, simples e compreensivas, por parte da equipe que o assiste, adaptadas à sua condição cultural, a respeito de seu diagnóstico, opções terapêuticas e riscos envolvidos;
- Receber informações sobre medicamentos que lhe serão administrados, bem como procedência de sangue e hemoderivados, antes de recebê-los;
- Receber tratamento adequado para controlar e minimizar dores físicas; de acordo com diretrizes ou protocolos clínicos da instituição.
- Consentir ou recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, de forma livre e voluntária, após receber adequada informação, desde que não esteja em risco de vida; No caso de impossibilidade de expressar sua vontade, o consentimento deve ser dado, por escrito, por seus familiares ou responsáveis;
- Ter acesso ao seu prontuário de acordo com a legislação vigente e conforme as normas da instituição. O prontuário deve incluir o conjunto de documentos e informações padronizadas sobre o histórico do paciente, princípios e evolução da doença, condutas terapêuticas e de mais anotações clínicas;
- Ter resguardado a confidencialidade de todo e qualquer informação, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete risco a terceiro ou à saúde pública.
- Receber ou recusar assistência psicológica e religiosa;
- Ter valores éticos e culturais;

P. M. A
Fls. 1587
Ass.

- Ter garantida a sua segurança, individualidade, privacidade, integridade física, psiquica e moral; Para tanto, o paciente tem direito a manter sua privacidade, com atendimento em lugar adequado e conduta profissional que resguarde esta privacidade;
- Ter assegurados, em se tratando de crianças e adolescentes, indivíduos deficientes ou idosos, seus direitos de acordo com a legislação vigente e política da instituição;
- Ter o direito de acompanhante de sua escolha durante todo o período da internação, de acordo com as normas da instituição,
- Ser estimulado a participar de todas as decisões sobre seus cuidados, tendo a garantia que a equipe que o assiste fornecerá informações e esclarecimentos acerca de dúvidas, resultados do cuidado e do tratamento, bem como resultados não previstos.
- Poder indicar familiar ou responsável para tomar decisões a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos inclusive no que se refere a tratamentos, cuidados e procedimentos e medidas de ressuscitação ou outros tratamentos de sustentação da vida, aplicável a maiores de 18 anos ou legalmente antecipados;
- Expressar suas preocupações ou queixas para direção da Instituição, através de Serviço de Ouvidoria e receber informações e esclarecimentos pertinentes, de acordo com suas normas e regulamentos;
- Solicitar segunda opinião médica em relação ao seu diagnóstico ou tratamento e, se desejar, substituição do médico responsável pelo seu atendimento, conforme política da instituição;
- Ter a assistência respeitosa e com compaixão no fim da sua vida e ser tratado com dignidade e respeito após sua morte e não ter nenhum órgão ou tecido retirado de seu corpo sem sua previa autorização, de sua família ou do responsável legal;

3.2.2.1.9.1 RESPONSABILIDADES E DEVERES DOS PACIENTES E FAMILIARES

- Dar informações completas e precisas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias, uso de medicamentos ou substâncias que provoquem fármaco dependência, procedimentos médicos pregressos e outros problemas relacionados à sua saúde;
- Seguir as instruções recomendadas pela equipe multiprofissional que assiste o paciente, sendo responsável pelas consequências de sua recusa;
- Conhecer e respeitar as normas e regulamentos
- Zelar e responsabilizar-se pelas instalações da Instituição colocadas à sua disposição

P. M. A
Fls. 1588
Ass.

- Respeitar os direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviços da Instituição, tratando-os com civilidade e cortesia, contribuindo no controle de ruídos, número e comportamentos de seus visitantes;
- Ser responsável por toda e qualquer despesa incorrida durante a internação e/ ou atendimento ambulatorial ou indicar o responsável legal e financeiro pelo seu tratamento, informando sobre quaisquer mudanças nesta indicação;
- Respeitar a proibição do fumo, extensivo aos seus acompanhantes e visitantes, conforme a legislação vigente;
- Em se tratando de crianças, adolescentes ou adultos considerados incapazes, as responsabilidades acima relacionadas, deverão ser exercidas pelos seus responsáveis legais, devidamente habilitados.
- Na internação/Observação é oferecido ao paciente e/ ou seu familiar responsável, um guia com informações sobre os serviços e funcionamento que contém a lista completa dos Direitos e Responsabilidades. A referida lista também pode ser facilmente acessada em quadros informativos distribuídos em locais de fácil visualização, tanto para funcionários quanto para pacientes e familiares.
- Quando algum direito for ferido ou responsabilidade não cumprida, o líder da unidade buscará garantir sua adequação, enquanto representante da instituição. Em última instância, tanto pacientes e familiares, quanto à própria instituição, contam com o auxílio do Ouvidoria, que fará interface.

P. M. A
Fls. 349
Ass.

3.2.2.2 ATENDIMENTO AO USUÁRIO

3.2.2.2.1 PROPOSTA PARA A IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário (pacientes, familiares, comunidade)

Trata-se de um serviço que facilita a comunicação entre a unidade de saúde, o usuário e sociedade. Através deste serviço a singularidade das necessidades dos clientes é respeitada e uma nova imagem de organização voltada para humanização é destacada, como forma de se obter também excelência em serviços. Essa estratégia se baseia na premissa de que a qualidade de atenção e do cuidado, assim como o acolhimento e atenção personalizada pode fazer muito pelos pacientes, no sentido de se sentirem humanos num ambiente onde a tecnologia aumenta a cada dia.

Os elogios, queixas, sugestão e agradecimentos poderão ser realizados por meio de contato pessoal, internet, telefone, pesquisa de satisfação do usuário preenchido no término do atendimento e formulário que deveram ser colocados nas caixas de sugestão que ficaram espalhadas em locais visíveis e de fácil acesso.

- O SAU deverá abrir um canal de resposta ao cliente através do atendimento pessoal e sistema de mala direta. Devendo registrar e arquivar todas estas informações que deverá gerar número de protocolo.
- As respostas deverão ser encaminhadas num prazo máximo de 10 (dez) dias úteis para o usuário, desta maneira as chefias deverão enviar os retornos para a ouvidoria em até 5 (cinco) dias úteis a contar da data do registro.
- As respostas só poderão ser fornecidas aos usuários que se identificarem e fornecerem endereço ou telefone para contato.
- Para obtermos informação contínua de satisfação do usuário serão estabelecidas pesquisas de satisfação anuais com os pacientes, Ambulatório e Unidades de Internação.
- As caixas de sugestão ficarão espalhadas em locais visíveis com formulário menor e mais objetivo. Estes formulários serão recolhidos diariamente, analisados e respondidos aos clientes que se identificarem.
- Diariamente (exceto sábados, domingos e feriados) os pacientes que estiverem de alta receberão visita do profissional do SAU para realização de satisfação e avaliação, neste momento o paciente e/ou o acompanhante poderá expressar suas opiniões em relação ao serviço o qual necessitou. Sobre estes formulários será analisada, ao término do mês, a satisfação do usuário em relação ao serviço.

A Instituição oferecerá o serviço de atendimento ao usuário que terá como horário de funcionamento de segunda à sexta-feira das 08h00 às 17h48.

P. M. A
Fls 390
Ass.

3.2.2.2.1.1 REGIMENTO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

Capítulo I - Da finalidade

Art. 1º- o SAU desta unidade de atendimento existe para estabelecer um canal ágil e direto entre o cliente externo e o Pronto Socorro, visando humanizar e estreitar a relação com o cliente. Buscando soluções práticas e efetivas para os principais problemas da organização sob a ótica do cliente, identificar nas críticas as oportunidades de melhoria, inovando constantemente seus serviços. Identificar as necessidades dos usuários, manterem a maior credibilidade e fortalecimento da imagem da organização junto à população.

Capítulo II - Da organização

Art. 2º - O SAU será constituído por auxiliares administrativos.

Capítulo III - Da competência

Art. 3º - Compete ao SAU:

- Receber a queixa, elogios, sugestões e agradecimentos, documentar em protocolo próprio e encaminhar as solicitações para os responsáveis de cada área.
- Checar as informações e responder ao usuário que se identificar ou a um representante da comunidade beneficiada pelo atendimento.
- Acompanhar as providências adotadas, garantindo o direito de resolutividade e manter o requerente informado do processo.
- Atender sempre o manifestante com cortesia e respeito, sem discriminação ou pré-julgamento, dando-lhe uma resposta à questão apresentada, no prazo de até 10 (dez) dias úteis.

Capítulo IV - De pessoal e suas atribuições

Art. 4º- São atribuições do auxiliar administrativo:

- Receber com solicitude as críticas, sugestões, elogios e agradecimentos do público e encaminhá-las aos setores competentes para averiguação. Devendo o setor retornar com solução do caso para o SAU no prazo máximo de2 (dois) dias úteis.
- Responder ao usuário que se identificar no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis.
- Agir com ética, integridade, transparência, imparcialidade e justiça.

P. M. A
Fls 591
Ass.

- Exercer suas funções com independência, autonomia, seguindo o Regimento Interno com objetivo de garantir o direito e o respeito à pessoa humana.
- Registrar todos os atendimentos e arquivá-los.
- Gerar número de protocolo de atendimento e informá-lo ao usuário.
- Recolher diariamente os formulários da caixa de sugestão e os questionários de satisfação das pastas setoriais e enviar as respostas para o cliente.

Art. 5º- Todas as investigações serão conduzidas de forma sigilosa.

Capítulo V - Das disposições gerais

Art. 6º - Não é permitido receber qualquer gratificação.

Art. 7º - O colaborador do SAU não poderá se utilizar das prerrogativas do cargo que ocupa para obter vantagens de ordem pessoal.

Art.8º - Não será permitida a permanência de estranhos à seção, sem autorização da chefia.

Art.9º - O atendimento será sempre de forma cortes e atenciosa por parte do colaborador.

Art.10º - O atendimento não sofrerá qualquer restrição relativa a sexo, raça, religião, opção sexual, condição sócio-econômica.

Art.11º- Cabe ao responsável pelo serviço manter este regimento devidamente atualizado.

Art.12º - Todos cumprirão horário de trabalho estabelecido.

Art.13º- Não será permitida a permanência de estranhos à seção, sem autorização da chefia.

Art.14º- Todos os colaboradores seguirão as instruções contidas neste regimento.

Art.15º- Toda e qualquer saída de colaborador da seção deverá ser autorizada, por escrito, pela chefia.

Art.16º- Este regimento deverá ser observado na íntegra por todos os colaboradores da unidade.

Art.17º- O presente regimento serve como instrumento de definição de atividades e instalações de autoridade, devendo ser aplicado a todos sem qualquer exceção.

Art.18º- Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Diretoria Executiva.

Art.19º - O presente regimento entra em vigor a partir da data de implantação do mesmo e a devida assinatura da Diretoria e Responsável pelo setor.

P. M. A
Fls 592
Ass.

3.2.2.2.1.2 ATRIBUIÇÕES

- Orientar e Informar os usuários acerca das normas e rotinas institucionais;
- Oferecer o instrumento de Avaliação do Atendimento aos usuários dos serviços prestados, como forma de obter um retorno a respeito dos usuários em tempo real, objetivando re-qualificar os serviços prestados à população, atuando em parceria e sintonia com a equipe da unidade de qualidade;
- Encaminhar os usuários que se apresentarem com dúvidas a cerca dos serviços existentes;
- Encaminhar para acompanhamento social, usuários que requeiram abordagem minuciosa e apreciativa do Serviço Social;
- Receber as críticas e dúvidas, seja pessoalmente, formalmente ou e-mail, respondendo a todas as demandas;
- Emitir relatório mensal.

P. M. A
Fls 593
Ass

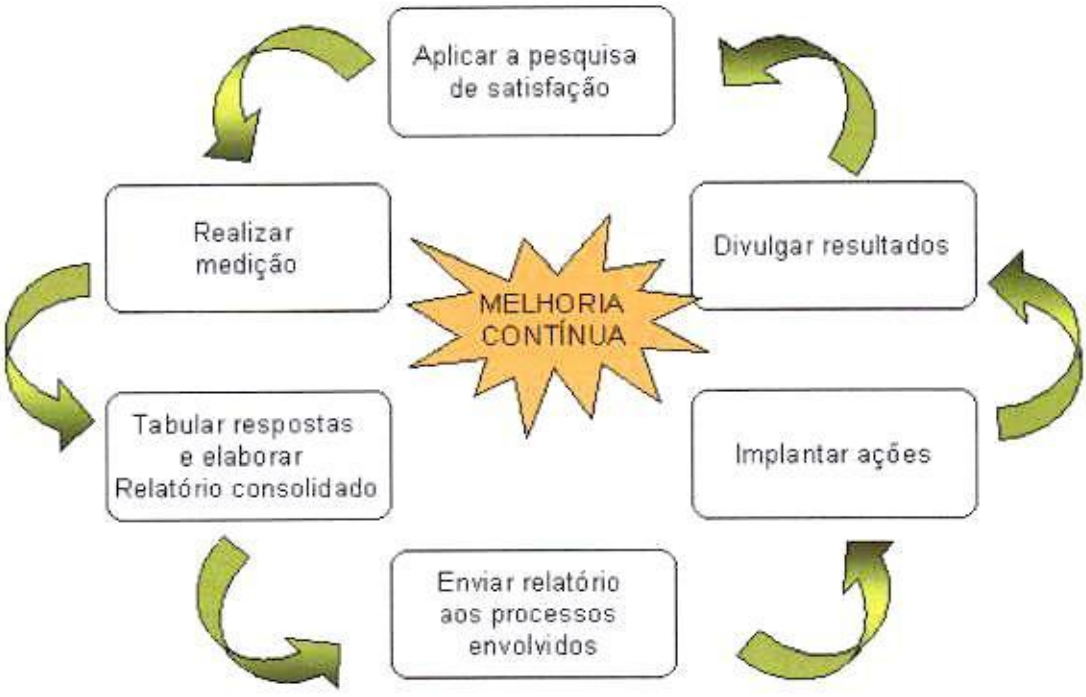
3.2.2.2.1.3 PROPOSTA DE PESQUISA PERIÓDICA/ CONTÍNUA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO, COM DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES

A proposta de pesquisa periódica está devidamente descrita conforme abaixo:

1. Realizar medição da satisfação do usuário	SAU	Pesquisa de Satisfação dos Usuários	Uma vez ao ano é disponibilizada a pesquisa de satisfação dos usuários nas Unidades de Internação. A ferramenta questionário é elaborada por meios próprios em conjunto com SAU, Qualidade e Equipe Multidisciplinar.
2. Consolidar relatório	Supervisão	Pesquisa de Satisfação dos Usuários	Analisar dados da pesquisa de satisfação dos usuários para a consolidação dos usuários.
3. Encaminhar o relatório consolidado para os processos envolvidos	SAU	Relatório Consolidado	Encaminhar relatório consolidado da pesquisa de satisfação para diretoria e gerentes.
4. Avaliar o resultado dos processos	Coordenadores dos processos e Alta Direção	Relatório Consolidado	Esses dados também são avaliados nas análises de objetivos estratégicos.
5. Abrir Não Conformidade Real (NRC) para os itens/processos que obtiveram nível de satisfação inferior a 85% e abrir Sugestão de Melhoria para os itens/processos que obtiveram nível de satisfação superior a esse índice.	SAU	Tratamento de Não Conformidade Real ou Potencial e Sugestão de Melhoria	Encaminhar NCR aos gestores para elaboração dos planos de ação.
6. Divulgar resultado na intranet	Qualidade	Intranet	Divulgar resultado na intranet.

P. M. A
Fls 1594
Ass.
1594

As reclamações ou sugestões formalizadas nas pesquisas de satisfação de clientes seguem o fluxo apresentado abaixo:



P. M. A
Fls. 1595
Ass.

3.2.2.2.1.4 PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Objetivo

A Pesquisa de Satisfação do Cliente tem por finalidades:

- ✓ Mensurar a opinião dos Usuários sobre todos os serviços prestados pela Instituição, subsidiando a Direção/Coordenação no aprimoramento e monitoramento da imagem e das atividades frente à comunidade;
- ✓ Fortalecer a relação Usuário/Instituição, disponibilizando um canal de comunicação aberto para sugestões;

3.2.2.2.1.4.1 FORMULÁRIO DE PESQUISA

A Pesquisa de Satisfação do Cliente tem por finalidades:

- ✓ Mensurar a opinião dos Usuários sobre todos os serviços prestados pela Instituição, subsidiando a Direção/Coordenação no aprimoramento e monitoramento da imagem e das atividades frente à comunidade;
- ✓ Fortalecer a relação Usuário/Instituição, disponibilizando um canal de comunicação aberto para sugestões;

P. M. A
Fls. 596
Ass.

Comentários

Preencha os dados abaixo:
(opcional)

Nome: _____

_____

RG/CPF: _____

Telefone: _____

Email: _____

Sugestões e elogios

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Deseja receber retorno
( ) Sim ( ) Não

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

ISSSL Instituto Social de Saúde São Lucas

SUS Sistema Único de Saúde

Para sugestão, dúvidas ou reclamação, entre em contato:

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO



Sua opinião é muito importante para a melhoria de nossos serviços

ISSSL SUS

P. M. A
Fls 13 97
Ass.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Data: _____/_____/_____

Setor de atendimento ao paciente:

( ) P.A
( ) Ambulatório
( ) Internação

Período de atendimento:

( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite

Informe seu grau de satisfação:

EXCELENTE BOM INSATISFATÓRIO NÃO UTILIZADO

1- Recepção

2- Enfermagem

3- Médicos

4- Nutrição/Alimentação

5- Higiene/Limpeza

6- Fisioterapia

7- Estrutura Hospitalar

8- Exames Laboratoriais

9- Exames de Imagem
(Raio X, Tomografia, Ultrassom, Endoscopia)

10- Acomodação

11- Controle de Acesso

12- Serviço Social

13- Outros Serviços
Qual/Quais? _____

Algum funcionário destacou-se no seu atendimento?
Nome: _____
Função: _____
Porque? _____

Você voltaria a utilizar nossos serviços ou os recomendaria?
( ) Sim ( ) Não
Porque? _____

Quem respondeu o questionário?
( ) Paciente ( ) Acompanhante

P. M. A
Fls 599
Ass.

3.2.2.2.1.5 MONITORAMENTO DA MANIFESTAÇÃO DO CLIENTE

Verificar o funcionamento de estruturas organizacionais que permitam o monitoramento e a avaliação das manifestações dos clientes dos serviços hospitalares, incluindo reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitações de informações. Tais manifestações deverão ser registradas por meio de canais de comunicação presenciais (Ouvidoria ou Serviço de Atendimento ao Cliente), à distância (Serviço de Atendimento ao Cliente, acessado por telefone ou correio) ou eletrônicos (e-mail, formulário eletrônico), disponibilizados pela organização.

Ações de melhoria deverão ser desencadeadas a partir de reclamações e sugestões relacionadas à qualidade e segurança dos pacientes internados ou atendidos nos serviços de urgência/emergência.

Domínio: Centralidade no paciente

Relevância: Essencial

Importância: Monitorar e avaliar de forma eficaz as manifestações dos clientes constitui um aspecto de extremo valor para o fortalecimento da qualidade da gestão e da atenção prestada pelas Unidades de Saúde. A importância em especial das reclamações e sugestões advém de sua forte correlação com o grau de satisfação dos clientes. Atualmente, há uma maior tendência de os clientes dos serviços hospitalares quando insatisfeitos demonstrarem o seu desagrado.

O foco deste indicador são as reclamações e sugestões relacionadas à qualidade e segurança dos pacientes internados ou atendidos pelos serviços de urgência/emergência, particularmente questões relacionadas aos direitos do paciente, gerenciamento clínico do paciente, cuidado ao paciente, controle de infecção, uso de medicamentos, entre outras.

Definição de Termos utilizados no Indicador:

a) Numerador

b) Denominador

P. M. A
Fls. 1599
Ass.

Definições:

1. Registro de reclamações e sugestões: registro escrito de queixas recebidas de forma presencial, por telefone, ou por mensagem em meio eletrônico.
2. Rotinas de tratamento de reclamações e sugestões: forma sistematizada e que siga definição organizacional de tratamento de reclamações e sugestões.
3. Evidências de ações de melhoria: atas de reuniões que tratem de reclamações e sugestões, ciclos de melhoria registrados, exemplos com provas.

Interpretação

Quanto maior o número de ações de melhoria desenvolvidas a partir de queixas e sugestões, maior o envolvimento da instituição com a centralidade do cuidado no paciente.

Publico–alvo: Pacientes de todas as idades, internados ou atendidos pelos serviços de urgência/emergência, seus familiares e acompanhantes.

Usos:

- Criar na organização um propósito constante de monitorar as necessidades, expectativas e preferências dos usuários, como componente essencial da qualidade dos cuidados de saúde.
- Contribuir para a gestão eficaz das reclamações dos usuários de modo a convertê-las em importante ferramenta de avaliação da qualidade dos serviços oferecidos.
- Identificar áreas de falhas nos serviços oferecidos e pontos de descontentamento dos usuários.
- Identificar oportunidades de melhoria por meio de sugestões oriundas dos clientes.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O número total de reclamações ou sugestões não é usado para comparação na literatura, tampouco o número de ações de melhoria. No entanto, estes aspectos são avaliados durante as visitas de acreditação, por exemplo.

Meta

Número crescente de ações de melhoria relacionadas a reclamações ou sugestões de pacientes

P. M. A
Fls 1600
Ass.

Fontes dos Dados

Registro de reclamações e sugestões por meio de formulários disponibilizados pela organização para preenchimento presencial ou em portal do OS na Internet; mensagens recebidas por meio eletrônico; telefonemas recebidos pelo Serviço de Atendimento ao Cliente ou serviço equivalente.

Ações de melhoria.

Ações Esperadas para Causar Impacto no Indicador

Análise das reclamações e sugestões pelas áreas envolvidas e desenvolvimento de planos de ação.

Monitoramento das reclamações e sugestões: número, áreas envolvidas, tipologia.

Monitoramento das ações de melhoria: número de ações em desenvolvimento, número de ações concluídas.

Limitações

As manifestações dependem dos clientes, e, portanto, seu número varia segundo as características dos mesmos.

Muitas reclamações não têm relação direta com a qualidade do cuidado propriamente dito, revelando muitas vezes aspectos outros.

A depender do número de reclamações e de sua natureza, não é possível desenvolver planos de ação para todas elas.

Para que os dados sejam válidos é essencial a existência e funcionamento efetivo de Ouvidoria ou Serviço de Atendimento ao Usuário, com atendimento presencial e de fácil acesso, que tenha rotinas bem estabelecidas para registro das reclamações e sugestões.

P. M. A
Fls 601
Ass.

3.2.2.3 - OUVIDORIA

3.2.2.3.1 PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE OUVIDORIA VINCULADA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Introdução:

O Ministério da Saúde, a partir da responsabilidade inerente ao gestor federal, desenvolve estratégias e ações para melhorar o atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante a adoção de mecanismos inovadores que venham possibilitar a participação dos usuários nesse sistema, com o intuito de promover sua consciência sanitária, afirmar o direito à saúde e consolidar o SUS.

O Pacto pela Saúde estabelece diretrizes operacionais por meio dos seus componentes pela vida, em defesa do SUS e de gestão. No Pacto de Gestão, uma das ações apontadas para o fortalecimento da participação e do controle social é o apoio à implantação e à implementação de ouvidorias nos municípios e nos estados, com vistas ao fortaleci- mento da gestão estratégica do SUS.

Nessa perspectiva, o Pacto pela Saúde, documento enunciador da política nacional de saúde desde o ano de 2006, efetiva-se como parte da consolidação do SUS, com o objetivo de promover e viabilizar instrumentos de gestão para aprimorar e qualificar o atendimento aos cidadãos brasileiros. O Pacto redefine as responsabilidades de cada gestor, seja ele, federal, estadual ou municipal, por meio da adesão ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), e estabelece metas e compromissos de forma a suprir as necessidades de saúde da população, com garantia de integralidade e equidade, obedecendo aos princípios e às diretrizes do SUS.

Nesse contexto, essa diretriz do Pacto de Gestão vem sendo cumprida por meio da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (Participa SUS), de responsabilidade da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), ampliando e fortalecendo a participação da comunidade. A Participa SUS imprime a gestão estratégica e participativa no sistema de saúde, com a adoção de práticas e mecanismos inovadores que favorecem avanços tanto para a gestão quanto para o controle social do SUS.

Assim, é de fundamental importância a criação de canais democráticos de informação e de escuta da população em geral, com espaço de recepção das manifestações dos cidadãos, para melhor qualificar a gestão do SUS, nos três níveis de governo. A Ouvidoria é, por excelência, esse espaço.

A implantação da Ouvidoria do SUS, estruturada e articulada entre as três esferas de governo, com a participação do cidadão, contribui para o fortalecimento da democracia e da gestão participativa no SUS, com a correspondente ampliação do processo de controle social e com a corresponsabilização do cidadão na gestão do SUS.

P. Mi. Fls. 1607 Ass.

Nas ouvidorias do SUS, a manifestação do cidadão pode se apresentar pela busca de informações e orientações em saúde e também por meio de sugestões, elogios, solicitações, reclamações ou denúncias. Diante da necessidade apresentada pelo cidadão e das responsabilidades legais do gestor, as ouvidorias orientam, encaminham, acompanham a demanda e respondem ao cidadão sobre as providências adotadas. O processo de escuta do cidadão dá-se individualmente, porém, a Ouvidoria tem como atribuição sistematizar as demandas que recebe, de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico à tomada de decisão no campo da gestão da Saúde.

Requisitos para implantar uma Ouvidoria:

Para implantação de uma unidade de Ouvidoria do SUS os seguintes passos são previstos:

Mobilização para a criação da Ouvidoria.

Definição no organograma.

Clareza quanto aos objetivos de implantação da Ouvidoria.

Estruturação da Ouvidoria (estrutura física, instrumento normativo, recursos humanos, fluxo de trabalho).

Divulgação do serviço para a comunidade.

1 – Mobilização para a criação da Ouvidoria

A primeira etapa para implantação de uma Ouvidoria é a de definição de sua necessidade dentro do órgão ao qual estará vinculada. Segue-se o apoio em sua efetivação, para que possa cumprir seu papel com legitimidade e autonomia.

Para isso, os gestores do SUS e os administradores dos estabelecimentos de saúde, bem como seus funcionários e a comunidade-alvo, devem estar conscientes das atribuições da Ouvidoria e dispostos a colaborar com seu trabalho. Assim, a secretaria ou o estabelecimento de saúde pode organizar palestras e oficinas internas com essa finalidade.

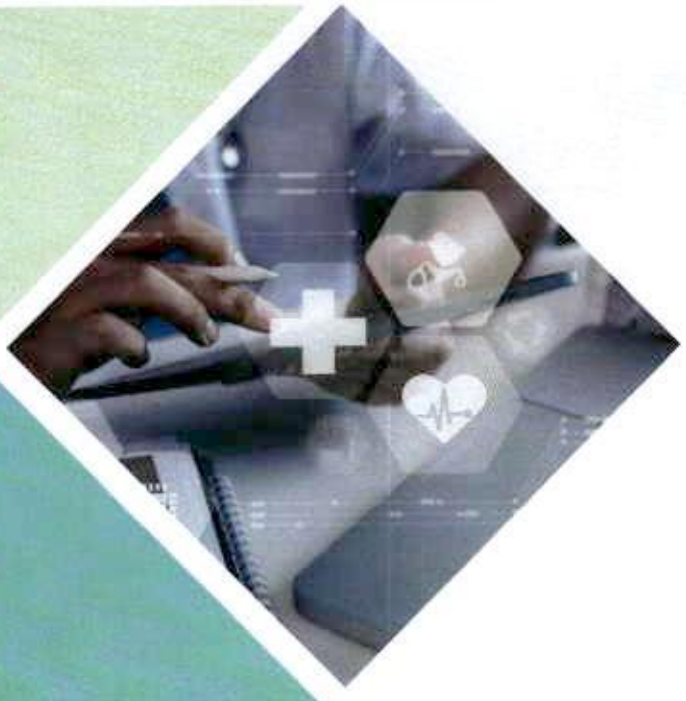
2 – Definição no organograma

A Ouvidoria, por ser um instrumento de gestão, deve estar inserida no organograma da instituição a qual está vinculada e situar-se, preferencialmente, articulada ao nível central de gestão. Porém há de se refletir sobre a realidade de cada local para essa definição.

3 – Clareza quanto aos objetivos de implantação da Ouvidoria

Trata-se dos propósitos a serem alcançados pela Ouvidoria, podendo ser relacionados:

Ampliar a participação dos cidadãos na gestão do SUS.



VOLUME 05

P. M. A
Fls 1603
Ass.

São Lucas Instituto







CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2025, na modalidade de CONCURSO do tipo MELHOR TÉCNICA, para SELEÇÃO de instituições sem fins lucrativos, já qualificadas como Organização Social de Saúde no âmbito do **Município de Aripuanã** interessadas na celebração de Contrato de Gestão, cujo objeto consiste no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã,** conforme especificações constantes neste instrumento e seus anexos, mediante as condições estabelecido no presente instrumento convocatório e seus anexos.

779
22/04/2025

P. M. A
Fls 604
Ass.

Possibilitar à instituição a avaliação contínua da qualidade das ações e dos serviços prestados.

Subsidiar a gestão nas tomadas de decisões e na formulação de políticas públicas de saúde.

4 – Estruturação da Ouvidoria (estrutura física, instrumento normativo, recursos humanos, fluxo de trabalho):

Estrutura Física

Devem-se observar os seguintes itens:

Espaço físico determinado.

Boa localização, de fácil acesso e visibilidade ao cidadão.

Acessibilidade (rampa e banheiros adaptados).

Equipamentos e mobiliário adequados para a realização do serviço.

Disponibilidade de linha telefônica e acesso à internet

Espaço adequado para atendimento presencial, eventualmente com resguardo de sigilo.

Portanto, o local escolhido deve ser adequado para a execução das funções de Ouvidoria, tais como acolhimento das manifestações, incluindo espaço específico e adequado para o atendimento presencial, análise e acompanhamentos das manifestações e gestão dos dados da Ouvidoria. Sugere-se a criação de um espaço reservado para garantir acolhimento privativo ao cidadão.

No processo de escolha do local, é importante que os responsáveis pela implantação da Ouvidoria estejam atentos à acessibilidade dos usuários portadores de necessidades especiais, como rampa de acesso, banheiro com adaptações, entre outros.

Para a adequação do espaço ao trabalho de Ouvidoria, sugere-se que o local possua mobiliário mínimo, como cadeira, mesa, armário, material de escritório em geral, computador, impressora, aparelho telefônico e fax.

Disponibilidade de linha telefônica: a linha telefônica deverá estar disponível para o atendimento ao cidadão e para interlocução da Ouvidoria com sua rede para encaminhamento e acompanhamento das manifestações. Ressalta-se que algumas instituições fazem a opção por disponibilizar um serviço de central de teleatendimento para acolher as manifestações do cidadão. Para a implantação desse tipo de serviço, deve-se primeiramente avaliar a política institucional a este respeito, além da viabilidade de recursos financeiros da instituição, bem como a viabilidade de contratação, capacitação e manutenção desse serviço.

P. M. A
Fls 1605
Ass.

Acesso à internet e ao endereço eletrônico: atualmente, a internet e os meios de comunicação eletrônicos tornaram-se mecanismos facilitadores do acesso do cidadão. Para que a Ouvidoria possa acompanhar esse processo, é importante viabilizar um e-mail institucional para o qual o cidadão possa fazer contato com a Ouvidoria.

É importante que a Ouvidoria possua um sistema informatizado que possibilite a inserção das manifestações, sua categorização e gerenciamento dos dados assim gerados. O sistema implantado deve garantir a segurança dos dados inseridos e gerenciados. Além disso, é importante que esse sistema facilite o processo de encaminhamento das manifestações de maneira que a Ouvidoria e sua rede utilizem o mínimo de documentos impressos.

Os recursos aqui elencados são os mínimos (ou básicos) para a criação da estrutura de uma Ouvidoria. Mas a montagem de cada uma dependerá das condições e necessidades locais.

5– Instrumento Normativo

Uma vez estruturada fisicamente a Ouvidoria, é importante que ela passe a existir também de direito; vale dizer, que seja formalizada e institucionalizada por meio de um instrumento normativo de criação/regulamentação. Diversos são os meios que podem ser utilizados para essa finalidade, de acordo com a estrutura e as regras locais, sejam eles, lei; decreto; resolução; portaria, além de outros.

Sugere-se, sempre que possível, que seja dada primazia à Lei, por ser o instrumento que possui um processo mais rígido de elaboração e revogação, que passa pelo Poder Legislativo local e, por isso, confere à Ouvidoria maior legitimidade e concretude.

No instrumento normativo de criação/regulamentação da Ouvidoria podem constar, entre outros, os seguintes assuntos:

Localização da Ouvidoria na estrutura organizacional da instituição a que pertence (previsão no organograma institucional).

Definição do vínculo com a instituição, ressaltando-se a necessidade de autonomia de suas ações, lembrando que a Participa SUS, por entender a Ouvidoria como um instrumento de gestão, defende que seu vínculo seja com o gestor.

Atribuições e competências da Ouvidoria, inclusive com a previsão de estabelecimento de rede de parcerias e cooperação com outros órgãos e entidades ligadas direta ou indiretamente à instituição

Cargos e funções destinados à composição dos recursos humanos da Ouvidoria.

P. M. A
Fls. 1600
Ass.

Prazos: algumas ouvidorias estabelecem os prazos para a resposta de demandas nesses instrumentos normativos. Para isso, recomenda-se que os prazos sejam previamente acordados entre as partes envolvidas no processo de tratamento das manifestações e ratificados pelo gestor.

Recursos Humanos

Os profissionais que venham atuar na Ouvidoria devem ter formação e capacitação compatível com a função, mediante análise de perfis, e dependerá das condições e necessidades locais.

Vale ressaltar que os profissionais das ouvidorias do SUS são como agentes do processo de educação para a cidadania e responsáveis pelo acolhimento das demandas que chegam às ouvidorias.

É recomendável que a Ouvidoria conte com os seguintes recursos humanos discriminados a seguir:

- Responsável pela Ouvidoria;
- Teleatendente;
- Técnico para o tratamento da demanda;
- Suporte administrativo para atividades burocráticas e administrativas.

A capacitação é um fator determinante para que a equipe da Ouvidoria realize um trabalho consciente e qualificado.

Características da Equipe



P. M. A
Fls. 1607
Ass.

É importante que esses profissionais sejam exclusivos para a Ouvidoria. Não há como atender a Ouvidoria e a outro setor simultaneamente.

6– Designação do Ouvidor

A designação do Ouvidor dependerá de como foi estruturada a Ouvidoria e dos entes envolvidos em sua constituição. A escolha do responsável poderá ser feita pelo gestor, ou resultar de processo democrático ampliado com participação do usuário, trabalhador e gestor.

Não há obrigatoriedade quanto à denominação do cargo de Ouvidor. A instituição poderá designá-lo como diretor, encarregado, assessor, técnico, ouvidor ou outro, desde que constem, no documento de criação da Ouvidoria, a denominação e a função daquele(s) que será(ão) responsável(eis) pela Ouvidoria.

Características do Ouvidor



Estrutura de Fluxo de Trabalho

O fluxo de trabalho aqui entendido envolve o caminho percorrido pela manifestação do cidadão internamente e externamente à Ouvidoria.

P. M. A
Fls. 1608
Ass.

Fluxo de Trabalho Interno

Refere-se aos processos de recebimento, análise, encaminhamento, acompanhamento, resposta e fechamento das demandas.



P. M. A
Fls 609
Ass.

Fluxo de Trabalho Interno

ETAPAS	PROCEDIMENTOS
1ª – Recebimento	As demandas poderão ser recebidas na Ouvidoria por meio de correspondências diversas, correspondência eletrônica, pessoalmente, telefone e outros. É importante que a Ouvidoria observe os processos de recebimento de documentos já implantados em sua instituição (protocolo de documentos) para que os documentos da Ouvidoria sigam os mesmos
2ª – Análise	O período de análise é compreendido como a etapa pela qual a Ouvidoria deverá analisar o teor da manifestação, verificar se há dados suficientes para dar continuidade ao processo, se há a necessidade de colocar a demanda em sigilo, e para qual o local deverá ser encaminhada.
3ª – Encaminhamento	Após a análise, a demanda que tenha dados suficientes deverá ser encaminhada para a área responsável pela sua resolução. É importante que o cidadão tenha conhecimento do encaminha- mento dado a sua manifestação.
4ª – Acompanhamento	A Ouvidoria deverá acompanhar o trâmite da demanda para agilizar e intermediar as ações. Deverá, também, avaliar a resposta do setor, órgão ou entidade e, se não for satisfatória, reencaminhar para nova avaliação.
5ª – Resposta ao Cidadão	Manter o cidadão informado sobre o trâmite da sua demanda, considerando sua resolução dentro dos princípios legais e diretrizes do SUS. Cada Instituição estabelecerá o modo mais adequado para a tramitação das demandas, tendo em vista sua organização e necessidade.
6ª – Fechamento	Uma demanda só pode ser fechada mediante uma resposta satisfatória. Ressalta-se que, não necessariamente, a resposta satisfatória significa atendimento.

P. M. A
Fls. 1616
Ass.

7– Fluxo de Trabalho Externo

Refere-se aos processos que envolvem o encaminhamento da demanda para as áreas responsáveis, com o estabelecimento de como as demandas serão encaminhadas para as áreas competentes, quando isso não ocorrer via sistema informatizado.

A Ouvidoria-Geral do SUS atua por meio de um sistema informatizado, o Ouvidor SUS, que permite a otimização de todos os processos de trabalho que permeiam sua ação.

O Sistema Ouvidor SUS foi desenvolvido pelo Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS em parceria com o Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS), e implantado em 2006. O Sistema tem a finalidade de atuar como ferramenta para a descentralização das ouvidorias do SUS, facilitar a democratização das informações em saúde, agilizar o processo de recebimento, encaminhamento, acompanhamento e resposta das manifestações, além de gerar relatórios gerenciais; e, também a definição de prazos para o tratamento das demandas.

Sistema Informatizado Ouvidor SUS

A seguir, são apresentados os requisitos básicos para a implantação do Ouvidor SUS na Ouvidoria do SUS descentralizada. É imprescindível que a Ouvidoria esteja institucionalmente legalizada, e devidamente implantada, ou seja, com recursos humanos, materiais e tecnológicos para operar em rede.

A solicitação para o uso do Ouvidor SUS deverá ser feita por meio de ofício ao Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, com o Plano Operativo disponível no endereço <www.saude.gov.br/sgep>.

O sistema Ouvidor SUS possui três níveis de acesso:

Nível I

Para obter o acesso ao nível I, a Ouvidoria deve estar institucional- mente legalizada por meio de portaria, decreto, lei etc. O nível I de acesso permite às ouvidorias criarem sua própria rede hierarquizada agilizando o fluxo de trabalho; cadastrarem e encaminharem as manifestações dos cidadãos para outras secretarias de saúde dentro do seu estado, para hospitais de sua gestão e internamente, para departa- mentos e coordenações da Ouvidoria.

Visando à maior segurança do fluxo de informações registradas no sistema, o nível I apresenta o Serviço de Controle de Acesso (SCA), onde será gerada automaticamente uma senha para cada CPF informado no ofício de solicitação.

P. M. A
Fls 611
Ass.

Nível II

O nível II de acesso é utilizado atualmente por todos os órgãos que possuem login e senha e recebem as manifestações encaminhadas pelo DOGES.

Nível III

A partir da disponibilização do nível III de acesso, o encaminhamento de demandas tornar-se-á mais amplo, de forma a permitir que Regionais Estaduais de Saúde, por exemplo, atinjam o maior número de municípios, mesmo não dispondo do nível I de acesso, lembrando que este último pode formar toda sua rede, possibilitando destinar demandas às mais diversas localidades dentro de seu estado.

Redefinido o acesso ao sistema, com a implantação desse novo nível, o Ouvidor SUS disponibilizará os seguintes níveis de acesso:

NÍVEL I: CADASTRA, ENCAMINHA, CONCLUI, FECHA AS MANIFESTAÇÕES;

NÍVEL II: ENCAMINHA, CONCLUI A DEMANDA;

NÍVEL III: SOMENTE ANALISA E CONCLUI AS MANIFESTAÇÕES.

Dessa forma todas as localidades atualmente cadastradas como nível II passarão a ter as funcionalidades que anteriormente seriam do nível III, ou seja, terão a possibilidade de encaminhar a demanda.

As regras de encaminhamentos continuam seguindo o que atual- mente está em vigor por tipo e esfera.

Só poderão ser cadastradas, como nível III, o tipo sub-rede. As ouvidorias descentralizadas nível I poderão cadastrar localidades como níveis de acesso II e III.

O tipo de ouvidoria SUB-REDE não poderá ser cadastrada como nível II.

A validação da rede tanto nível II como nível III continuará a ser realizada pelo cadastro de validação de sub-rede no painel de controle. (Funcionalidade não implantada, não houve necessidade).

O nível II poderá encaminhar tanto para o nível I quanto para o nível III. O nível I poderá encaminhar tanto para o nível II quanto para o nível III. O nome nível agora é denominado nível de acesso.

O Ouvidor SUS, conforme mencionado, é um sistema desenvolvido especialmente para as ouvidorias do SUS. É um instrumento importante para o processo de descentralização com a finalidade de melhorar os fluxos de trabalho e permitir autonomia da instituição para registros de manifestações e criação de redes de relacionamento para que venham agilizar os serviços da Ouvidoria.

P. M. A
Fls 612
Ass.

3.3.3 ARQUIVO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTE

3.3.3.1 INTRODUÇÃO

No Brasil o CONARQ (Conselho Nacional de Arquivos), tem regulamentado o tratamento que deve ser dado aos documentos, visando a gestão documental e a preservação das informações de arquivos públicos e privados. Em relação a documentação da área de saúde, o CFM tem assumido a responsabilidade de elaborar normas para regulamentar o uso e o destino destes documentos. A SBIS (Sociedade Brasileira de informática em Saúde) e o CONARQ, tem auxiliado nesta tarefa.

O Prontuário de Pacientes (PP), que em alguns casos é chamado de prontuário médico, constitui o registro progressivo de todo o histórico de saúde de um indivíduo, formando um dossiê do atendimento prestado por profissionais de saúde. Devesse ressaltar que de acordo com o artigo 8° da Resolução 1821/2007 do CFM, este documento pode ser eliminado 20 (vinte) anos após o último registro. Sob a ótica arquivística, o PP pode ser considerado como um documento de valor secundário e consequentemente de guarda permanente, além de ser uma rica fonte de pesquisa para diversas áreas do conhecimento humano, porém, muitas vezes é prematuramente descartado sem ter passado por um processo de avaliação, nem mesmo constar em uma tabela de temporalidade. Sendo assim, este artigo concentra-se, em argumentar que o prazo de 20 (vinte) anos após o último registro para eliminação do PP, em suporte de papel, é insuficiente para atender as necessidades dos usuários.

Através da analise dos dados coletados, confirmou-se que o Prontuário de Pacientes é um documento de valor secundário e que deve ser preservado em um prazo maior do que o proposto pelo CFM. Constatou-se que o PP esta sendo utilizado mais como fonte jurídica e administrativa do que clínica, pois, ele apresenta usos que transcendem o âmbito clínico do Hospital .

3.3.3.2 O CONCEITO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE (PP)

O PP contém o registro das informações referentes ao atendimento clínico prestado aos pacientes que procuram atendimento em clínicas e hospitais. Etimologicamente, tem sua origem do latim prontuarium, lugar em que se guardam as coisas que devem estar à mão, despensa, armário. Daí, por extensão, manual de informações úteis, de promptus, preparado, que esta a mão, de promere, tirar uma coisa de onde esta guardada, fazer sair (Houaiss, 2001).

P. M. A
Fls. 1613
Ass

Prontuário de Pacientes denomina-se a um conjunto de informações escritas relativas à saúde de determinada pessoa ou fato, ele é "constituído por folhas ou papeletas nas quais são registradas as anotações da vida clinica e social do paciente".O PP é conjunto de documento em forma de dossiê: é "uma unidade de arquivamento formada por documentos diversos, pertinentes a determinado assunto ou pessoa". Apesar de conter informações relativas ao paciente, o PP é frequentemente chamado de 'prontuário médico', expressão que é objeto de criticas, pois, transmite um conceito ambíguo. O adjetivo 'médico', significa relativo ao médico, à medicina, aquilo que cura. Porem, podemos observar que a resolução 1821/2007 do CFM estabelece que o prontuário deve ficar sob a guarda da instituição que o gerou mas as informações pertencem aos pacientes A passagem do paciente pela unidade de assistência a saúde, quer seja para simples consulta, atendimento de emergência ou internação deve dar origem a um prontuário Sounis considera o prontuário do paciente como "documento legal que relata com minúcias e ordenamento, a marcha do paciente desde sua admissão no sistema de saúde até sua alta" A definição mais adotada é a estabelecida pela Resolução 1638/02 do CFM que define o PP como: Documento único constituido de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e cientifico que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao individuo. (CFM, 2002) Pode-se dizer de forma geral, que o PP "é um conjunto de informações relativas à história de vida do paciente e da sua doença, escritos de modo claro, conciso e acurado, sob o ponto de vista médico-social"

3.3.3.3 UTILIDADES E APLICAÇÕES

O PP é um instrumento de comunicação muito valioso entre os profissionais da saúde, ele ajuda a assegurar a continuidade do tratamento, pois, como possui o registro do diagnóstico e dos procedimentos realizados em função de determinado tratamento, da condição para que outro profissional, da área da saúde, assuma o atendimento. Torna-se indispensável, portanto o uso da comunicação escrita no prontuário do paciente. O PP oferece suporte à área administrativa dos hospitais, no aspecto financeiro e legal. A partir do prontuário é possível extrair informações sobre gastos com medicamentos e equipamentos, avaliar a qualidade do atendimento oferecido e o desempenho dos profissionais. Ele também é uma documentação jurídica, que serve como prova legal, e de proteção do medico, do paciente e da instituição onde foi prestado o atendimento.

P. M. A
Fls. 614
Ass.

Ele representa, para o paciente, o seu grande instrumento de defesa em caso de possíveis prejuízos ou de reivindicações de direitos perante o médico, o Hospital e/ou os poderes públicos. Os dados registrados no PP têm sido frequentemente utilizados na elaboração de índices epidemiológicos e como fonte de pesquisa, por trazerem conhecimentos úteis difíceis de serem obtidos por outros meios. O sistema de saúde de um país é estabelecido graças ao que esta documentado em um prontuário, uma vez que dele são extraídas informações sobre a saúde dos indivíduos que formam uma comunidade e uma nação. Estas informações agregadas e sistematizadas são necessárias para caracterizar o nível de saúde populacional e viabilizam a construção de modelos e políticas de atendimento e gestão das organizações de saúde. As informações obtidas a partir do PP, não são apenas voltadas à saúde, a análise dos seus dados, permite conhecer de que forma e onde esta sendo aplicado o dinheiro público na área da saúde publica e privadas. Sendo assim, o PP não pode ser visto apenas como documento burocrático de prova e defesa ou para cobrança de procedimentos e despesas da instituição, ele permite utilizações que ultrapassam o âmbito Hospitalar e beneficiam toda a sociedade.

3.3.3.4 LEGISLAÇÃO

Resolução 1638/2002 do CFM A Resolução 1638/2002 do CFM "define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde". Definir prontuário médico como um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (RESOLUÇÃO CFM N°1638, 2002). Os dados registrados no prontuário referem-se a um paciente, logo o prontuário é do paciente e não do médico. A utilização da nomenclatura prontuário médico abre espaço para interpretações ambíguas, ela transmite a idéia de que o prontuário e as informações contidas no mesmo pertencem ao médico. A própria resolução esclarece que ao médico cabe o dever de elaborar o prontuário, "considerando que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no Código de Ética Médica" (RESOLUÇÃO N°1638 do CFM, 2002). A criação da Comissão de Revisão de Prontuário prevista na Resolução 1638/2002 do CFM deve ser coordenada por um médico de acordo com o estabelecido no artigo 4° na referida resolução.

P. M. A
Fls 1615
Ass.

Porém, entende-se que esta coordenação deveria estar a cargo de um profissional arquivista, já que este tem conhecimento técnico e teórico para dar o tratamento adequado a esta documentação.

a) Resolução 16391 /2002 do CFM A Resolução 1639/2002 do CFM "aprova as normas técnicas para o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do 'prontuário médico' e dispõe sobre a guarda dos mesmos além de estabelecer critérios para a certificação dos sistemas de informação e da outras providências". Esta resolução estabelece no seu artigo 2° a guarda permanente para os PP arquivados em meio óptico ou magnético e microfilmados e no artigo 4° o prazo de 20 anos, a partir do último registro, para a preservação de prontuários em suporte de papel. Observa-se um tratamento diferenciado para a mesma tipologia documental, porem em suporte diferente. Pode ser observado no artigo 4° desta resolução que a Comissão Permanente de prontuários tem a missão de elaborar e aplicar critérios de amostragem para a preservação definitiva dos documentos em papel que apresentem informações relevantes do ponto de vista médico-cientifico, histórico e social considerando o valor secundário do PP. De acordo com o estudo realizado consideramos o PP documentos de valor secundário, pois ele serve a outras finalidades além daquela pela qual foi criado e apresenta valor probatório e informativo. No parágrafo 3° do artigo 8° da Lei dos Arquivos são considerados permanentes os conjuntos de documentos de valor histórico, probatório e informativo devendo estes ser preservados em definitivo. A Resolução 1639/2002 do CFM declara que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis.

b) Resolução 1821/2007 do CFM A Resolução 1821/2007 do CFM "aprova as normas técnicas para a digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde". Esta resolução revoga a 1639/2002 e apesar de usar a nomenclatura PP, também matem algumas contradições e apresenta outras. Permanece o conflito entre a afirmação de que os dados do prontuário pertencem ao paciente e este deve estar permanentemente disponível e o prazo de 20 anos para eliminação do PP em suporte papel.

P. M. A
Fls. 1616
Ass.

3.3.3.5 DESCRIÇÃO/DEFINIÇÕES

Prontuário Médico:

Definido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução 1638 de 09108/2002 como "Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo."

Propriedade do Prontuário

Conforme dispõe o Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução1821 de 23/11/2007: "o prontuário do paciente , em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido, a quem cabe o dever da guarda do documento.

Os prontuário e os dados ali contidos pertencem ao paciente e só podem ser divulgados com sua autorização ou a de seu responsável,

Guarda do Prontuário Médico:

O prontuário médico é um documento de manutenção permanente pelos médicos e estabelecimentos de saúde, podendo ser divididosem:

Os prontuários devem ser reproduzidos com todas as informações dos documentos originais.

O arquivo digitalizado (NGS2) ou microfilmado deverá ser mantido permanentemente. O Hospital Municipal Santo Antonio Aripuanã mantém os prontuários fechados arquivados no SAME até 3 (três) meses após a alta. Vencido esse período, são encaminhados para guarda em arquivos externos.

É de responsabilidade do SAME, realizar visita anual à Empresa de Guarda, para fins de controle da qualidade do serviço prestado.

Ao SAME do Hospital compete garantir a guarda ilimitada (Resolução CEM 1821/07), o sigilo e o acesso às informações do prontuário dopaciente após a alta e fechamento da conta pelo faturamento. Durante o período de observação é da responsabilidade da equipe multiprofissional tais garantias e no período de fechamento da conta essa responsabilidade é da equipe do faturamento.

Toda e qalquer consulta ao prontuário fechado deverá ser realizada no SAME, seguindo as rotinas estabelecidas.

P. M. A
Fls. 617
Ass.

Para maior segurança o setor SAME é monitorado 24 horas por câmera de segurança.

Definido na Resolução CEM n 1821 de 23 de nov 2007: "Estabelece a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado: Estabelece o prazo mínimo de 20 anos a partir do último registro para a preservação dos prontuários em suporte de papel não arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado."

Tipos de prontuários	Arquivo de papel	Após 20 anos
Prontuário de papel	Guarda por 20 anos	Deve ser digitalizado ou microfilmado com guarda permanente
Prontuário em Sistema Informatizado	Não há necessidade de guarda de papel	Guarda permanente em sistema informatizado
Prontuário com sistema informatizado com informações impressas	20 anos para arquivo de papel	Dados informatizados devem ter guarda permanente em sistema informatizado e impressos devem ser digitalizados ou microfilmados com guarda permanente por 20 anos
Prontuário digitalizado após 20 anos de arquivo morto	Não se aplica	Guarda permanente
Prontuário digitalizado antes de 20 anos	20 anos em arquivo de papel	Deve ser digitalizado ou microfilmado com guarda permanente
Prontuário microfilmado	Não se aplica	Guarda permanente

P. M. A
Fls. 1619
Ass.

Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde

Conjunto de normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para guarda e manuseio dos documentos do prontuários dos pacientes.

Cadastro de Usuários do SUS.

Estabelece o conjunto de informações necessárias para que uma pessoa seja identificada univocamente no sistema de saúde brasileiro

Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde - CNES

Estabelece a identificação univoca de todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados no pais O número CNES é de uso obrigatório na área pública e privada.

Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)

É o setor normativo e regulador da documentação referente a prontuários do **Hospital Municipal Santo Antonio Aripuanã** responsável por assegurar a integridade, guarda e disponibilidade dos prontuários nos diversos setores assegurando a continuidade do tratamento do paciente.

3.3.3.6 COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS/FAs

Obrigatória nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde aonde se presta assistência médica; a ela compete:

- Observação dos itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário;
- Exercer as atribuições estabelecidas para a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, tomando como base as atribuiçõesestabelecidas na legislação arquivistica brasileira:
- Estabelecer mecanismos para assegurar a melhoria continua de qualidade dos registros constantes no prontuário do paciente principalmente em relação a registros incompletos e/ou omitidos guando da assistência prestada ao paciente.
- Assegurar que toda informação prestada pelo paciente ao médico e a equipe multiprofissional seja sigilosa.
- Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio de prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, da clinica e à Direção Técnica.

P. M. A
Fls. 1619
Ass.

Formulários

Formulários Específicos: São aqueles utilizados por um serviço específico, focado em determinado tipo de tratamento.

Formulários Institucionais: São aqueles utilizados por toda a instituição e que caracterizam o conteúdo mínimo de informações exigidas

3.3.3.7 TERMOS DE CONSENTIMENTO:

O **Hospital Municipal Santo Antonio Aripuanã** determinara a utilização do Termo de Consentimento para toda a Instituição, com o objetivo de cumprir o dever ético de informar e esclarecer aos pacientes e/ou responsáveis sobre as questões relacionadas ao seu atendimento, envolvendo o paciente na decisão de seu cuidado e garantindo o direito à Autonomia e Confidencialidade.

P. M. A
Fls. 1620
Ass.

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS

(Consentimento informado - Norma Técnica Resolução SS-169 de 19/06/96)

Paciente: _____

Carteira Identidade: _____ **Data Nascimento:** _____

Responsável legal: _____

Carteira Identidade: _____

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s) _____

indicado pelo Dr (a) abaixo mencionado (a) e sua equipe, médicos (a) credenciados (a) no Hospital Lifecenter

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

4. Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dado a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

_____

Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável

P. M. A
Fls. 1621
Ass.

3.3.3.8 INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS DE PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO:

Profissionais autorizados a fazer registros no prontuário: Os profissionais assistenciais (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, , farmacêuticos, assistente social, capelão, colaboradores do banco de sangue): os profissionais administrativos podem fazer registros em formulários administrativos específicos (termos de consentimento administrativos, solicitação de exames e procedimentos, nota de despesa, roll de pertences, circulação de exames, checklist de montagem de prontuários, educação de pacientes e familiares para registrar a entrega do folder de direitos e deveres).

Identificação dos profissionais: Todos os registros no prontuário necessitam de identificação do profissional, data, hora e número do conselho de classe, o Hospital Regional reconhece as assinaturas ou rubricas desde que o número do respectivo conselho esteja legível, sendo possível identificar o profissional responsável pela anotação. O preenchimento de documentos por meio eletrônico acontece mediante senha de acesso pessoal, de acordo com a categoria profissional a que pertence.

Uso de Siglas eAbreviaturas: As abreviaturas e os símbolos podem ser utilizados desde que sejam de reconhecimento da Instituição e estejam constantes do Livreto "Abreviaturas, Siglas e Símbolos Padronizados e Proibidos" ou haja legenda nos documentos.

Anotações: Não é permitido fazer anotações que não se referem ao paciente.

Rasuras: O Prontuário Médico do Paciente não poderá ter rasuras, como: uso de corretivos, duas etiquetas no mesmo espaço indicado. Quando a informação registrada estiver inadequada, colocá-la entre parênteses e utilizar-se das expressões: NÃO SE APLICA; NÃO SE REFERE; NÃO PROCEDE AO PACIENTE; SEM EFEITO; DIGO e outras. Havendo rasura, o profissional será convocado a justificá-la. Caso não haja comparecimento a tal convocação, o SAME encaminhará o caso à Diretoria Clinica ou gerentes das áreas envolvidas.

Preenchimento, Legibilidade, Completude, Espaços em branco: Nos documentos com preenchimento manual é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente; não é permitido escrever a lápis Todas as anotações em prontuário físico devem ser feitas com o uso de caneta de cor azul ou preta. Não é permitido o uso de caneta com tinta vermelha ou outra cor, pois quando da digitalização do prontuário, não é possivel visualizar as anotações. O prontuário médico do paciente deve conter informações suficientes para apoiar o diagnóstico, justificar o tratamento e documentar a evolução e os resultados do tratamento. A Instituição avalia regularmente o conteúdo e a completude dos registros.

P. M. A
Fls 622
Ass.

Para os formulários eletrônicos alguns campos tem preenchimento obrigatório e outros campos são opcionais podendo ficar em branco, essa regra esta descrita na especificação de cada formulário e não devem ser completadas manualmente após impressão.

Omissões: As omissões e/ou preenchimento incompleto do prontuário só poderão ser corrigidos pelo profissional que prestou a assistência, com a anotação da data da correção. Para as equipes médicas, aceita-se um membro da equipe, desde que tenha participado do atendimento. O prazo para esta correção não deverá ultrapassar 60 (sessenta) dias da alta do paciente. Notificações comparecimento do profissional envolvido para proceder ao registro de omissão ou erro serão controlados pelo SAME. Caso os documentos médicos exigíveis para admissão do paciente não sejam localizados no prontuário, deverão ser refeitos, sendo obrigatória a data da correção da omissão.

Criação e Revisão de Formulários:

O controle e fluxo de revisão e/ou criação de novos impressos ou formulários é prerrogativa exclusiva da Comissão de Prontuários. Este controle envolve:

- Avaliação, validação e aplicabilidade do conteúdo dos impressos institucionais em conformidade com os padrões de Qualidade do Hospital e normas oficiais;
- Padrões de formatação de documentos;
- Avaliação e validação dos impressos específicos dos serviços especializados;
- •Os serviços que possuem impressos específicos e exclusivos deverão realizar a validação do conteúdo por consenso entre a unidade/serviço e especialistas médicos envolvidos na assistência ao paciente. Os impressos específicos deverão ser aprovados na área, responsável por estabelecer o conteúdo e revisão dos mesmos. Nestes casos caberá à Comissão de Prontuários rever os conteúdos para identificar falhas ou ausência de algum item obrigatório por obediência à legislação ou adequação a processos de qualidade (certificação e acreditação);
- Encaminhamento dos impressos aprovados segue o fluxo administrativo vigente entre as áreas assistenciais, setor de suprimentos e prestador de serviço de impressão;
- Setor de suprimentos deve garantir que todos os impressos e formulários de prontuários produzidos ou revisados na Instituição sejam aprovados pela Comissão de Prontuários;
- A descontinuidade do uso de impressos ou formulários do prontuário também deve ser aprovada pela Comissão de Prontuários;

P. M. A
Fls. 623
Ass.

- A Comissão de Prontuários, em conjunto com o Gerenciamento de Prontuários, realiza reuniões periódicas para discussões da aplicabilidade dos impressos.

3.3.3.9 PRONTUÁRIO INSTITUCIONAL:

- O hospital assegura a identificação do paciente, gerando um registro único (número do prontuário), ao qual estarão vinculados os diversos atendimentos realizados na instituição (números de passagens).
- Todos os formulários devem conter a identificação do paciente, identificação dos profissionais prestadores do atendimento com nome completo, a assinatura e respectivo número do conselho.
- Os seguintes itens devem constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel: Identificação do paciente - nome completo, data de nascimento, sexo, nome da mãe, naturalidade, endereço completo; Anamnese / Exame físico, exames complementares solicitados, seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, conduta terapêutica, tratamento efetuado; sumário de alta, orientações e medicamentos receitados.
- Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a coleta 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.
- Os prontuários de pacientes que permaneçam mais de 24 horas na Instituição devem conter Evolução Diária do paciente (médica e de enfermagem), com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram e Prescrição Médica e de Enfermagem Diárias.

3.3.3.10 PADRÃO DE FORMATAÇÃO DOS IMPRESSOS:

- Papel A4. As exceções devem ser justificadas e aprovadas pela Comissão de Prontuários;
- Modelo "retrato", de ter margem esquerda para quatro furos.
- Modelo "paisagem" deve apresentar o espaço para quatro furos na margem superior;
- Letra "Arial" tamanho 10 ou 12;
- Tinta escura;
- Presença de título do documento, sucinto e que deixe clara a finalidade do mesmo;
- Logotipo da instituição, de acordo com o determinado pelo Comitê de qualidade;

P. M. A
Fls 624
Ass.

- Identificação do paciente no canto superior direito do impresso, contendo no mínimo: Nome do Paciente,data de nascimento, número de prontuário.
- Quando utilizados Impressos confeccionados em gráfica, aqueles com mais de uma página devem conter o código e a ter em todas as páginas o número da página;
- Todos os impressos devem conter espaço para registro de data,hora, identificação com assinatura do profissional.

3.3.3.11 SIGILO, CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE

Garantia de sigilo e confidencialidade das Informações - Privilégio de Registro e Acesso às informações do prontuário:

Durante o atendimento ao paciente (em regime de internação, ambulatorial ou de emergência), os membros da equipe multiprofissional, envolvidos na assistência ao paciente, terão acesso ao prontuário para consulta e inserção de informações referentes ao tratamento. As categorias profissionais autorizadas **são:**

- Médicos;
- Enfermeiros;
- Técnicos de Enfermagem;
- Auxiliares de Enfermagem;
- Biomédicos;
- Nutricionistas;
- Fisioterapeutas;
- Assistente Social;
- Farmacêuticos.
- Estão autorizados a ter acesso ao prontuário as equipes administrativas ligadas à guarda do prontuário e auditoria;
- Equipe de Escriturários, Faturamento e SAME;
- Equipes de atendimento, no momento da Internação e registro das Orientações de Direitos e Deveres.
- Garantia da Privacidade das informações durante a observação do paciente ,
- O prontuário deve ser mantido em local de acesso restrito destinado a essa finalidade.
- A equipe deve garantir supervisão constante para que o prontuário não fique exposto.
- Especial atenção deve ser dedicada durante o procedimento de transporte, o prontuário não deve ser deixado em macas ou cadeiras de rodas.

P. M. A
Fls. 1625
Ass.

Fora do ambiente da unidade de observação , deve ser destinado um local especifico para a colocação do prontuário do paciente durante o procedimento, bem como um responsável por sua guarda, de modo a garantir sua contínua vigilância.

Sendo necessário manter uma lista de pacientes na unidade, a mesma deve ser guardada em local reservado e sob supervisão.

Ao desprezar impressos com informações do paciente o responsável deve garantir que os mesmos sejam picotados e que não haja exposição sobre a informação do paciente.

Compartilhamento de Informações

É vedado a qualquer membro da equipe multiprofissional fornecer informações do prontuário do paciente a terceiros, salvo autorização do paciente ou representante legal.

O Hospital compartilhará as informações relativas à evolução de saúde pessoalmente e mediante a autorização do paciente a(s) pessoa (s) por ele indicada(s) através do preenchimento do formulário "AUTORIZAÇÃO PARA COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES".

3.3.3.12 ACESSO ÀS INFORMAÇÕES

Acesso às informações de internações anteriores

Os membros da equipe multidisciplinar, envolvidos na assistência do paciente, têm acesso às informações do prontuário de internações pregressas sem a necessidade de autorização prévia por parte do paciente.

As informações de internações anteriores são disponibilizadas após resgate do prontuário anterior. Os prontuários físicos tem liberação imediata quando solicitados em dias de semana. Após encaminhados para a guarda terceirizada, a eventual liberação acontecerá em um dia útil.

A instituição garante o controle e registro das pessoas que acessaram as informações de prontuários, seja no prontuário físico (a cargo do SAME) ou em registros eletrônicos (a cargo da Tecnologia de Informática).

Coleta de informações do prontuário para fins estatísticos e oficiais

A tabela utilizada para codificação dos diagnósticos com finalidade estatística é a Classificação Internacional de Doenças - décima revisão (CID-10).

A tabela utilizada para codificação dos procedimentos com finalidade estatística é a do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS.

P. M. A
Fls. 1626
Ass.

A tabela utilizada para procedimentos e eventos em saúde é criada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aonde constam o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e as denominações equivalentes a esses itens de acordo com a Terminologia Unificada da Saúde (TUSS).

3.3.3.13 ACESSO PARA CONSULTA DE TERCEIROS

Os prontuário são disponibilizados para consulta de terceiros, nas seguintes situações:

- Durante a internação e após a alta, somente o paciente ou seu representante legal ou pessoa por ele poderá autorizar o Hospital a liberar as informações a terceiros.
- Para auditorias externas o acesso ao prontuário será feito dentro das dependências da instituição; o auditor não poderá fazer anotações em suas páginas, mesmo que seja médico.
- Representantes legais que asseguram o cumprimento da Lei: a liberação de informações requisitadas por órgãos oficiais somente será honrada para aqueles que tiverem posse da requisição legítima ou legal para 1312ecebe-las.
- Procedimentos legais: todas as requisições para liberação de informações para fins litigiosos serão enviadas ao Departamento Jurídico.

Acesso para consulta interna

O SAME poderá liberar o acesso ou consulta às informações contidas no prontuário do paciente para as seguintes categorias:

- Comissões Internas e auditorias com o objetivo de avaliação e controle de qualidade;
- Equipe multiprofissional relacionada com o atendimento, o diagnóstico ou tratamento;
- Auditorias administrativas, financeiras e médicas relacionadas com o atendimento atual;
- Pesquisadores para levantamentos científicos com autorização formal do CEP – Comissão de Ética em Pesquisa.

3.3.3.14 EMISSÃO DE CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS:

Nos casos em que couber, a cópia deverá ser realizada nas dependências do SAME e, em condições excepcionais, a mesma poderá ser realizada em outro local, desde que acompanhada por um funcionário do SAME (seguindo as normas estabelecidas pelo setor). Todas as cópias deverão ter suas páginas numeradas, frente e verso.

P. M. A
Fls. 627
Ass.

Solicitação pelo próprio paciente

Deve ser formalizada em formulário próprio com apresentação de documento pessoal com foto (RG ou Carteira de Habilitação). A entrega somente será feita ao paciente ou por intermédio de procurador com poderes específicos para a prática deste ato.

3.3.3.15 SOLICITAÇÃO DE FAMILIARES E RESPONSÁVEIS LEGAIS (PACIENTE VIVO)

Cumpre esclarecer que o status de familiar não se confunde com a figura jurídica de responsável legal, cuja atribuição decorre da própria lei ou de decisão judicial. Para os menores de dezesseis anos, considerados incapazes (art. 3° C.C) — Somente para os Pais, por conta do poder familiar que lhe é atribuído pela legislação vigente, mediante a apresentação de Certidão de Nascimento ou RG para comprovação do vínculo. Para os menores entre 16 e 18 anos, considerados relativamente capazes (art. 4° CC) e que tenham condição de discernimento, somente será fornecida aos pais ou tutor mediante autorização expressa do próprio paciente. Esta condição aplica ao menor de idade que não tenha pais, nem Tutor definido em processo judicial. Nos casos de maiores incapazes, ou com incapacidade transitória por alteração do estado de consciência somente será fornecida a cópia de prontuário mediante a apresentação de certidão atualizada da decisão judicial que nomeou o solicitante como curador. Para Ação de interdição a conduta será restrita ao fornecimento de relatório médico circunstanciado e através de Ordem Judicial

No Caso de Óbito Do Paciente

Por força do art. 73 do CEM o dever de guardar sigilo dever ser preservado mesmo após a morte, desse modo, a liberação de cópias de prontuários de pacientes após o falecimento obedece às normas legais vigentes e orientações específicas do Conselho Federal de Medicina.

Regras nos Demais Casos

Nos casos do art. 269 do Código Penal, onde a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se exclusivamente a comunicar tal fato à autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente.

Na investigação de hipótese de cometimento de crime, o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo criminal.

P. M. A
Fls 1628
Ass.

Se na instituição de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou ficha médica, os documentos serão disponibilizados ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento.

Se houve autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em um documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante. O médico deverá fornecer cópia da ficha ou prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.

Para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar ficha ou prontuário médico à autoridade competente, solicitando que a matéria seja mantida em segredo de justiça.

Nos casos de transferências para outra instituição, as remoções de pacientes para outro Hospital serão feitas com relatório médico (Sumário de Alta / Transferência) e cópia da última prescrição médica; a enfermagem terá autonomia para copiar os documentos necessários para garantir a continuidade da assistência.

3.3.3.16 PERDAS OU EXTRAVIOS

Em caso de perda/extravio do prontuário, Comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina, Elaborar novo Prontuário, onde deve ser anotada a ocorrência de extravio do anterior, bem como registrar que o paciente teve ciência do ocorrido. Todos os extravios de documentos de prontuário devem ser registrados no sistema de notificação de eventos adversos, categoria "Outros Eventos", com exceção da perda da documentação total referente a uma passagem (prontuário completo). Nesse último caso, o evento deve ser registrado como "Evento Adverso Grave". O registro do evento adverso deve ser realizado por quem detectou o extravio. Se houver suspeita de roubo, furto ou outra situação criminal, deve ser feito Boletim de Ocorrência na Delegacia Policial.

Destruição de documentos

A autorização legal para eliminar o papel depende de que os sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes atendam integralmente aos requisitos do "Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)", estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro eletrônico em saúde, elaborado em convênio pelo conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde.

P. M. A
Fls. 129
Ass.

No caso de microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão ser eliminados de acordo com a legislação específica que regulamenta essa área e após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários.

3.3.3.17. FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS

PRONTUÁRIO DE PACIENTES (SPP)

3.3.3.17.1 OBJETIVO

Realizar arquivo da documentação dos pacientes, garantindo a segurança e a confidencialidade das informações, elaborando estatísticas e relatórios gerenciais para a instituição e demais órgãos competentes.

O Serviço de Prontuário de Paciente tem como função básica de tertodos os cuidados específicos com o prontuário do paciente, desde a sua abertura, arquivamento, até a coleta, consolidação e análise dos dados para realização de estatísticas.

Um dos pontos de maior criticidade para o SPP está em manter a rastreabilidade do prontuário. Para isso deve registrar toda a movimentação do paciente e controle de prontuários, zelando por estes documentos.

A unidade manterá o arquivo físico dos prontuários conforme normatização especifica.

3.3.3.17.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Implantar os processos administrativos do SPP do **Hospital Municipal Santo Antonio Aripuanã**

- Definir e implantar lógica do arquivamento de prontuário;
- Implantar o controle de entrada e saída e rastreabilidade dos prontuários;
- Implantar a estatística na unidade realizando a coleta, tabulação, apuração, análise e interpretação dos dados obtidos dos prontuários, através de estatísticas do movimento dos clientes, bem como seus diagnósticos;
- Implantar o controle das declarações de Óbito;
- Implantar pré-faturamento para receber os prontuários após alta , verificar e organizar documentos que constam da internação;
- Coordenar as escrituraria das unidades para realizar o controle e ordenação de prontuários de pacientes em observação, implantar interface com clientes internos dentre outras rotinas;
- Registro dos envios das declarações de Óbitos utilizadas para os órgãos competentes

P. M. A
Fls 1630
Ass.

3.3.3.17.3 PRONTUÁRIOS DE PACIENTES DE ALTA, ÓBITO E TRANSFERÊNCIA.

Diariamente a equipe do SPP encaminha prontuários de pacientes que saíram de alta, óbito ou transferência. Esses prontuários são conferidos mediante protocolo e encaminhados para análise e codificação de procedimentos. Depois de codificadas, as contas são encaminhadas para emissão de AIH (Autorização de Internação), se o paciente foi transferido para outra instituição ou recebeu alta do próprio serviço, antes de 24 horas.

Os prontuários são devolvidos ao SPP após a finalização de todo processo de digitação e conferência de dados.

3.3.3.17.4 DETALHAMENTO DO PROCESSO

DETALHAMENTO DE PROCESSOS				
PROCESSO: Serviço de Prontuário do Paciente				
FORNECEDOR	ENTRADA	FLUXO DE ATIVIDADES	SAÍDA	CLIENTE
Faturamento	Prontuários faturados	Receber o prontuário do faturamento. Lançar os prontuários no sistema do Serviço de Prontuários do Paciente. Verificar a composição do prontuário. Montar e identificar o prontuário. Encaminhar para correção de não conformidades. Realizar a conferência final. Arquivar.	Manutenção, armazenamento e rastreabilidade dos prontuários do paciente.	Anestesiologia Atendimento Cirúrgico Ambulatório de Especialidades Atendimento em Urgência e Emergência Centro de Parto Humanizado Fisioterapia Fonoaudiologia Hemoterapia Psicologia Clínica Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia Serviço de Atendimento ao Usuário Serviço de Informação e Atendimento Serviço de Prontuário do Paciente Serviço e Controle de Infecção Hospitalar Serviço Social Unidade de Alimentação e Nutrição Unidade de Terapia Intensiva Unidades de Internação Núcleo de Ensino e Pesquisa
Gestão de Recursos Humanos	Corpo funcional habilitado e capacitado; Desenvolvimento e treinamento, e Prevenção de acidentes de trabalho e promoção de saúde ocupacional.			
Hotelaria	Ambiente higienizado; Gestão dos resíduos comum, reciclável e infectante; e Controle integrado de pragas.			
Manutenção	Manutenção corretiva e preventiva das instalações.			
Qualidade	Assessoria técnica especializada.			
Segurança	Segurança patrimonial e informação.			
Serviço de Informação e Atendimento	Cadastro, internação, controle de visitas e informações.			
Suprimentos	Fornecimento de materiais.			
Tecnologia da Informação	Infra-estrutura de informática (software e hardware); e Manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos.			

P. M. A
Fls 631
Ass.

3.3.3.17.5. REFERÊNCIA

Codigo Penal - Artigo 269 "Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória"

Código Penal: Artigos 153 "Divulgar, alguém, sem justa causa, conteúdo de documento particular ou de correspondência confidencial, de que é destinado ou detentor, e cuja divulgação possa produzir dano a outrem"e 207 "São Proibidos de depor as pessoas que, em razão de sua função, ministério, ofício ou profissão, devem guardar segredo, salvo se, desobrigados pela parte interessada, quiserem dar o seu testemunho"

Novo Código Civil: Inciso V, parágrafo 3", Artigo 206(Lei ? 10.406/02, vigente desde 11 dejaneiro de 2003) - Dispõe sobre o prazo prescricional relativos aos processos que tenham por objeto a reparação por erro médico

Lei 8.159/91, que dispõe sobre a política nacional de arquivos Portaria 50 de 9 de abrilde 2001, cria o Grupo de Trabalho sobre arquivos Médicos, que Propõe a Implantação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos

Conselho Federal de Medicina, Resolução CFM 1931 de 17 de setembro de 2009. aprova o Código de Ética Médica - estabelece que "o médico tem o dever de elaborar um prontuário legível para cada paciente; prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e numero de registro do médico no conselho regional de Medicina; prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente"

Conselho Federal de Medicina, Resolução 1605, de 15/09/2000: Artigos de 10 a 9" - "O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica."

Conselho Federal de Medicina (CFM) - Resolução 1638 de 09/08/2002 - "Define Prontuário Médico e atribui as responsabilidades de preenchimento, guarda e manuseio do mesmo; toma obrigatória a criação da Revisão de Prontuários nas Instituições de Saúde"

Conselho Federal de Medicina 1639/2002 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"

P. M. A
Fls. 1631
Ass.

Conselho Federal de Medicina (CFM) - Resolução 1821 de 23/11/2007 - "aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde"

Conselho Federal de Medicina - resolução CFM 1997/2012 de 16de agosto de 2012 — "proíbe prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito"

Lei Estadual 10.241 de 17de março de 1999 — "Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde e das ações de saúde no Estado de São Paulo e dá outras providências"

Lei Municipal 14.413 de 31de maio de 2007 — "Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no município de São Paulo e dá outras providências"

Conselho Nacional de Saúde - Resolução 196/1996 de 10 de outubro de 1996 — "Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos

Conselho Regional demedicina do Paraná Parecer CRM-PR ? 2041/2009 — "Condutas a serem tomadas em caso de perda/extravio de prontuário médico"ANEXO Lista de formulários que compõem o Prontuário Médico do Hospital.

Manual de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

Requerimento de Prontuário/Relatório Médico

Termo de Confidencialidade e Responsabilidade.

3.3.4 OUTRAS INICIATIVAS DE QUALIDADE

3.3.4.1 QUALIDADE DOS REGISTRO DE ATENDIMENTO

A organização de serviços de urgência/emergência propicia elementos para assistência qualificada integral e continua aos usuários. O crescimento do número de acidentes, violência urbana e insuficiente estruturação da rede de serviços de saúde são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de urgência/emergência. O conhecimento desta realidade é de importância fundamental, no sentido de valorizar as necessidades de reestruturação do atual sistema de saúde, na perspectiva de consolidação dos princípios do SUS.

Registros ou anotações consistem na forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao cliente e aos seus cuidados. Entende-se que os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano visto que, quando redigidos de maneira que retratam a realidade a ser documentada, possibilitam à comunicação permanente, podendo destinar-se a diversos fins (pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento e outros).

A comunicação representa uma troca de informação e compreensão entre as pessoas, com o objetivo de transmitir fatos, pensamentos e valores. É um processo humano de emissão e recepção de mensagens, no qual existem dois meios de transmissão: o verbal e o não-verbal. O verbal contempla a linguagem falada e escrita, enquanto os gestos, as expressões corporais e o toque fazem parte da forma não-verbal.

De acordo com alguns autores

"a comunicação deve ser entendida como um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que essas mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exerce influência no comportamento das pessoas e provocam mudanças no ambiente em que a comunicação é efetivada".

No ambiente assistencial, existe uma constante troca de informações e experiências entre as pessoas. Portanto, se houver domínio da comunicação como instrumento facilitador da assistência, as necessidades dos pacientes serão mais observadas, compreendidas e atendidas pelos profissionais de saúde.

De acordo com ZOEHLER & LIMA (2000), considerando que várias equipes são envolvidas na assistência ao cliente, a comunicação e as informações entre os profissionais de saúde sobre os pacientes, são fundamentais para garantir a continuidade do cuidado. Diante desta necessidade, a equipe instituiu os registros e as anotações, bem como a passagem de plantão, meio de comunicação verbal, para a transmissão de informações sobre os pacientes de um turno para outro.

P. M. A
Fls. 1634
Ass.

De acordo com POTTER & PERRY "O registro é um aspecto vital da prática da assistência. Ao longo do tempo, a forma e a qualidade do registro evoluíram, porém o foco continua a ser o impacto positivo do cuidado sobre o cliente". Ainda os registros têm se tornado num dos temas mais desafiadores na enfermagem, pois denota a qualidade do cuidado prestado e subsidia os financiamentos e reembolsos pelas instituições seguradoras.

Ao se referir ao prontuário do paciente e aos registros relacionados a ele, DU GAS (1988, p. 137) enfatiza que o prontuário consiste numa "... forma de comunicação entre aqueles cujos talentos profissionais são dirigidos no sentido da sua assistência ao paciente".

A adequação das anotações, embora seja de difícil definição, pode ser entendida como o registro exato ou aquele que mais se aproxima da realidade em que o fato ocorreu e/ou foi percebido.

Não obstante a falta de infraestrutura adequada à atuação do profissional de saúde em muitas instituições, associada à demanda crescente por serviços de saúde, o cumprimento de alguns quesitos inerentes aos padrões de qualidade do cuidado devem ser almejados.

Com o intuito de fornecer subsídios para futuras discussões e reflexões acerca dos registros realizados pela equipe multiprofissional na promoção da qualidade e da efetividade do cuidado é que o **ISSSL** se propõe a realizar e analisar os registros efetuados pela equipe no **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã**

P. M. A
Fls 1625
Ass.

3.3.4.2 PLANO DA QUALIDADE

Missão

Prestar assistência humanizada e de excelência em saúde, aplicando os princípios do SUS e da gestão pública.

Contribuir para a melhoria contínua da qualidade da assistência à saúde e implantação dos processos de trabalho, estimulando a participação, a mudança de atitudes e de comportamentos e trabalho em equipe.

Visão

Ser centro público de referência e modelo de gestão participativa, com reconhecimento pela qualidade da assistência à saúde, ensino. Ser um grupo de apoio à gestão da Unidade viabilizando o alcance da qualidade na assistência à saúde, ensino, pesquisa e extensão.

Valores

Excelência, transparência, humanização, ética, trabalho em equipe, profissionalismo, competência, segurança, sustentabilidade e valorização do trabalhador.

Excelência, transparência, ética, trabalho em equipe, enfoque educativo, segurança, sustentabilidade e aprendizado organizacional.

A criação do Núcleo da Qualidade (NQ) inspirou-se em um conjunto de técnicas gerenciais para otimizar o fazer humano, visando alcançar a qualidade dos serviços e produtos de saúde e o controle da gestão da Unidade de Pronto Atendimento.

A melhoria da qualidade visa à construção de um sistema planejado estimulando a participação e a autoavaliação, incentivando as mudanças de atitudes e comportamentos a partir do incentivo à educação de todos os colaboradores e grupos multidisciplinares, no aprimoramento dos processos de atendimento.

Este documento descreve os processos que serão propostos para o cumprimento das políticas da Qualidade. A responsabilidade pela Qualidade não é exclusiva do NQ, é sim, um privilégio compartilhado por todos os colaboradores da Unidade. O objetivo é, portanto, contribuir para a melhoria contínua da qualidade pela definição dos processos prioritários na uniformização dos procedimentos e instrumentos de trabalho que o sustentam para normatizar práticas na organização da Unidade; melhorar os canais de comunicação com o público e colaboradores; desenvolver a gestão do risco geral e do risco clínico como uma prática contínua e melhorar a qualidade percebida por pacientes e colaboradores.

Alguns benefícios podem estar implícitos como mudar o foco da correção para a prevenção, mobilizar os colaboradores em torno de um objetivo comum, reduzir desperdícios e custos, subutilização e baixa produtividade.

É necessário um trabalho contínuo de sensibilização, comunicação, envolvimento, liderança efetiva da direção, treinamentos, presença ativa do staff e responsáveis dos setores rumo à excelência.

A criação do Núcleo da Qualidade (NQ) inspirou-se em um conjunto de técnicas gerenciais para otimizar o fazer humano, visando alcançar a qualidade dos serviços e produtos de saúde e o controle da gestão no **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã**

A melhoria da qualidade visa à construção de um sistema planejado estimulando a participação e a autoavaliação, incentivando as mudanças de atitudes e comportamentos a partir do incentivo à educação de todos os colaboradores e grupos multidisciplinares, no aprimoramento dos processos de atendimento.

Este documento descreve os processos que serão propostos para o cumprimento das políticas da Qualidade. A responsabilidade pela Qualidade não é exclusiva do NQ, é sim, um privilégio compartilhado por todos os colaboradores. O objetivo é, portanto, contribuir para a melhoria contínua da qualidade pela definição dos processos prioritários na uniformização dos procedimentos e instrumentos de trabalho que o sustentam para normatizar práticas na organização da **Unidade**; melhorar os canais de comunicação com o público e colaboradores; desenvolver a gestão do risco geral e do risco clínico como uma prática contínua e melhorar a qualidade percebida por pacientes e colaboradores.

Alguns benefícios podem estar implícitos como mudar o foco da correção para a prevenção, mobilizar os colaboradores em torno de um objetivo comum, reduzir desperdícios e custos, subutilização e baixa produtividade.

É necessário um trabalho contínuo de sensibilização, comunicação, envolvimento, liderança efetiva da direção, treinamentos, presença ativa do staff e responsáveis dos setores rumo à excelência.

3.3.4.2.1 MAPEAMENTO DO MACROPROCESSO

O macroprocesso real é utilizado como ferramenta inicial de gestão, utilizando a sequência de etapas para nortear o processo de gestão gerencial por fluxograma, através do diagrama de bloco. O uso desta metodologia permite identificar claramente um processo e suas etapas, melhorar a lógica do processo e sua efetividade, implantar e determinar os indicadores de desempenho.

P. M. A
Fls. 637
Ass.

A gestão por macroprocessos representa uma estrutura para ações controladas e interligadas entre os vários componentes do sistema que permite estabelecer objetivos, traçar metas e acompanhar o desempenho, determinando onde e como melhorá-lo. O mapeamento real permite:

- Determinar e focar o cliente;
- Eliminar atividade, sequência e a interação dos processos claramente definidas e controladas;
- A redução do ciclo operacional através da diminuição das oportunidades de erros, da eliminação dos retrabalhos, e principalmente da eliminação das tarefas que não agregam valor ao processo;
- O envolvimento de todos desde o pessoal da linha de frente até a Alta Direção do hospital;
- A implantação de um sistema de medidas que ajudem a unidade assistencial na identificação e acompanhamento dos problemas, com a avaliação dos resultados de melhoria;
- Conhecer as necessidades do paciente e colaboradores e o estabelecimento de monitoramento e nas atividades ao longo do processo, é possível assegurar que o resultado final esteja nas condições propostas pelas equipes.

Deve-se considerar os seguintes aspectos no mapeamento do macroprocesso:

- As entradas e as saída monitoradas;
- Os riscos identificados e gerenciados.
- A análise de dados realizadas

Os donos do processo identificados e com responsabilidade e autoridade. As necessidades e expectativas de partes interessadas gerenciadas

Os eventos adversos (EA) graves e as falhas serão investigados, através de busca ativa nas unidades assistenciais ou nas áreas de apoio da **Unidade**. Serão verificadas a sequência de atividades, o que é realizado em cada etapa, a área física, os materiais, equipamentos envolvidos, as pessoas envolvidas no processo. Após essa fase, será confeccionado o diagrama de bloco, esta etapa é responsável pela aferição e validação do processo, como forma de garantir que o mesmo está representado conforme sua realidade, bem como pelo estudo de diversos cenários, possibilitando a análise de mudanças no processo.

P. M. A
Fls. 1638
Ass.

3.3.4.2.2 FERRAMENTAS DA QUALIDADE APLICADA A SAÚDE

3.3.4.2.2.1 DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO (ANÁLISE DA CAUSA RAIZ-ISHIKAWA)

Trata-se de uma técnica utilizada para demonstrar a relação entre um efeito e todas as possíveis causas que possam estar contribuindo para a ocorrência de falhas.

O levantamento das causas é realizado com a participação das pessoas envolvidas, por meio de uma sessão de brainstorming. Estas causas levantadas são agrupadas por categoria.

Fatores que Contribuem/Influenciam as falhas

- Fatores do Paciente
- Condição (complexidade e gravidade) Comunicação e linguagem

Fatores sociais e de personalidade

- Fatores da Tarefa ou Tecnologia
- Claridade da estrutura e desenho da tarefa
- Disponibilidade e uso de protocolos
- Disponibilidade e acurácia dos testes
- Auxílios à tomada de decisão

Fatores Individuais (pessoas)

- Conhecimento e habilidade

Competência

- Saúde física e mental

Fatores do Ambiente de Trabalho

- Mix de nivelamento e habilidades do staff
- Padrões de turno e carga de trabalho Manutenção, design e disponibilidade de equipamentos
- Apoio administrativo e gerencial Ambiente de trabalho

P. M. A
Fls. 1629
Ass.

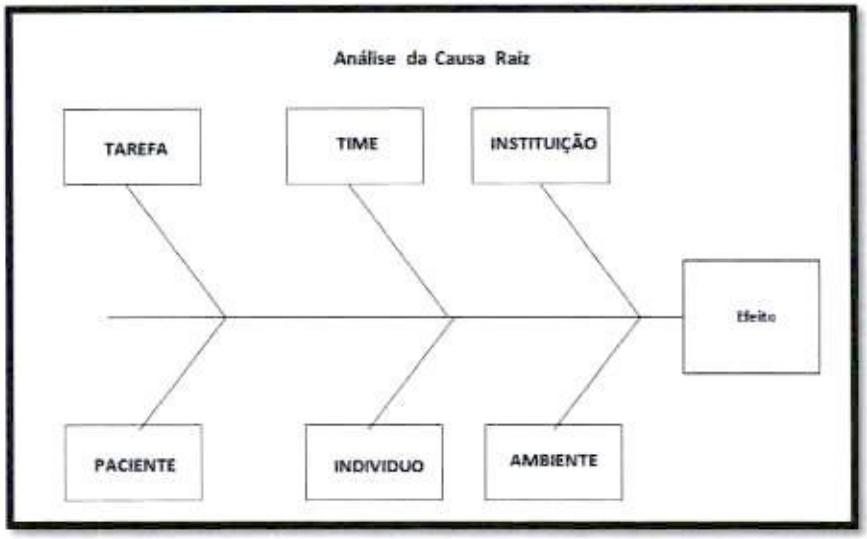
Área física

- Fatores Organizacionais e Gerenciais
- Restrições financeiras Estrutura organizacional Políticas, padrões e objetivos
- Cultura de segurança e prioridades

Fatores do Contexto Institucional

- Contexto regulatório e econômico Sistema de saúde nacional
- Ligação com organizações externas

A seguir, apresenta-se esquematicamente uma figura simplificada de um diagrama de espinha de peixe.



A construção do diagrama de causa e efeito deve seguir os seguintes passos:

- Definir claramente o problema ou efeito que se pretende analisar e registrar na caixa do "efeito". O diagrama deve refletir causas que bloqueiam o caminho para uma condição desejada ou fatores que podem ser úteis para alcançá-la.
- Identificar causas específicas e preencher corretamente as caixas de causas (tarefa, time, instituição, paciente, indivíduo, ambiente).

P. M. A
Fls. 1690
Ass.

Ao se identificar as possíveis causas é necessário seguir perguntando "por que" até que uma possível causa raiz seja identificada. Uma causa raiz é aquela que pode explicar o efeito diretamente ou é aquela que, quando removida, elimina ou reduz o problema

- A discussão sobre os problemas no grupo deve ocorrer de forma organizada, centrada nos problemas e não nas pessoas.
- A ferramenta de causa e efeito também estrutura visualmente possíveis estratificações a serem aplicadas nas tratativas. Sendo toda sua metodologia aplicada para estabelecer parâmetros de controle, com base em estratos uniformes que permitem, com maior facilidade, a detecção das causas dos problemas analisados.

O comprometimento de todos os envolvidos no processo é fundamental e que ao examinar cada causa, o usuário observe fatos que mudaram, como por exemplo, desvios de normas e padrões, lembrando de eliminar a causa e não os sintomas que nele são apresentados.

3.3.4.2.2.2 ANÁLISE DE RISCO (MÉTODO HAZOP)

A técnica denominada Estudo de Perigo e Operabilidade – HAZOP (HAZARD AND OPERABILITY STUDIES) visa identificar os problemas de operabilidade de um processo.

O principal objetivo do HAZOP é investigar de forma minuciosa e metódica cada segmento de um processo (focalizando os pontos específicos do projeto – nós - um de cada vez), visando descobrir todos os possíveis desvios das condições normais de processo, identificando as causas responsáveis por tais desvios e as respectivas consequências.

Enfoca tanto os problemas de segurança, buscando identificar os perigos que possam colocar em risco os pacientes e profissionais e aos equipamentos, como também os problemas de operabilidade que embora não sejam perigosos, podem afetar a qualidade ou a eficiência dos processos de trabalho.

A técnica de HAZOP é uma metodologia estruturada utilizada após o levantamento do macroprocesso e análise da causa raiz. Deve-se, executá-lo logo após o término da análise da causa raiz a fim de que as possíveis modificações oriundas da análise possam ser incorporadas ao processo de análise.

O HAZOP baseia-se em um grupo de peritos com diferentes experiências trabalhando juntos interagindo de uma forma criativa e sistemática e identificando muito mais problemas do que se cada um trabalhasse individualmente e depois fossem combinados os resultados. A interação de pessoas, com diferentes experiências estimula a criatividade e gera novas idéias.

P. M. A
Fls. 1641
Ass.

Nos casos dos eventos adversos graves, a composição básica do grupo de estudo deve ser aproximadamente a seguinte:

1- **Líder da equipe**: membro do núcleo da qualidade especialista na técnica HAZOP e, independente do local onde houve o evento adverso. Sua função principal é garantir que o grupo siga os procedimentos do método HAZOP e que se preocupe em identificar riscos.
2- **Chefe do projeto**: representante da alta gestão com conhecimento sobre os processos de trabalho institucionais.
3- **Responsáveis técnicos** das unidades assistenciais e de apoio envolvidas: são responsáveis por conhecer aquilo que de fato acontece nas unidades.
4- **Outros membros**: Especialistas em determinados aspectos operacionais.

As reuniões da equipe de HAZOP devem ser frequentes para se manter o ímpeto desejado e a coleta das informações necessárias. O tempo necessário e o custo são proporcionais ao tamanho e complexidade do evento analisado.

Tipicamente os principais resultados fornecidos pelo HAZOP são os seguintes:

- Identificação de todos os desvios que possam conduzir a eventos perigosos ou a problemas operacionais.
- Uma avaliação das consequências (efeitos) destes desvios sobre o processo.

O procedimento para execução do HAZOP pode ser sintetizado nos seguintes passos:

1. Definição do evento adverso a ser analisado a fim de facilitar a realização do HAZOP.
2. Escolha do nó a ser trabalhado.
3. Verificação das causas e as suas possíveis consequências. Uma vez analisados todos os desvios, procede-se à escolha do próximo nó, prosseguindo com a análise.

O processo de execução de um estudo de HAZOP é estruturado e sistemático. Portanto, se faz necessário o entendimento de alguns termos específicos que são utilizados no desenvolvimento de uma Análise de Riscos desta natureza:

1. **Nós-de-estudo** (*Study Nodes*): são os pontos do processo, localizados através da análise de causa raiz, que serão analisados nos casos em que ocorram desvios.
2. **Risco**: os riscos são distúrbios provocados no processo.

P. M. A
Fls. 1642
Ass

3. **Causas**: são os motivos pelos quais os desvios ocorrem. A partir do momento em que um desvio tenha demonstrado possuir uma causa aceitável, ele pode ser tratado como uma ocorrência significativa e analisado adequadamente. As causas dos desvios podem advir de falhas do sistema, erro humano, um processo não previsto ou distúrbios externos Consequências: as consequências são os resultados decorrentes de um desvio do processo de trabalho.

Frequência (F): Consequência esperada dos pontos do processo

Severidade (S): Grau de dano ao paciente ou a possibilidade de atingirem-se os objetivos dos processos de trabalho

Nível de Risco (NR): Escore de definição de prioridade que combina as categorias de frequência com as de severidade. Quanto maior o escore maior a necessidade de intervenção.

P. M. A
Fls. 1042
Ass.

Para análise do nível de risco as categorias de frequência e severidade estão propostas no quadro 2.

Quadro 2. Categorias de frequência e severidade de eventos adversos

FREQUÊNCIA					
Definição	Consequência esperada nas circunstâncias do processo	Consequência provavelmente vai ocorrer na maioria das circunstâncias	Consequência pode ocorrer nas circunstâncias do processo	Consequência poderia eventualmente ocorrer	Consequência pode ocorrer sob circunstâncias excepcionais
Descritor	Quase Certo	Provável	Possível	Improvável	Raro
Nível de Probabilidade	5	4	3	2	1

SEVERIDADE PARA PESSOAS					
Definição	Dano permanente ou óbito	Dano Temporário (perda da função); Intervenção: Transferência para nível de cuidados mais intensivos; intervenção cirúrgica	Dano Temporário (redução da função); Intervenção: Internação decorrente do evento; readmissão não programada investigação adicional (exames) ou avaliação adicional	Dano Temporário (sem redução ou perda da função); Intervenção: Aumento de observação ou monitoramento, atendimento de primeiros socorros, cuidados mínimos (curativos, administração de medicamentos adicionais)	Sem dano
Descritor	Catastrófica	Grave	Moderado	Leve	Ausente
Nível de Probabilidade	5	4	3	2	1

SEVERIDADE PARA PROCESSOS					
Definição	A maioria dos objetivos não pode ser atingida	Alguns objetivos importantes não podem ser atingidos	Alguns objetivos são afetados	Efeitos menores que são facilmente remediados	Impacto insignificante nos objetivos
Descritor	Catastrófica	Grave	Moderado	Leve	Ausente
Nível de Probabilidade	5	4	3	2	1

P. M.
Fls. 1649
Ass.

Além disso, as reuniões de HAZOP promovem a troca de idéias entre os membros da equipe uniformizando o grau de conhecimento e gerando informações úteis para análises subsequentes.

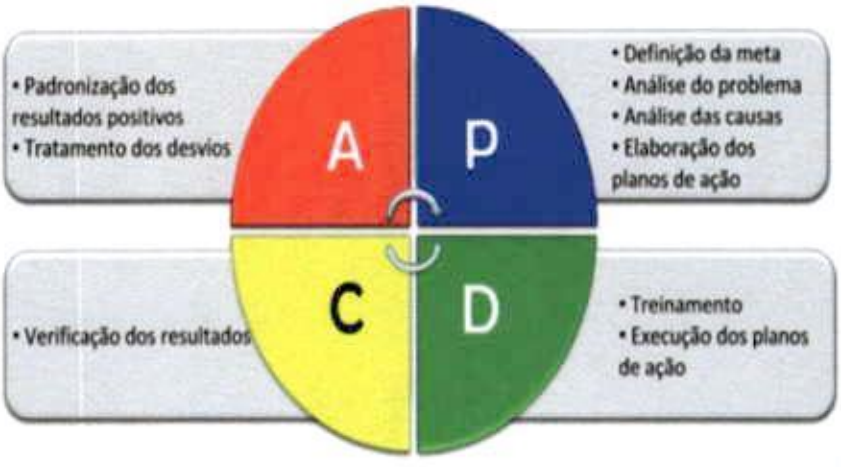
As desvantagens destas metodologias são a avaliação apenas das falhas de processo para determinar os potenciais anormalidades dos eventos adversos e requer uma equipe multidisciplinar com experiência para implementação da técnica.

3.3.4.2.2.3 CICLO PDCA

É uma ferramenta gerencial de tomada de decisões para garantir o alcance das metas necessárias para o funcionamento das organizações. É de fundamental importância para a análise e melhoria dos processos organizacionais e para a eficácia do trabalho em equipe.

O PDCA pode ser utilizado em qualquer organização, inclusive as de saúde, na realização de toda e qualquer atividade da organização, sendo ideal que todos os membros saibam utilizá-la.

Para cada uma das fases, existe uma série de atividades que devem ser realizadas de maneira cíclica e ininterrupta, facilitando a execução, além de dar agilidade e evitar desperdício de tempo, promovendo a melhoria sistemática na organização. Cada letra do ciclo corresponde a um termo que se traduz da seguinte forma:



P. M. A
Fls. 1645
Ass.

O ciclo inicia-se pelo planejamento; em seguida as ações ou conjunto de ações planejadas são executadas; checa-se o que foi feito, se estava de acordo com o planejado e então toma-se uma ação para eliminar ou ao menos minimizar defeitos na execução do serviço, aprendendo com os erros.

Os quatro passos do ciclo PDCA são:

P: planejar (plan)

Definir as metas a serem alcançadas e/ou definir o método para alcançar as metas propostas. Normalmente, as metas são um desdobramento do planejamento estratégico da organização e o método é a orientação para atingir o objetivo esperado.

Nesta fase do ciclo é necessário:

- Identificar os insumos a serem utilizados, de onde vêm, as saídas do processo e seus usuários;
- Descrever o processo;
- Medir as características principais do processo;
- Identificar oportunidades de melhoria;
- Identificar as causas raiz do problema;
- Planejar as ações

D: Executar (DO)

Executar as tarefas como foi previsto na etapa de planejamento e coletar os dados que serão utilizados na próxima etapa de verificação do processo. Nessa etapa são essenciais a educação e o treinamento.

C: Checar (CHECK)

Conferir se o executado está de acordo com o planejado, ou seja, se a meta foi alcançada dentro da metodologia definida. É a fase de monitoração e de avaliação, comparando as metas desejadas e os resultados obtidos. Essa monitoração deve ser baseada em dados concretos, podendo-se utilizar ferramentas de acompanhamento como folha de verificação, histograma, carta de controle, entre outras. Identificar os desvios na meta ou na metodologia.

P. M. A
Fls. 1646
Ass.

A: Agir (ACTION)

Definir e implementar soluções para os problemas encontrados como contínuo aproveitamento do processo, caso ainda não esteja no nível aceitável e se os resultados foram alcançados, pode-se adotar como padrão o planejamento feito na primeira fase. Caso não sejam identificados desvios, é possível realizar um trabalho preventivo, identificando quais desvios são passíveis de ocorrer no futuro, suas causas e soluções. Nesta fase, padronizam-se as ações implantadas e faz-se seu monitoramento.

Esse ciclo, norteado pelos indicadores logísticos, forma o alicerce para uma estrutura gerencial focada na excelência das operações e, consequentemente, na satisfação dos clientes internos e externos.

Relação das ferramentas de qualidade com o ciclo PDCA

Fase do ciclo	Ação possível	Ferramentas
P	Diagnosticar	*Brainstorming*; gráficos; fotografias; 5W3H
	Observar	Gráficos
	Analisar	*Brainstorming*; Ishikawa (Análise da Causa Raiz)
	Planejar a ação	Fluxograma; HAZOP; 5W3H
D	Executiva	Treinamento; reuniões; divulgação; cronograma
C	Checagem	Gráficos; relatórios
A	Aprendizagem	5W3H; treinamentos; manuais, fluxograma, reflexão

O ciclo PDCA também é utilizado para a manutenção dos resultados, ou seja, quando o processo está estabilizado, e o planejamento consta de procedimentos padrões e resultados da meta atingida, são aceitáveis. Alguns autores substituem o P (planejamento) pelo S (Standard), tornando o ciclo PDCA para manutenção dos resultados que se chama de PDCA.

Plano de ação

Na gestão da qualidade, o plano de ação é uma ferramenta que auxilia na orientação das decisões e acompanha o desenvolvimento das ações propostas.

P. M.
Fls 1647
Ass

3.3.4.2.2.4 5W3H

É uma ferramenta utilizada para planejar a implementação de solução por meio da resposta às seguintes perguntas:

- O que: qual a ação vai ser desenvolvida?
- Por que: por que foi definida esta solução (resultado esperado)?
- Quem: quem será o responsável pela implantação?
- Quando: quando a ação será realizada?
- Onde: onde a ação será desenvolvida (abrangência)?
- Como: como a ação vai ser implementada (passos da ação)?
- Quanto: quanto será gasto?
- Como medir: como medir ou avaliar(monitoramento)?

O que fazer?	Por que?	Quem?	Quando?		Onde	Como	Quanto custa?	Como medir?
			Início	Término				

3.3.4.2.2.5 CRONOGRAMA

É uma disposição gráfica do tempo que será gasto na realização de um trabalho ou tarefa, de acordo com as atividades a serem cumpridas. Permite visualizar o andamento de seu trabalho de forma rápida.

Modelo de cronograma para acompanhamento vide plano de ação no PDCA.

P. M. A
Fls. 648
Ass.

3.3.4.2.2.6 RELATÓRIO DE MONITORAMENTO

É uma ferramenta de monitoramento das ações propostas. Monitoramento é compreendido como a atividade sistemática de acompanhar o desenvolvimento das ações e compreender seus avanços e dificuldades. O processo de monitoramento tem o propósito de construir aprendizagens relacionadas às práticas dos projetos e assim ampliar os resultados das ações.

Relatório de Monitoramento

DATA:
AÇÃO PROPOSTA:
LOCAL:
PÚBLICO ALVO:
JUSTIFICATIVA:
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

OUTRAS FERRAMENTAS DA QUALIDADE APLICADA A SAÚDE

3.3.4.2.2.7 FOLHA DE VERIFICAÇÃO

É utilizada para coletar dados sobre fatos que ocorrem com frequência num certo período de tempo, permitindo uma percepção da realidade e uma imediata interpretação da situação, ajudando a diminuir eventos indesejáveis.

A folha de verificação também é conhecida como *Checklist* pode ser simples e de frequência

- Folha de verificação simples: utiliza-se uma lista de itens pré-estabelecidos que precisem ser verificados, sendo marcados a partir do momento que forem realizados ou avaliados. Monta-se um formulário onde a pessoa que for preencher possa marcar um "X" ao lado do item verificado, ou no critério estabelecido na avaliação.

P. M. A
Fls 1649
Ass.

Monitoramento de Auditoria

Setor:	
Responsável do setor:	
Responsável pela auditoria:	
Data da 1ª auditoria:	Data do Monitoramento:

Nº	Pergunta	Resposta			Observação
		S	N	NA	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Número de leitos avaliados					
1.	Identificação de todos os pacientes em impresso próprio à beira leito?				
COMUNICAÇÃO					
Número de prontuários avaliados					
2.	Cabeçalho com nome completo e RG do paciente?				
3.	Há registro de data e horário do atendimento médico?				
4.	Há registro de data e horário do atendimento de fisioterapia?				
5.	Há registro de data e horário do atendimento de enfermagem?				
6.	Há registro de data e horário do atendimento de outros profissionais?				
7.	Há identificação do profissional com assinatura e carimbo?				
	Prontuários arquivados nos setores?				

- Folha de verificação de frequência: Usada para coletar frequência de um determinado evento, além de registrar informações sobre o desempenho e acompanhamento dos "defeitos" em itens ou processos. Pode-se coletar informações dos eventos que estão acontecendo ou que já ocorreram.

P. M. A
Fls. 1650
Ass.

3.3.4.2.2.8 GRÁFICOS

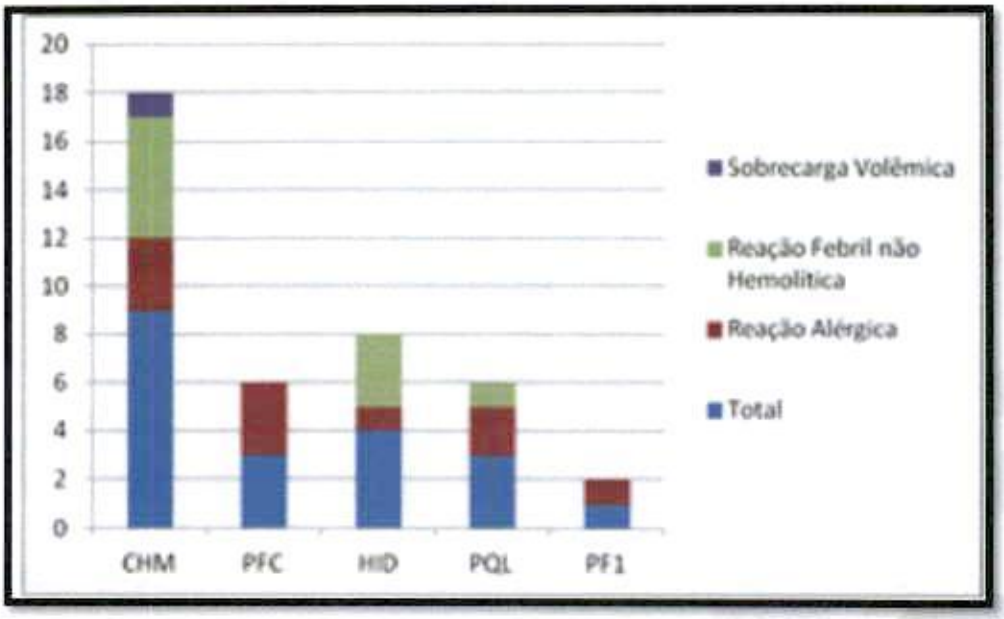
São instrumentos para visualizar dados numéricos, facilitando o entendimento do significado dos números. São usados para analisar as tendências, sequências e comparações entre duas variáveis, para se tornar mais evidente e compreensível a apresentação dos dados.

Cada tipo de gráfico é adequado para uma diferente situação analisada e para escolher um tipo de gráfico, deve-se considerar que cada um tem característica exclusivas para ajudara visualizar um conjunto de dados. Exemplos: gráfico de linha, gráfico de tempo, gráfico de barras, histograma ou gráfico de distribuição de frequência, entre outros.

Gráfico de barras

É um gráfico com barras retangulares e comprimento proporcional aos valores que ele representa. A distribuição dos dados por meio de barras pode ser desenhada verticalmente ou horizontalmente.

Um eixo do gráfico mostra especificamente o que está sendo comparado enquanto o outro eixo representa valores discretos.



P. M. A
Fls 651
Ass.

3.3.4.3 AUDITORIAS DE QUALIDADE E ASSISTENCIAIS

3.3.4.3.1 AUDITORIA CLÍNICA PERIÓDICA

O **ISSSL** pretende implantar no **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã** protocolos gerenciados e fluxos monitorados, com vistas a Segurança do Paciente e qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço.

A auditoria é uma revisão das demonstrações financeiras, sistema financeiro, registros, transações e operações de uma entidade ou de um projeto, efetuada por contadores, com a finalidade de assegurar a fidelidade dos registros e proporcionar credibilidade às demonstrações financeiras e outros relatórios da administração.

A auditoria também identifica deficiências no sistema de controle interno e no sistema financeiro e apresenta recomendações para melhorá-los

As auditorias podem diferir substancialmente, dependendo de seus objetivos, das atividades para os quais se utilizam as auditorias e dos relatórios que se espera receber dos auditores.

Auditoria Hospitalar

No âmbito da saúde, existe a auditoria hospitalar que pode ser aplicar nas várias áreas de um hospital, como auditoria em enfermagem, por exemplo.

Nestes casos, a auditoria tem como objetivo averiguar se os serviços disponibilizados têm qualidade e cumprem as normas estabelecidas.

A auditoria é uma questão de aprendizagem e formação, para que todas as pessoas envolvidas no atendimento dos pacientes possam ter a melhor prestação possível.

3.3.4.3.2 CRONOGRAMA

Cronograma Anual de Auditoria Assistencial e Administrativa												
Ações	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês
Auditoria Assistencial	■					■					■	
Auditoria Administrativa		■					■					■
Auditoria Assistencial			■					■				
Auditoria Administrativa				■					■			
Auditoria Assistencial					■					■		

P. M. A
Fls. 652
Ass.

3.3.4.3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ISSSL

I – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Data da Visita: ___/___/___

Nome do Estabelecimento:

Endereço:

Diretor Clínico do Hospital:

CRM:

Diretor/Gerente de Enfermagem:

COREN:

Licença Laboratório Anal. Clínicas:

Em dia? (S) (N)

Resp.Técnico:

Licença Serviço de Radiologia:

Em dia? (S) (N)

Resp.Técnico:

Licença Serviço de Hemoterapia?

Em dia? (S) (N)

Resp.Técnico

Licença da Farmácia Hospitalar?

Em dia (S) (N)

Resp.Técnico

Diretor Administrativo?

(S) (N)

Alvará de Funcionamento:

Alvará da Vigilância Sanitária:

Cremesp: **Validade:**

CNES:

P. M. A
Fls. 653
Ass.

II - DADOS GERAIS

NATUREZA DO SERVIÇO
(.) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal ( ) Filantrópico ( ) Privado ( ) Convênio SUS ( ) Universitário
ABRANGÊNCIA DO SERVIÇO
(.) Regional ( ) Municipal ( ) Intermunicipal ( ) Estadual
O PRÉDIO ESTÁ LOCALIZADO
(.) Vizinho a fábrica ( ) Junto a rio ( ) Em rua muito movimentada ( ) Junto a aterro sanitário ( ) Em área residencial ( ) Isolado

II - CLÍNICAS

NÚMERO DE LEITOS

Clínica Médica (discriminar as especialidades existentes):	
Clínica Cirúrgica (discriminar as especialidades existentes):	
Pediatria	
Ginecologia	
Obstetrícia	
UTI Adultos	
UTI Pediátrico	
Berçário	
UTI Neonatal	
Ortopedia	
Psiquiatria	
Alta Complexidade: (descrever com o no correspondente de leitos) hemoterapia, nutrição parenteral, hemodiálise, etc.	
Odontologia	
Outras: (descrever com o no. Correspondente de leitos)	

P. M. A
Fls. 654
Ass.

III - EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

POSSUI INSTALAÇÕES MÍNIMAS ADEQUADAS? Sala de triagem médica e/ou enfermagem, sala de serviço social, de higienização, sala de suturas e curativos, sala de reidratação, de nebulização, de aplicação de medicamentos, de gesso e redução de fraturas, para exame indiferenciado e sala para exame diferenciado (oftalmologia, otorrino, odontologia, etc)	

A EMERGÊNCIA POSSUI OS EQUIPAMENTOS ABAIXO RELACIONADOS?	
ADULTOS:	
Desfibrilador e monitor	
Ventilador a pressão	
Aspirador de secreções	
Carro para material de emergência	
Mesa para exames/tratamento	
Mesa para instrumental	
Negatoscópio	
Refletor parabólico	
Suporte de hamper	
Suporte de soro	
Escada de 2 degraus	
Laringoscópio	
Foco cirúrgico com pedestal	
Bomba de infusão	
Estetoscópio unissom	
Sistema de assistência respiratória de parede	
Esfigmomanômetro de parede	
ECG	
Rede de gazes	
Gerador	

P. M.
Fls. 1655
Ass

Bateria funcionante nos materiais	
Banqueta giratória	
Maca para transporte	
Colar cervical Filadélfia Reanimador pulmonar, conjunto portátil completo (maleta de emergência)	
Pediátrico	
Balança	
Carro para material de emergência desfibrilador e monitor	
Incubadora de transporte	
Refletor parabólico	
Reanimador pulmonar manual	
Negatoscópio	
Laringoscópio rígido infantil	
Monitor à pressão não invasivo infantil ventilador neonatal e pediátrico	
Ventilador pressão neonatal para incubadora	
Sistema de assistência respiratória de parede mesa auxiliar para instrumental	
Suporte para soro	
Suporte para hamper	
Mesa para exame infantil com coxim	
Estetoscópio infantil	
Possui área de recepção de pacientes (para pelo menos uma maca)	
Possui área Para recepção de ambulâncias ?	
Possui sala de isolamento (dimensão mínima= 8 m2)	

P. M. A
Fls. 1656
Ass.

IV- ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE

A Unidade dispõe de ambulância(s) equipada(s)?	
A ambulância possui(em) licença em dia da Fiscalização Sanitária?	
Dispõe de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar?	
Com que frequência são feitas as reuniões? (anotar data da última reunião).	
Quais os profissionais que fazem parte da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar?(anotar nome e especialidade)	
Há Normas e Rotinas para as Áreas Assistenciais?	
Há reuniões de discussão de óbitos com ata? Com que frequência são feitas as reuniões? (anotar a data da última reunião)	
Há cronograma de reuniões clínicas periódicas?	
Há livro de registro de partos, informando as ocorrências?	
Há livro de registro de atendimentos de emergência/urgência?	
Há livro de registro de internações e altas?	
Há livro de registro de cirurgias?	
Há livro de registro de nascidos vivos?	
Livro de registro de óbitos?	
Todos esses livros são registrados na Fiscalização Sanitária?	
Possui Centro de Estudos devidamente registrado?	
Possui auditório?	
Há Residência Médica?	
Há Pesquisas e Pós Graduação?	
Há acadêmicos (medicina, odontologia, enfermagem, etc)?	
Há estagiários de cursos de téc. e aux. Enfermagem?	
Há protocolos médicos?	
Há protocolos de enfermagem?	

P. M. A
Fls. 1651
Ass.

Sala de procedimentos invasivos / especiais? (dimensões mínimas= 20 m2)	
Área de Escovação? (2 torneiras por cada sala de procedimento ; 1,10 m2 por torneira)	
Sala de emergências=politraumatismo, paradas cardíacas, etc ? (dimensões mínimas= 12 m2 por leito; no mínimo 2 leitos com distâncias de 1 m entre estes e paredes)	
Sala de gesso e redução de fraturas ? (dimensões mínimas = 12 m2 ; quando destinada a mais de um paciente 8,5 m2 por box)	
Sala de higienização? (dimensões mínimas= 8 m2)	
Posto de enfermagem / prescrição médica ? (01 posto para cada 12 leitos de observação ; 6 m2)	

P. M. A
Fls. 659
Ass.

V - RECURSOS HUMANOS DA UNIDADE

PROFISSIONAIS	ROTINA
Enfermeiro Téc. Enfermagem	
Aux. Enfermagem	
Pediatra Obstetra	
Ginecologista	
Clínico Cirurgião	
Neurologista	
Neurocirurgião Ortopedista	
Nutricionista	
Psicóloga Assistente Social	
Radiologista	
Anestesista Farmacêutico	
Odontólogo	
Fisioterapeuta Psiquiatra	
Técnico de Imobilização	
Maqueiro Motoristas de ambulância	
Pessoal administrativo	
SAME CIPA NIR	
Controlador de Acesso	
SESMET Outros (especificar)	

C. M. A
Fls. 639
Ass.

VI - LIMPEZA E ZELADORIA (entreviste funcionários)

Existe um programa de sanitização da Instituição? Existem registros de sua execução?	
Existem normas de instrução escrita para limpeza e manuseio do lixo produzido no setor?	
A limpeza dos setores é feita por funcionário fixo ao setor?	
Serviço de limpeza terceirizado? Existe treinamento dos funcionários da limpeza e da coleta do lixo?	
Com que frequência é feito o treinamento? ----------/ano Há rotatividade deste pessoal da limpeza e coleta de lixo?	
Qual a frequência? _____Homem/ano Os produtos utilizados são adequados	
Ficha Técnica dos produtos de limpeza Educação Continuada para a equipe de limpeza	
Faz coleta seletiva? Containers adequados?	
Destino final lixo infectante	

P. M. A
Fls. 1060
Ass.

VII - EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Existem procedimentos escritos sobre utilização correta de E.P.I?	
Os EPI's disponíveis para os funcionários da zeladoria são:	
Uniforme próprio e/ou avental longo	
Luvas	
Máscara	
Calçado fechado com solado antiderrapante	
Óculos de proteção	
Outros	
Utilização correta dos EPI durante a inspeção?	

P. M. A
Fls. 1661
Ass.

VIII – RESÍDUOS HOSPITALARES (LIXO)

Materiais provenientes de salas de isolamento excrementos ou restos de materiais provenientes de sala de isolamento de pacientes com doenças altamente transmissíveis.	
Materiais biológicos culturas, amostras armazenadas de agentes infecciosos, placas de Petri, vacinas vencidas ou inutilizadas, instrumentos usados para manipular microorganismos, filtros de áreas altas/ contaminadas, etc.	
Sangue e hemoderivados amostras de sangue para análises, soro, plasma e outros subprodutos, qualquer material encharcado ou saturados com sangue, ou mesmo que secos, recipientes, sacos plásticos, tubos intravenosos, etc	
Resíduos patológicos e cirúrgicos tecidos, órgãos, feto humano, partes e fluidos corporais removidos durante autópsia, cirurgia, etc	
Resíduos perfuro-cortantes agulhas hipodérmicas, seringas, pipetas de Pauster, bisturis tubos, placas de cultura, vidraria inteira ou quebrada, etc. Que tiveram contato com paciente ou agentes infecciosos como qualquer elemento que foi jogado fora não utilizado	

P. M. A
Fls 1616
Ass.

IX - RESÍDUOS ESPECIAIS

Resíduos químicos incluem os resíduos perigosos (tóxicos, corrosivos, inflamáveis, reativos, genotóxicos ou mutagêncos) e não perigosos.	
Resíduos radioativos sólidos ou líquidos (seringas, papel absorvente, frascos, líquido derramados, urina, fezes) radioativos ou contaminados com radiosótopos de baixa atividade provenientes de laboratórios.	
Resíduos farmacêuticos medicamentos vencidos, contaminados, desatualizados, não utilizados, etc.	

X - RESÍDUOS COMUNS

Resíduos não perigosos similares aos domésticos papéis, papelão, caixas, restos de preparação de alimentos, etc.	
Há separação dos diversos resíduos no setor?	
Desinfecção de agulhas antes de descartá-las?	
Há acondicionamento adequado dos resíduos?	
Recipiente de material resistente.	
Recipiente com tampa	
Uso de recipiente próprio para agulhas/lâminas.	
Recipiente com pedal.	
Os recipientes para descarte estão bem localizados, com avisos claros, visíveis?	
Há uso de cores/ símbolos/ sinalização indicando o tipo de resíduo e o risco?	
Os recipientes do lixo são desinfectados?	
Observe se estão limpos.	

P. M. A
Fls. 163
Ass.

XI - ABRIGO DE RESÍDUOS SÓLIDOS (LIXO HOSPITALAR)

Isolado do ambiente com paredes impermeabilizadas para facilitar a limpeza?	
Refrigerado	
O setor está em boas condições de higiene?	
Possui compactador?	
O lixo é estocado separado por categoria com identificação visível?	
Há presença de insetos e/ou roedores no local durante a inspeção?	
A coleta externa é feita por veiculo especializado?	
Existe acesso exclusivo ao setor?	
Data da última dedetização	
Avental de chumbo	
Dosimetro	
Protetor de tireoide	

P. M. A
Fls. 1664
Ass.

XII - ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Rede de fornecimento	
Rede pública	
Carro pipa	
Outra	
Qual a periodicidade que é feita a limpeza do sistema de abastecimento?_____meses.	
Qual a data da última limpeza? ___/___/___ (peça comprovante)	
Há reservatório duplo de água potável?	
Existem sistemas de filtragem? Localização	
Existe tratamento da água utilizada nas terapias	
Caso afirmativo, que tipo? Deionização Osmose reversa Outro tipo (especificar)	
Possibilidade de refluxo da água?	
Caso afirmativo, existem meios de prevenção do refluxo?	
Existe monitoramento da qualidade da água? Caso afirmativo, nome do Técnico ou órgão responsável: (anexe cópia do laudo)	
Qual a Periodicidade? _____meses	
Há inspeção dos sistemas/instalações hidráulicas?	
Data última inspeção ____/_____/_____.	
O abastecimento d'água para os reservatórios prevê uma capacidade para_____dias	
Há reservatório de água inferior (cisterna)?	

Se afirmativo, qual a capacidade? _____	
Há reserva técnica para combate a incêndio?	
Se afirmativo, qual a capacidade? _____	
Todos os reservatórios (cisterna, caixa d'água, etc) estão em bom estado de higiene e conservação , com tampa, sem vazamentos, etc ?	
Frequência de coleta	

P. M. A
Fls. 1665
Ass.

XIII – ESGOTO

Os efluentes vão diretamente para a rede pública?	
Caso não haja rede pública, há sistema de tratamento para os dejetos?	
Existe laudo emitido por órgão competente quanto ao tratamento efetuado? (anexe cópia)	
Existe manutenção dos esgotos? (limpeza de caixa de gordura, etc).	
Qual a Periodicidade	

XIV - SISTEMA DE COMBATE A INCÊNDIOS

Há sistema de combate a incêndio?	
Caso afirmativo, Qual?	
Acessos aos instrumentos de combate a incêndios estão livres?	
Os extintores estão dentro do prazo de validade?	
Nos locais onde estão os extintores há demarcação no piso?	
Existe reserva técnica de abastecimento de água para incêndio?	
Caso afirmativo, qual a sua capacidade?_____	
Existe laudo do Corpo de Bombeiros?	
Caso afirmativo, data da emissão do laudo ___/___/___.	
Pergunte aos funcionários se recebem treinamento para combate a incêndios:	
Há saídas de emergência sinalizadas?	
Existe escada externa de emergência com porta "corta-fogo"?	
Existe brigada de incêndio?	

P. M. A
Fls 666
Ass.

XV - UNIDADE DE PACIENTES INTERNOS

Nº de Quartos (quarto de criança=15 a 20% dos leitos do estabelecimento; deve haver no mínimo 01 quarto de isolamento para cada 30 leitos) (quarto de adulto= a cada 30 leitos deve existir 01 quarto de isolamento)	
Nº Total de Leitos (enfermarias + quartos + UTI, etc.)	
N°. de leitos por especialidade:	
Clínica médica	
Clínica cirúrgica	
Pediatria	
Maternidade Ginecologia	
UTI pediátrica	
UTI adulto	
Neonatologia	
Outras	
Quartos e enfermarias da pediatria possuem painéis de vidro nas paredes divisórias com a circulação?	
Enfermarias de pediatria possuem cadeiras de repouso para acompanhante?	
N.º de Banheiros - Banheiro para acompanhante na pediatria	
Banheiro para pacientes (cada quarto ou enfermaria deve ter acesso direto a um banheiro podendo este servir no máximo a 2 enfermarias)	
Sanitário para o público	
Sala de Exames	

P. M. A
Fls. 1067
Ass.

B - ÁREA FÍSICA E INSTALAÇÕES

Área suficiente para a circulação de pacientes, profissionais e carrinhos?	
Corredores estão desobstruídos para a circulação?	
As macas circulam livremente?	
Há área de recepção do paciente? (suficiente p/ o recebimento de 01 maca no	
Possui água quente	
Possui água fria	
A(s) sala(s) de cirurgia (2 salas para cada 50 leitos não especializados ou 15 leitos cirúrgicos deve haver 1 sala). Estabelecimentos especializados como cardiologia, cirurgia, etc., devem fazer um cálculo específico)	
Em relação à categoria de sala possui dimensões mínimas adequadas	
Sala de pequena cirurgia (oftalmologia, endoscopia, otorrino., etc.) (20 m2 c/ dimensão mínima de 4 m)	
Sala de grande cirurgia (ortopedia, neurologia, cardiologia, etc.)	
Cirurgia (geral) (25 m2 c/ dimensão mín. De 4,7 m)	
Possui (em) área desobstruída para circulação?	
Possui fluxo de entrada e saída?	
Está equipada com carrinho de anestesia funcionando?	
Possui régua para assistência respiratória?	
Está isenta de janelas e/ou soluções de continuidade nas paredes?	
Dispõe de refrigeração controlada?	
As entradas de ar controlado possuem filtros? (verificar)	
Dispõe de paredes e pisos impermeáveis, sem soluções de continuidade e de fácil	
Possui salas de barreira c/ vestiário e sanitário separadas por sexo?	
Possui aspirador de secreção?	

P. M. A
Fls. 1668
Ass.

Possui capnógrafo?	
Possui monitor?	
Possui cilindro de oxigênio de reserva? (deve estar em local seguro)	
Possui medicamentos dentro do prazo de validade?	
Há área de escovação de mãos? Deve possuir no mínimo 1,10m2 p/ torneira (quente e fria). Até 2 salas cirúrgicas = 2 torneiras por cada sala. Mais de 2 salas cirúrgicas = 2 torneiras a cada novo par de salas).	
Há sala de indução anestésica? (sala com 2 leitos no mínimo com 8,5m2 para leito com distância entre estes e paredes, exceto cabeceira de 1,0m.Quando houver mais de 2 leitos deve Ter 6,5m2)	
Sala de recuperação pós-anestésica? (1 sala = o número de leitos depende dos tipos de cirurgias previstas. De um modo geral estima-se 2 leitos por sala cirúrgica. Medidas da sala: 8,5 m2 p/ leito c/ distância entre estes e paredes, exceto cabeceira, de 1 m. Quando houver mais de 2 leitos deve ser 6,5 m2).	
Há sala de guarda e preparo de anestésicos? (4 m2)	
Há ficha de anestesia com descrição e identificação do profissional que realizou o procedimento preenchida?	
Há ficha operatória com descrição de todo o procedimento cirúrgico e identificação do profissional que o realizou preenchida?	
Existe sala de apoio às cirurgias especializadas? (12 m2)	
Há área para prescrição médica? (2 m2)	
Posto de enfermagem e serviços? (1 p/ cada 12 leitos de recuperação pós – anestésica. Medida mín. = 6 m2) Existe maca de transposição para o paciente acessar ao centro cirúrgico?	
Existe maca de circulação exclusiva do C. Cirúrgico?	
As portas de acesso ao C. Cirúrgico possuem barreira física?	

P. M. A
Fls 669
Ass.

XVI - CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZAÇÃO

Profissional responsável pelo setor		
Chefia exclusiva do setor		
Há normas e rotinas escritas?		
Há treinamento para uso de equipamentos?		
Obras no momento?		
Números de leitos total da unidade		
Número de profissionais no setor		
Há Instalações / Fluxo Separados?		
Há área de recepção, desinfecção e separação de materiais ? (deve possuir 0,08m2 p/ leito c/ área mínima de 8m2)		
Área de lavagem de materiais? (medidas idem ao item anterior)		
Área de recepção de roupa limpa? (4 m2)		
Preparo de Roupas e Material limpos?(0,25 m2 p/ leito c/ área		
Esterilização		
Guarda de Distribuição		
Existe reaproveitamento de material de uso único		
Agulhas com componente plástico, Escalpes, Bisturis descartáveis ou lâminas, Cateteres p/ punção venosa, Equipos sangue / plasma /	ASSINALAR QUAL É	
Esterilização (distância mín. entre os autoclaves = 1m)		
Autoclave		
Estufa		
Glutaraldeído		
Formaldeído		
Óxido de Etileno		

P. M. A
Fls 1670
Ass.

Embalagem de papel grau cirúrgico		
Embalagem de papel Kraft com pH 5-8		
Filme de poliamida entre 50 e 100 Micra		
Monitoramento		
Períodos / Validade Estabelecidos		
Fitas termossensível		
Teste Biológico		
Registro de Temperatura		
Área p/ armazenagem e distribuição de materiais descartáveis (25% da área de armazenagem de material esterilizado)		
Sala de armazenagem e distribuição de materiais e roupa esterilizada (0,2 m2 p/ leito c/ o mínimo de 10m2)		
Equipamento de Proteção Individual (EPI)		
Condições para Lavagem das mãos (Pia, Sabão, Papel, Toalha)		
Vestiário c/ sanitários para funcionários do setor		
Depósito de material de limpeza		
Produtos usados no setor possuem rótulos com prazo de validade, registro no Min. da Saúde , etc. (caso a resposta a este item		

XVII- CONTROLE DE PRAGAS

Apresentação da ordem de serviço para os serviços de desinsetização (validade 06 meses) e desratização (validade 03 meses) por firma credenciada na FEEMA		
Todo o estabelecimento possui janelas teladas visando impedir entrada de insetos e roedores?		

P. M. A
Fls. 1671
Ass.

XVII – LAVANDERIA

Possui dimensões adequadas? (até 50 leitos = 1,2 m2 p/leito com mínimo de 60 m2. De 51 a 149 leitos = 1,0 m2 p/leito. Acima de 150 leitos= 0,8 m2 p/ leito com mínimo de 150 m2).		
Possui sala para recepção, separação e pesagem?		
Possui área para lavagem e centrifugação?		
Possui área de secagem?		
Possui área de passagem (_calandra, prensa e ferro)?		
Possui área de dobragem?		
Possui área para armazenagem?		
Possui depósito adequado para guarda de material de limpeza?		
Possui vestiário e banheiro exclusivo para funcionários do setor		

XIX - GASES MEDICINAIS

Possui área para tanques de gases medicinais?		
Possui os requisitos mínimos de segurança? (área isolada com sinalização visível, etc)		
Possui área específica para centrais de gases (cilindros)?		

P. M. A
Fls. 1672
Ass.

3.3.4.3.4 AUDITORIA ASSISTENCIAL

3.3.4.3.4.1 FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PELO USUÁRIO INTERNADO/OBSERVAÇÃO

Avaliação pelo usuário internado/observação

PREZADO(A) USUÁRIO (A)

Respondendo este questionário, você estará contribuindo para melhorar o atendimento médico hospitalar. Após preenchê-lo, coloque-o nas urnas localizada nos corredores do **Hospital Municipal Santo Antonio**. Você não precisa se identificar, mas, se quiser, poderá fazê-lo ao final. Sua opinião é importante e antecipadamente agradecemos pela participação.

A DIREÇÃO

Data de Admissão: _____Data da Alta:_____

ASSINALE COM UM X A SUA OPINIÃO	ÓTIMO	BOM	REGULAR	INSUFICIENTE	RUIM
Atendimento em recepção.					
Atendimento médico.					
Atendimento de enfermagem.					
Acomodações.					
Limpeza.					
Esclarecimentos que recebeu sobre a doença e o tratamento.					
Resultado do tratamento.					
Como você classifica este hospital.					

VOLTARIA A PROCURAR ESTE SERVIÇO, SE NECESSÁRIO?

SIM( ) NÃO ( ) COMENTE:

_____

_____

_____

_____

RECOMENDARIA ESTE SERVIÇO PARA SEUS PARENTES/AMIGOS?

SIM( ) NÃO ( )

P. M. A
Fls. 1673
Ass.

APROVEITE ESTE ESPAÇO PARA SUGESTÕES E COMENTÁRIOS SOBRE O QUE MAIS CHAMOU A SUA ATENÇÃO, DURANTE O PERÍODO EM QUE ESTEVE INTERNADO(A) NESTE HOSPITAL

_____

_____

_____

_____

EM QUAL UNIDADE ONDE ESTEVE INTERNADO OU EM OBSERVAÇÃO:

ESCREVA SEU NOME E ENDEREÇO SE DESEJAR

NOME: _____

RUA/AV.: _____

CEP: _____ CIDADE: _____

ESTADO: _____

P. M. A
Fls. 674
Ass.

ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES / PACIENTE INTERNADO

Paciente (Iniciais)_____ **nº do registro**_____ **Clínica**_____
Hora_____ **Enf./Leito** _____ **Sexo** ____ **Idade**____ **Grau de Dependência**_____
Unidade_____**Religião:**_____
Data da internação ____/____/____ **Data da observação**____/____/____
Diagnóstico:_____**Entrevistador:**_____

HIGIENE E CONFORTO FÍSICO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. A boca está cuidada?				
2. Os cabelos estão em ordem?				
3. O paciente está barbeado?				
4. As unhas das mãos e dos pés estão cortadas?				
5. O cliente com drenos e sondas está livre de irritações de pele, obstruções nos tubos, etc..				
6. O paciente acamado está em posição correta?				
7. Os curativos estão limpos e secos?				
8. A cama do paciente está em ordem, limpa e seca?				

ATIVIDADES FÍSICAS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. O paciente dependente está com mudança de decúbito programada?				
2. Não houve formação de úlcera de pressão há mais de 24 horas?				
3. A tração ortopédica está colocada corretamente?				
4. Tábuas para os pés, sacos de areia, travesseiros ou suportes estão colocados adequadamente?				
5. Gessos, talas estão cuidados corretamente?				

P. M. A
Fls 679
Ass.

SEGURANÇA FÍSICA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. O paciente está no quarto e no leito registrados. Sua identificação está correta (nome e clínica)?				
2. O paciente em cadeira de rodas ou poltrona está acomodado com segurança?				
3. As grades da cama estão posicionadas adequadamente?				
4. Passou mais de 24 horas sem queda do leito?				
5. As restrições estão limpas e sem garrotear a circulação do membro?				
6. Existe campainha de chamada ao alcance do paciente?				
7. O mobiliário do quarto é apropriado e seguro?				
8. O quarto está em ordem, livre de objetos acumulados (jornais, garrafas, restos alimentares, etc..)?				
9. Não há presença de materiais usados ou contaminados (comadre, papagaio, curativos e outros) próximo ao leito do paciente?				
10. O equipamento elétrico do quarto está em ordem e funcionando bem (luminárias, arandelas, ventilador e campainha)?				
11. O ambiente está limpo? (incluir mobiliário, ventilador e cama)				
12. Todos exames agendados foram realizados?				

NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Os equipos de microgotas com reservatórios estão instalados há menos de 72 horas? (verificar data, horário e assinatura)				
2. Os equipos de PVC estão datados e instalados com menos de 24 horas?				
3. Os equipos de bombas infusoras estão instalados menos de 48 horas?				
4. Os equipos de soro estão sem sangue coagulado na parte interna?				
5. Os equipos de soro estão limpos e sem sangue coagulado externamente?				
6. Os equipos de soro estão identificados de forma correta?(data e horário)				
7. Os soros instalados estão com identificação correta e completa?				
8. Os scalps hidratados, scalps, catéter venoso periférico estão identificados com data, nome e horário?				
9. Os scalps hidratados, scalps e cateteres venosos periféricos estão instalados há menos de 72 horas?				
10. Os cateteres externos estão permeáveis e com soro conectados?				
11. Os membros superiores dos pacientes estão sem soroma?				
12. Os equipos de dieta foram instalados há menos de 24 horas?				
13. Os equipos de dieta estão limpos?				
14. Os equipos de dieta são coloridos e adequados à nutrição?				
15. A altura do frasco de dieta está há 40 cm da cabeça do paciente?				

P. M. A
Fls. 1676
Ass.

OXIGENAÇÃO E VENTILAÇÃO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Os inaladores estão mantidos secos e protegidos após utilização no intervalo de 6 horas?				
2. Os nebulizadores estão datados e instalados há menos de 24 horas?				
3. A traqueostomia está livre de secreções?				
4. O curativo da traqueostomia está limpo?				
5. O oxigênio está com quantidade e instalação correta?				

ELIMINAÇÕES	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Dreno de penrose está com coletor ou curativo adequado? (boa adaptação, mantendo volume adequado de preenchimento e sem provocar lesões de pele)				
2. Ostomias e bolsas coletoras estão bem adaptadas e com capacidade de enchimento adequado? (2/3 da capacidade)				
3. Dreno de porto-vac está sendo mantido em posição adequada e com pressão negativa dentro do recipiente coletor?				
4. O dreno de tórax está com identificação adequada e completa?				
5. O dreno de tórax está com instalação adequada?				
6. A sonda nasogástrica está em posição correta, fixada adequadamente e o saco coletor com volume adequado? (2/3 da capacidade)				
7. A sonda vesical de demora está fixada corretamente e com volume na bolsa coletora adequada? (2/3 da capacidade)				

UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS (MONITOR CARDÍACO, BOMBA INFUSORA, OXÍMETRO, RESPIRADORES, ETC.)	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. O equipamento usado está corretamente aplicado no doente?				

P. M. A
Fls. 1647
Ass.

AUDITORIA DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente (Iniciais)_____ nº do registro_____ Clínica_____ Hora_____ Enf./Leito_____ Sexo____
Idade____ Grau de dependência_____ Unidade_____ Religião:_____ Data da internação____/____/____
Data da Alta____/____/____ Dias de internação_____ Diagnóstico_____ Avaliador:_____

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO: 1 – não se aplica 2 – completo 3 – incompleto 4 – não preenchido 5 – incorreto

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS
1. Os dados de identificação do paciente estão corretos?	Considerar nome, sexo, idade, dia de internação, grau de dependência, número de prontuário, diagnóstico, leito, clínica e número de atendimento.	
2. Os dados de identificação do paciente estão completos?	Considerar nome, sexo, idade, dia de internação, grau de dependência, número de prontuário, diagnóstico, leito, data, clínica e número de atendimento.	
3. Prescrição tem data, horário, nº Coren e assinatura?	Considerar a data, horário de elaboração, nome, número do Coren e assinatura da(o) enfermeira(o) que elaborou a prescrição de enfermagem.	

II. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS
1. A primeira prescrição é feita pela mesma(o) enfermeira(o) que o admitiu?	Checar em qual horário que o paciente foi admitido e se a(o) enfermeira(o) abriu a prescrição de enfermagem em seu horário de atendimento	
2. A primeira prescrição revela a prioridade de atendimento?	A primeira prescrição está correlacionada as necessidades do cliente com a sua patologia. Considerar como prioridade de atendimento: banho, higiene oral, corporal e curativo.	
3. A prescrição de admissão permite conhecer as condições gerais do paciente?	A prescrição de admissão revela que a(o) enfermeira(o) realizou o exame físico e tomou consciência do Quadro do cliente descrevendo as principais alterações físicas, queixas principais, alterações no exame físico, etc..	
4. Há pelo menos uma prescrição diária para o paciente?	Verificar a existência de uma prescrição de enfermagem, elaborada diariamente conforme as necessidades do cliente.	
5. A prescrição indica o grau de dependência do paciente?	Todos os itens dos cuidados de enfermagem estão precedidos de verbos que indiquem uma ação (Fazer, Auxiliar, Orientar, Supervisionar e Encaminhar).	
6. A prescrição indica cuidado de enfermagem especial (individual) de acordo a patologia e necessidade?	A prescrição de enfermagem é elaborada de forma individualizada, consistente, atualizada, acompanhado as necessidades do doente, apresentando-se dinâmica de acordo com a evolução do paciente.	
7. A prescrição indica ações referentes aos sinais e sintomas pertinentes a patologia e evolução do paciente?	A prescrição de enfermagem indica ações que sejam pertinentes aos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, de acordo com sua patologia, permitindo que o auxiliar de enfermagem direcione suas observações, prevenindo atendimento tardio e complicações.	
8. Os cuidados prescritos foram checados e rubricados?	Todos os cuidados prescritos foram checados e rubricados de acordo com as normas da instituição.	
9. Os horários dos procedimentos foram preenchidos, respeitando as características do paciente e as necessidades de sua patologia?	Os horários dos procedimentos foram estabelecidos de acordo com as normas definidas pela instituição e descritas no manual elaborado pelo grupo GEMA.	

P. M. A
Fls. 1678
Ass

III. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS
1. Há registro de higiene oral pelo menos 3 vezes ao dia?	Há checagem, registro ou orientação de realização de higiene oral pelo menos 3 vezes ao dia.	
2. Há registro de higiene corporal diária?	Há checagem, registro ou orientação de realização de higiene corporal pelo menos uma vez ao dia.	
3. Há registro de sinais vitais, pelo menos três vezes ao dia?	Deve existir controle de sinais vitais completo (pressão arterial, freqüência cardíaca, pulso, temperatura e freqüência respiratória) pelo menos 3 vezes ao dia, nos horários preconizados pelo grupo GEMA.	
4. O peso é controlado e anotado, uma vez ao dia, quando necessário?	Pacientes com cardiopatias, hepatopatias e com insuficiência renal, devem ter registro de controle do seu peso diariamente.	
5. As micções foram controladas e anotadas?	As micções foram registradas quanto a freqüência e/ou volume, conforme determinado na prescrição de enfermagem, no período de 24 horas.	
6. As evacuações foram controladas e anotadas?	As evacuações foram registradas quanto a freqüência e aspecto, conforme prescrição de enfermagem.	
7. Há registro de episódios eméticos?	Há registro de episódios eméticos tanto na parte anterior (anotações de enfermagem) como no verso da prescrição de enfermagem.	
8. A ingestão de líquidos foi controlada e anotada?	Foi anotado no verso da prescrição de enfermagem a quantidade de líquidos que o cliente ingeriu nos três períodos: manhã, tarde e noite.	
9. Os procedimentos invasivos estão registrados e datados?	Há registro da data que os procedimentos invasivos foram realizados pelas equipes médica e de enfermagem.	
10. A ingestão de alimentos foi controlada e anotada?	Há anotações no verso da prescrição de enfermagem e nos relatórios dos turnos. São descritos as quantidades da aceitação alimentar e o tipo de alimento ingerido de acordo com os horários determinados na prescrição de enfermagem. Caso haja anotação somente no verso da prescrição deve ser considerado.	
11. A Prescrição de enfermagem indica cuidados para exames e pré-operatórios?	A prescrição de enfermagem possui informação sobre data e horário de exames que serão realizados, conforme prescrição médica e agendamento. Há prescrição dos cuidados necessários para a realização de exames e procedimentos pré-operatórios.	
12. A Prescrição de enfermagem indicam cuidados pós- exames e pós-operatórios?	Há prescrição dos cuidados de enfermagem imediatos, necessários após a realização de cirurgias e exames.	
13. As anotações dos procedimentos controlados, possuem rubrica?	Os procedimentos preenchidos no verso da prescrição de enfermagem referentes às anotações dos SSVV, diurese, evacuação, drenos, sondas, (alimentação) possuem rubrica no campo destinado a este fim, pelo profissional que o executou em seu respectivo horário.	

P. M. A
Fls. 1679
Ass.

IV. ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS
1. Há pelo menos uma anotação descritiva em cada plantão.	Deve haver em cada turno, pelo menos uma anotação de enfermagem, referente as condições gerais do paciente. O registro de intercorrências deve permitir a identificação dos problemas apresentados pelo paciente, bem como quais condutas foram tomadas e o resultados desses procedimentos.	
2. Há horário e rubrica em cada anotação.	Cada anotação de enfermagem (por turno e intercorrência) contém o horário em que foi realizada assim como a rubrica do profissional que a executou.	
3. As anotações respondem aos itens da prescrição?	As anotações de enfermagem respondem aos itens da prescrição de enfermagem referentes as intercorrências na execução dos atendimentos, observação de sinais e sintomas, alterações do estado do paciente, aspecto de lesões e alterações de exames físicos, etc..	
4. As anotações evidenciam prestação de cuidados de enfermagem.	As anotações de enfermagem são claras, concisas, relatam a execução de atendimento ao cliente com alguma peculiaridade.	
5. As anotações evidenciam observação de sinais e sintomas.	As anotações de enfermagem além de responder ao item de identificação de sinais e sintomas, também relatam outras observações referentes ao paciente.	
6. As anotações indicam quem realizou o cuidado (enfermeiro, técnico, auxiliar de enfermagem e alunos de enfermagem).	Cada item da prescrição de enfermagem possui rubrica indicando a categoria profissional do indivíduo que realizou o cuidado. Há carimbo de identificação do profissional.	
7. Existe uma anotação descritiva de admissão, transferência alta ou óbito.	Há anotação de enfermagem referente a admissão, transferência alta ou óbito do paciente, elaborada pela enfermeira(o) ou pelo auxiliar de enfermagem. Devem estar explícito as informações referentes as alterações detectadas no exame físico, tais como estado geral, nível de consciência, etc. e programação e / ou agendamento de exame, cirurgias ou outro procedimento.	
8. Há anotações referentes aos cuidados pré-operatórios.	Há anotações de enfermagem referentes aos cuidados pré-operatórios com antecedência de aproximadamente 18 horas ou conforme indicação cirúrgica.	
9. Há anotações referentes aos cuidados pós - operatórios.	Há anotações de enfermagem referentes aos cuidados pós-operatórios conforme necessidade do paciente.	
10. Há anotações referentes a intercorrências.	Existem anotações ressaltando a existência de intercorrências durante a internação e ou relato da ação tomada para sanar este problema.	
11. Aspecto e evolução de lesões cutâneas.	Os relatos de lesões cutâneas indicam a área e tamanho da lesão, tipo de tecidos encontrados na ferida, tipo e quantidade de exsudato observado, produto utilizado para limpeza, tratamento e tipo de cobertura utilizada. Considerar também as anotação referentes a evolução da ferida.	
12. Prescrição indica ações relacionadas ao atendimento de necessidades psicobiológicas.	Há na prescrição de enfermagem relato de convocação da família a pedido do paciente, ou outras solicitações do paciente.	
13. As anotações indicam as condições emocionais do paciente.	As anotações de enfermagem evidenciam o aspecto emocional do paciente referindo se este se encontrar comunicativo, apático, choroso, queixoso, saudoso, triste, alegre, etc..	

P. M. A
Fls 1639
Ass.

V. Execução de Ordens Médicas	Critérios de Preenchimento	Dias Avaliados
1. As medicações foram checadas?	Verificar na prescrição médica se todos horários correspondentes a medicações foram checados. Se foram suspensos ou circulados devem estar justificados.	
2. As medicações foram rubricadas?	Verificar na prescrição médica se todos horários de medicação checados possuem rubrica.	
3. Foram transcritas as solicitações médicas para a prescrição de enfermagem?	Verificar se todos cuidados especiais prescritos pelos médicos, foram transcritos para a prescrição de enfermagem.	
4. A prescrição médica indica as ações de enfermagem?	As prescrições médicas não devem conter solicitações de condutas pertinentes a enfermagem como por exemplo: mudança de decúbito, manter acesso venoso, sentar o paciente fora do leito, verificar freqüência respiratória, anotar e controlar o volume de drenos, etc..	

VI. Condições de Alta	Critérios de Preenchimento	Dias Avaliados
1. As anotações de alta indicam as condições físicas do paciente.	Nas anotações de alta é possível identificar o estado geral do paciente, nível de consciência, se estava com acompanhante, se deambula, etc..	
2. As anotações indicam orientações para continuidade do cuidado e tratamento no domicílio.	As anotações de alta descrevem as orientações fornecidas aos pacientes, referentes aos cuidados, medicações, nutrição, encaminhamentos, etc..	

P. M. A
Fls. 1681
Ass.

3.3.4.3.5 PLANOS DE AÇÃO

Para todos os resultados abaixo da meta esperada e que se constituírem um risco para o paciente, colaborador, visitante ou acompanhante, será estipulado a necessidade em se ter um plano de ação, gerado pelos gestores, monitorado pela diretoria do **ISSSL**,

Segue abaixo, modelo de planos de ação com vistas a melhoria contínua dos processos.

Critério / Alínea	Oportunidade de Melhoria	Ação	Meta	Justificativa	Atividades	Responsável	Indicador da Meta	Prazo da Meta
1. LIDERANÇA C	Inexistência de disseminação de valores da Administração Pública e dos Princípios e Valores que regem	Disseminar o código de ética do servidor público e os Princípios e Valores que regem o	3. Definir e implementar estratégias de disseminação do código de ética do servidor público e os Princípios e Valores que regem o HUJBB.	Desenvolver a cultura de gestão pública responsável.	1) Criar GT para:	Direção	Nº de estratégias definidas/Nº de estratégias executadas	
					2) definir estratégias de disseminação do Código de Ética do Servidor público e dos Princípios e Valores que regem o HUJBB.			
					3) Divulgar o Código de Ética do Servidor Público e os Princípios e Valores que regem o			

Critério / Alínea	Oportunidade de Melhoria	Ação	Meta	Justificativa	Atividades	Responsável	Indicador da Meta	Prazo da Meta
1. LIDERANÇA D	Não recebimento por procedimentos realizados pelo hospital dada a inadequação de demandas recebidas da rede SUS ao perfil assistencial do hospital.	Pactuar com SUS pagamento por procedimentos realizados pelo HUJBB não contemplados no POA.	4. Receber 100% dos procedimentos realizados não contemplados no POA.	Primar pela justeza na remuneração do pelos serviços que presta ao SUS.	1) Criar GT para:	Direção	Nº de procedimentos executados não contemplados no POA/Nº de procedimentos recebidos não contemplados no POA	
					2) Elaborar documento de ajuste de procedimentos para a justa remuneração do			
					3) Repactuar metas com o gestor local do SUS.			

Critério / Alínea	Oportunidade de Melhoria	Ação	Meta	Justificativa	Atividades	Responsável	Indicador da Meta	Prazo da Meta
1. LIDERANÇA A	Fraca difusão das decisões tomadas nas reuniões do Conselho Gestor (CGes), do Colegiado de Gestão (CG) e do Colegiado de Chefes e Gerentes (CCG).	Promover a adesão das subunidades às reuniões do CGes, do CG e do CCG, respectivamente.	1. Atingir 100% de representação das subunidades nas reuniões do CGes, CG e CCG, respectivamente.	Para melhorar a disseminação das decisões tomadas nas reuniões do CGes, do CG e do CCG.	1) Levantar pauta nas subunidades, confirmando a presença.		Nº de subunidades participantes integrantes do CGes, do CG e do CCG, respectivamente/Nº de subunidades existentes integrantes do CGes, do CG e do CCG, respectivamente	
					2) Monitorar a frequência da subunidade nas respectivas reuniões.			
					4) Divulgar os resultados das decisões tomadas nas reuniões do CGes, do CG e do CCG, respectivamente.			
	Oportunidade de Melhoria Complementar	Instituir a comunicação das estratégias, das metas e dos planos de ação para as partes interessadas.	2. Comunicar as estratégias, as metas e os planos de ação para 100% das subunidades participantes das reuniões do CGes, CG e CCG e outras partes interessadas.	Envolver as partes interessadas na consecução dos objetivos institucionais.	1) Definir os momentos oportunos e a periodicidade da comunicação.		Nº de estratégias, de metas e de planos de ação comunicados, respectivamante/Nº de estratégias, de metas e de planos de ação definidos, respectivamante	

P. M. A. Fls. 1689 Ass.

Critério / Área	Oportunidade de Melhoria	Ação	Meta	Justificativa	Atividades	Responsável	Indicador da Meta	Prazo da Meta
3. CIDADÃOS	A identificação das necessidades e expectativas do cidadão-usuário é parcialmente efetivada.	Melhorar a identificação das necessidades e expectativas do cidadão-usuário.	8. Instituir pesquisa semestral de satisfação do cidadão-usuário.	Mensurar produtos e serviços para melhor atender as necessidades do cidadão-usuário.	1) Criar GT para: 2) Elaborar a proposta de institucionalização da Pesquisa de satisfação do cidadão-usuário. 3) Realizar a Pesquisa de satisfação do cidadão-usuário.		Pesquisa de Satisfação do Cidadão-Usuário instituída	

Critério / Área	Oportunidade de Melhoria	Ação	Meta	Justificativa	Atividades	Responsável	Indicador da Meta	Prazo da Meta
6. PESSOAS	Melhorar a política de medição de desempenho dos servidores.	Definir novos fatores de medição de desempenho de pessoas e criar fatores de medição de desempenho de equipes.	15. Instituir política de medição de desempenho mais ampla.	Conhecer as potencialidades e as debilidades da força de trabalho do	1) Criar GT para: 2) Definir fatores de medição de desemp.. de pessoas e de equipes. 3) Instituir política de medição de desempenho de pessoas e de equipes.	Direção	Política de medição de desempenho de pessoas e de equipes instituída.	

Critério / Área	Oportunidade de Melhoria	Ação	Meta	Justificativa	Atividades	Responsável	Indicador da Meta	Prazo da Meta
7. PROCESSOS	3. Número insuficiente de salas do ambulatório para o ensino e oferta insuficiente de vagas para estágios extracurriculares.	Dimensionar as necessidades de salas no ambulatório para ensino e ofertar maior numero de vagas em estágios.	19. Aumentar o número de salas no ambulatório para atendimento necessidades do ensino e da assistência.	Para atender os cursos da área da saúde na integração ensino/serviço.	Dimensionar a necessidade de salas no ambulatório para ensino; dimensionar a necessidade de vagas para estágios extracurriculares aos alunos de graduação da Elaborar e encaminhar projeto para ampliação do número de salas para ensino no ambulatório.		Nº de salas por especialidades/Nº de salas por especialidade para ensino	

Critério / Área	Oportunidade de Melhoria	Ação	Meta	Justificativa	Atividades	Responsável	Indicador da Meta	Prazo da Meta
7. PROCESSOS	Fornecedores de materiais médico-hospitalares não são padronizados e avaliados.	Utilizar como referência o protocolo da Comissão de padronização de materiais médico-hospitalares à Divisão de Material, à Divisão de Farmácia e à Seção de Nutrição e Dietética.	23. Padronizar e avaliar 100% dos fornecedores de materiais médico-hospitalares.	Identificar oportunidades de melhoria na aquisição de insumos.	1) Criar GT para: 2) Definir critérios para a padronização e para a avaliação de fornecedores de materiais médico-hospitalares.		Nº de fornecedores do de materiais médico-hospitalares padronizados e avaliados/Nº de fornecedores de materiais médico-hospitalares do	

P. M. A
Fls. 683
Ass.

C3 - Qualificação Técnica

P. M. A
Fls. 694
Ass.

4.1 Atestados de Capacidades Técnicas

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARENÁPOLIS
ESTADO DO MATO GROSSO – CNPJ: 24.977.654/0001-38
Secretaria de Saúde

P. M. A
Fls 685
Ass.

Atestado de Capacidade Técnica

ATESTO, para os devidos fins que o **INSTITUTO SOCIAL DE SAÚDE SÃO LUCAS**, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede na rua Presidente Vargas 865, Vila Nova – Arenápolis - MT CEP 78420-000, **CNPJ nº 96295654/0001-69**, representada pela **Sra LITANA GRASIELA DOS SANTOS ALVES,** Enfermeira, RG 63.716.589 - 5/SSP - SP e **CPF. 073.673.226 - 80**, bem como seus DIRIGENTES, apresentam capacidade técnica e operacional na área da SAÚDE, GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, CLÍNICA, URGÊNCIA, CIRÚRGICA, MATERNIDADE, SEGURANÇA DO PACIENTE POR MEIO DE RISCOS E PROCESSOS, ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM UNIDADE DE MÉDIO PORTE, GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES. Composta por uma equipe de médicos (Anestesistas, Ginecologistas, Pediatras, Ortopedistas, Ultrassonografista, Cirurgiões Geral, Clínicos Geral e Socorristas). Atua ainda com uma equipe de: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Nutricionista, Farmacêutico, Auxiliares Administrativos, Faturista, Técnico de informática, Auxiliares de Limpeza, Recepcionistas, Cozinheiras, Auxiliares de manutenção dentre outros. Realiza cirurgias geral, ortopédicas, ginecológicas e partos além de atendimentos e internações em clínica médica. Atualmente são feitas uma média de 421 atendimentos AMBULATORIAIS, 110 INTERNAÇÕES CIRURGICAS e 36 INTERNAÇÕES CLÍNICAS mensalmente.

Possui ainda **32 LEITOS OPERACIONAIS**, sendo 8 leitos de CLINICA MÉDICA, 1 leito de ISOLAMENTO, 1 leito de SALA VERMELHA, 1 leito de sala de ESTABILIZAÇÃO, 10 leitos CIRURGICOS, 3 leitos de PEDIATRIA, 3 leitos PRÉ PARTO, 3 leitos PÓS PARTO e 2 leitos de RPA.

Realiza serviço de LAVANDERIA, CONTROLE DE ACESSO, NUTRIÇÃO E DIETÉTICA, GASES MEDICINAIS, TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO, LIMPEZA, LIXO HOSPITALAR, MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS, MANUTENÇÃO PREDIAL, EDUCAÇÃO CONTINUADA, GESTÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS e LABORATÓRIO. Com experiência bem sucedida, habilidade na execução das atividades, meio de suporte para a efetivação das atividades finalísticas assistenciais, com profissionais habilitados, realizando o cumprimento de metas na busca de melhor desempenho nas referidas atividades **ESTANDO APTO** a realizar PARCERIA, GESTÃO e LICITAR com instituições PÚBLICAS OU PRIVADAS.

Com início em **16 de SETEMBRO DE 2020** até a **PRESENTE DATA.**

Arenápolis, 19 de Setembro de 2024.

Luiz Marcio Leite de Oliveira
Secretário Mun. de Saúde
CPF 003.308.351 73
Arenápolis-MT

18 OUT 2024

861
22/04/2025

MUNICÍPIO DE JUÍNA

PODER EXECUTIVO

ESTADO DE MATO GROSSO

P. M. A
Fls 686
Ass.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

ATESTAMOS para os devidos fins de direito que o **INSTITUTO SOCIAL DE SAÚDE SÃO LUCAS,** pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, nos termos do seu estatuto social, com sede na Rua Presidente Vargas, n.º 865, Vila Nova, no Município de Arenápolis, Estado de Mato Grosso, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 96.295.654/0001-69, neste ato representada por sua presidente, Litana Grasiela dos Santos Alves, portadora do RG n.º 63.176.589-4 e inscrito no CPF sob o n.º 073.673.226-80 **firmou** o Contrato de Gestão n.º 001/2022, com a **PREFEITURA MUNICIPAL DE JUÍNA, ESTADO DE MATO GROSSO, CNPJ**: 15359201/0001-57, endereço Travessa Emmanuel 605 Juína, MT, **em 01 de setembro de 2022,** o qual se encontra vigente até a presente data, tendo como objeto a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde do Hospital Municipal de Juína, Dr. Hideo Sakuno, situado na R. Perpétua O Joaquim, s/n - Módulo 01, Juína - MT, 78320-000, conforme especificações, quantitativos, regulamentação do gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde destinados à população, em tempo integral, fornecendo, especialmente: Atendimento Médico contínuo nas 24h; Assistência de Enfermagem contínua nas 24h; Assistência farmacêutica; Assistência psicológica e social ao usuário e aos familiares; Assistência fonoaudióloga; Assistência nutricional: Serviços de Esterilização dos Materiais Médicos; Gases medicinais; Coleta, transporte e tratamento de resíduos; Exames de Imagem; Exames laboratoriais; Serviços de Transporte; Realiza procedimentos cirúrgicos necessários ao adequado tratamento dos pacientes nas áreas de ginecologia e obstetrícia, ortopedia, cirurgia geral, anestesia, cirurgia buco maxilo facial; serviços na área de pediatria, infectologia, neurologia, cardiologia e clínica médica, conforme perfil hospitalar e descrito no Termo de Referência vinculado ao Contrato de Gestão vigente.

Realiza ainda uma média de 1500 atendimentos mês, uma média de 350 internações mês e uma média de 97 cirurgias mês possuindo 75 leitos operacionais.

Os serviços têm sido prestados à contento até a presente data, não havendo nada que o desabone.

Por ser expressão da verdade, firmamos o presente atestado.

Juína, Mato Grosso, 07 de NOVEMBRO de 2023.

Marcela A. Americo Ortolan
Secretária Municipal de Saúde
Portaria nº 693/2021

Marcela A. Americo Ortolan
Secretária Municipal de Saúde
SMS DE JUÍNA

ANTONIO FISCARELLI REGISTRO CIVIL DE
RUA ERNESTO LEMOS LEITE 199 COTIA SP
GUSTAVO RENATO FISCARELLI OFICIAL
AUTENTICAÇÃO A PRESENTE COPIA CONFERE COM
O ORIGINAL A MIM APRESENTADO DO QUE DOU FÉ
COTIA 18 NOV 2023
AUTENTICAÇÃO
AU02514D0372638

862
22/04/2025

P. M. A
Fls. 1687
Ass.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Pelo presente instrumento particular de contrato, de um lado o **MUNICÍPIO DE GUARANTÃ DO NORTE - MT**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Rua das Oliveiras, Nº 135, bairro Jardim Vitória, Guarantã do Norte/MT, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 03.239.019/0001-83, daqui por diante denominada simplesmente **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Prefeito, o Srº. Érico Stevan Gonçalves, brasileiro, viúvo, portador do RG nº 5800341-7 SESP/PR e do CPF nº 003.944.799-55 residente e domiciliado na Rua Mato Grosso, nº 104, Araguaia 01, nesta cidade Guarantã do Norte/MT, **ATESTA** para os devidos fins de direito que o **INSTITUTO SOCIAL DE SAÚDE SÃO LUCAS**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob nº 96.295.654/0001-69, com sede a Rua Presidente Vargas, nº 865, Vila Nova, CEP: 78.420-000, no município de Arenópolis, estado de Mato Grosso, neste ato representado porseu Presidente do Conselho, Sra. **LITANA GRASIELA DOS SANTOS ALVES,** brasileira, casada, enfermeira, portadora do Rg nº 63.716.589-5 e inscrita no CPF/MF sob nº 073.673.226-80, presta a contento os serviços estabelecidos no Contrato de Gestão n.º 001/2023, firmado em 24 de maio de 2023, em vigor até a presente data, tendo como objeto o gerenciamento, operacionalização e execução de serviços de saúde no âmbito do Hospital Municipal Nossa Senhora do Rosário.

O Instituto Social de Saúde São Lucas demonstra capacidade técnica e operacional para cumprir com todas as obrigações, responsabilidades e exigências técnicas necessárias para o adequado funcionamento e prestação de serviços no âmbito do Hospital Municipal Nossa Senhora do Rosário, apresentando 36 leitos operacionais, realizando uma média de 120 internações clinicas mês, 70 internações cirurgicas mês, 7000 atendimentos mês, atuando em pronto-socorro, hospital, ambulatório de especialidades e maternidade nas áreas de cirurgia geral, pediatria, ortopedia, clinica médica, ginecologia e obstetricia e anestesia não havendo nada que o desabone.

Guarantã do Norte, 30 de julho de 2024.

ERICO STEVAN GONCALVES:00394479955

Assinado de forma digital por ERICO STEVAN GONCALVES:00394479955
Dados: 2024.08.02 13:39:42 -04'00'

Érico Stevan Gonçalves
Secretário Municipal de Saúde

863
22/04/2025

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Aprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Aprovada

Resumo criptográfico: Correto

Data da assinatura: 02/08/2024 14:39:42 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de alerta: Nenhuma mensagem de alerta

Certificados utilizados

CN=ERICO STEVAN GONCALVES:***944799**, O=ICP-Brasil, OU=AC SyngularID Multipla, OU=33413209000136, OU=Presencial, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC SyngularID Multipla, O=ICP-Brasil, OU=AC SyngularID, C=BR

Data de emissão: 18/01/2024 10:46:45 BRT

Aprovado até: 17/01/2025 10:46:45 BRT

Expirado (LCR): false

P. M. A
Fls. 1688
Ass.

Expirado (LCR): false

P. M. A
Fls. 1689
Ass.

CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 02/03/2016 10:01:38 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 20:59:38 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

P. M. A
Fls. 1690
Ass

4.2 RT Médico

Instituto Social de Saúde São Lucas
Rua Presidente Vargas, 865 S • Bairro Vila Nova • Arenápolis • CEP: 78420-000
www.institutosocialsaolucas.com.br

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

CERTIFICADO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

Inscrito sob CRM nº.	CNPJ	Inscrição	Validade
3522	96.295.654/0001-69	25/02/2022	25/02/2026

Razão Social
INSTITUTO SOCIAL DE SAUDE SAO LUCAS

Nome Fantasia
INSTITUTO SAO LUCAS

Endereço
PRESIDENTE VARGAS, N 865 LETRA S - VILA NOVA

Município / UF
ARENÁPOLIS/MT

CEP
78420-000

Diretor Técnico
11674 - ANDRESSA CALIXTO TELES SBARAI

Classificação
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS TERCEIRIZADOS

Este certificado atesta a REGULARIDADE da inscrição do estabelecimento acima neste Conselho Regional de Medicina, em cumprimento à Lei nº. 6.839, de 30/10/1980 e às Resoluções CFM nº. 997 de 23/05/1980 e 1.980 de 11/07/2011. Ressalvada a ocorrência de alteração nos dados acima, este certificado é válido até 25/02/2026. Este certificado deverá ser afixado em local visível ao público e acessível à fiscalização.

Chave de validação nº. **1a6845b124c0a32a6502912a33c1fcbfc9abe920**
Emitida eletronicamente via internet em **03/04/2025**

22/04/2025 867

São Lucas Instituto

CHAMADA PUBLICA Nº 02/2025, na modalidade de CONCURSO do tipo MELHOR TÉCNICA, para SELEÇÃO de instituições sem fins lucrativos, já qualificadas como Organização Social de Saúde no âmbito do **Município de Aripuanã** interessadas na celebração de Contrato de Gestão, cujo objeto consiste no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã**, conforme especificações constantes neste instrumento e seus anexos, mediante as condições estabelecido no presente instrumento convocatório e seus anexos.

P. M. A.
Fls. 691
Ass.

P. M. A
Fls 692
Ass

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

Certidão de Direção Técnica

Certifico para os devidos fins, que o estabelecimento **INSTITUTO SOCIAL DE SAUDE SAO LUCAS**, nome fantasia **INSTITUTO SAO LUCAS**, registro nº **3522**, tipo de inscriçao **DEFINITIVA - REGULAR**, sito a **PRESIDENTE VARGAS, N 865 LETRA S - VILA NOVA**, na cidade de **ARENÁPOLIS/MT**, está funcionando sob a Direção Técnica do(a) Dr(a) **ANDRESSA CALIXTO TELES SBARAI**, inscrito com o CRM nº **11674**.

Por ser verdade, firmo a presente, para os fins de direito.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **12e1492b64a7138eb072d8c17e5f3b88a121eef8**

Emitida eletronicamente via internet em **02/04/2025**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do **CRM-MT**:
http://www.crmmt.org.br/

P. M. A
Fls. 1698
Ass.

4.3 Currículo Lattes



Andressa Calixto Teles

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/8703717206364640
ID Lattes: **8703717206364640**
Ultima atualização do currículo em 17/01/2024

P. M.
Fls 1694
Ass.

GRADUADA EM MEDICINA- UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS, UNIMES,2009-2014, SANTOS, SP-BRASIL.PÓS GRADUADA EM DERMATOLOGIA NA BWS,2017-2019, SÃO PAULO, SP.DIRETORA TECNICA INSTITUTO SOCIAL DE SAÚDE SÃO LUCAS 2021 ATÉ PRESENTE DATA. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Andressa Calixto Teles

Nome em citações bibliográficas

TELES, A. C.

Lattes iD

http://lattes.cnpq.br/8703717206364640

País de Nacionalidade

Brasil

Formação acadêmica/titulação

2017 - 2019

Aperfeiçoamento em Dermatologia.
Faculdade BWS, BWS, Brasil.
Título: Dermatologia. Ano de finalização: 2019.

2009 - 2014

Graduação em Medicina.
Universidade Metropolitana de Santos, UNIMES, Brasil.

2004 - 2006

Ensino Médio (2º grau).
Colégio Adventista de Tucuruvi, CAT, Brasil.

1995 - 2006

870
22/04/2025

Ensino Fundamental (1º grau).
Colégio Adventista de Tucuruvi, CAT, Brasil.

P. M. A
Fls. 695
Ass.

Áreas de atuação

1.

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina.

Idiomas

Português

Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.

Espanhol

Compreende Razoavelmente, Fala Razoavelmente, Lê Razoavelmente, Escreve Razoavelmente.

Inglês

Compreende Razoavelmente, Fala Razoavelmente, Lê Razoavelmente, Escreve Razoavelmente.

Produções

Produção bibliográfica

Apresentações de Trabalho

1.

★ **TELES, A. C.**; Spessotto, C. V. ; Rampon, T. M. ; Machado, B. R. . Embolização das artérias uterinas para tratamento de mioma do útero. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

Eventos

871
22/04/2025

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1.

"III Jornada de Cirurgia Geral". 2009. (Simpósio).

P. M. A
Fls. 1696
Ass.

2.

"II Jornada de Anatomia Aplicada e Cirurgia". 2009. (Simpósio).

3.

"II Simpósio de Cirurgia Plástica". 2009. (Simpósio).

4.

"I Jornada da Liga de Clínica Médica e Emergência". 2009. (Simpósio).

5.

"IV Congresso Médico Científico. 2009. (Congresso).

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 16/04/2025 às 11:06:06

Somente os dados identificados como públicos pelo autor são apresentados na consulta do seu Currículo Lattes.
Configuração de privacidade na Plataforma Lattes

872
22/04/2025

P. M. A
Fls. 1697
Ass.

EM BRANCO

BWS – Núcleo de Ensino Superior em Ciências Humanas e da Saúde
Entidade Mantenedora da FAPSS – SP
Fundada em 02 de março de 1940

CERTIFICADO DE PÓS-GRADUAÇÃO

O Diretor Geral da Faculdade Paulista de Serviço Social - FAPSS-SP, no uso de suas atribuições regimentais, certifica que

Andressa Calixto Teles

brasileira, natural de São Paulo – SP, nascida em 31 de Agosto de 1989, Identidade 359689061 – Órgão Emissor SSP-SP concluiu em 20 de Dezembro de 2019 o

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO "LATO SENSU" – ESPECIALIZAÇÃO EM DERMATOLOGIA.

São Paulo, 06 de Fevereiro de 2020.

Prof. Dr. Valdeir Claudinei de Oliveira
Diretor Geral

Titulada

Dra. Seomara Passos Catalano
Coordenadora de Pós-Graduação

AUTENTICAÇÃO
02 ABR 2025
CLEITON SOUZA ARAUJO
Escrevente
Válida somente com o selo de autenticidade

874
22/04/2025

P. M. Fls. 698
Ass

Universidade Metropolitana de Santos

A Reitora da Universidade Metropolitana de Santos,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Graduação em Medicina,
em 14 de novembro de 2014, confere o título de

Médica

a

Andressa Calixto Teles

nacionalidade brasileira, natural do Estado de São Paulo, nascida a 31 de agosto de 1989
R.G. nº 35.908.900-1 - SP
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Santos, 27 de novembro de 2014.

Drª Renata Garcia de Siqueira Viegas
Reitora

Andressa Calixto Teles
Diplomada

Sônia Maria da Corte
Secretária Geral

CARTÓRIO FRANCISCO BRASILIANO
AU025MAD377292
22/04/2025
875
P. M. A
Fls 689
Ass.

CFM-CRM

Conselho Federal de Medicina e
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

Registro de Diploma

Nesta data, o presente diploma do Dr(a). **ANDRESSA CALIXTO TELES** foi registrado sob o número **168612**, de acordo com o artigo 17 da Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957.

São Paulo, 25/11/2014

Dr. João Ladislau Rosa

Presidente

R.: 010830

CRM-MT

Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso

Registro de Diploma

Em 04/12/2020, o Presente diploma de ANDRESSA CALIXTO TELES SBARAI foi registrado sob o número 0011674-MT de acordo com o Artigo 17 da Lei 3.268 de 30 de setembro de 1957.

Cuiabá-MT, 04/12/2020

HILDENETE MONTEIRO FORTES
PRESIDENTE

005524

UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS
SETOR DE REGISTRO DE DIPLOMAS

Curso de Medicina
Reconhecido pela Portaria Ministerial nº 4.244 de 07/12/2005
Publicada no D.O.U. nº235 de 08/12/2005

Diploma registrado sob nº **011.3501**
Processo nº 2009.5426MED011.3501
Livro nº 11, Folha 161 nos termos do Artigo 48 da Lei 9394/96

Santos, 15 de dezembro de 2014

Michele Pita de Oliveira
Encarregada de registros e expedição de Diplomas

CARTÓRIO FISCARELLI - REGISTRO Civil DE COTIA
RUA ERNESTO LEMOS LEITE 199 COTIA SP
GUSTAVO RENATO FISCARELLI OFICIAL
AUTENTICAÇÃO A PRESENTE CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL A MIM APRESENTADO DO QUE DOU FÉ

COTIA 04 DEZ 2023

( ) RODRIGO FRANCISCO BASILIO 118222
( ) ELANE DE SOUSA AUTENTICAÇÃO
( )

AI00257AD0377293

376

22/04/2025

P. M. A
Fls. 190
Ass.

2

Andressa Calixto Teles

Assinatura do Portador



POLEGAR DIREITO



CREMESP

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

Inscrição ***168612*** em ***25/11/2014***

Nome: ***ANDRESSA CALIXTO TELES***
Filiação: ***MARCOS SILVIO MAURICIO TELES*** e ***GISLAINE CALIXTO TELES***
Nacionalidade: ***BRASIL***
Naturalidade: ***SAO PAULO/SP***
Data do Nascimento: ***31/08/1989***

Diplomado pela ***UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS*** em ***2014***

Identidade: ***359689061 SSP/SP***
CPF: ***339.181.238-98***

MEDICO

VMA

P. M. A
Fls 101
Ass.



Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

A presente Carteira Profissional de Médico habilita o(a) portador(a) qualificado(a) no anverso a exercer legalmente a medicina na jurisdição do Estado de São Paulo.

Esta carteira é para uso exclusivo dos Conselhos Regionais de Medicina.

Transferência de Estado ou outras inscrições deverão constar nas folhas seguintes.

São Paulo, 25/11/2014

Dr. JOÃO LADISLAU ROSA
Presidente

Dr. BRÁULIO LUNA FILHO
1º Secretário

MÉDICO

CRM-MT

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

Registrado neste Conselho em 04/12/2020, sob o nº 0011674, de acordo com o Artigo 18 Parágrafo 2º da Lei 3.268, de 30/09/1957.

Origem: CRM-SP

Cuiabá-MT, 04/12/2020

HILDENETE MONTEIRO FORTES
PRESIDENTE

00006914

P. M. A
Fls. 1702
Ass.

Colégio Notarial do Brasil – Seção São Paulo
CNS 222
AUTENTICAÇÃO
AU28149AD0377322

CARTÓRIO FISCARELLI - REGISTRO ... RUA ERNESTO LEMOS LEITE ... GUSTAVO RENATO FISCARELLI
AUTENTICAÇÃO A PRESENTE CÓPIA O ORIGINAL A MIM APRESENTADO.
COPIA 04 DEZ 2023
( ) RODRIGO FRANCISCO BRASILIANO
( ) ELANE DE SOUSA MOTA BRAGA

P. M. A
Fls. 173
Ass.

4.4 Cebas

São Lucas Instituto

CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2025, na modalidade de CONCURSO do tipo MELHOR TÉCNICA, para SELEÇÃO de instituições sem fins lucrativos, já qualificadas como Organização Social de Saúde no âmbito do **Município de Aripuanã** interessadas na celebração de Contrato de Gestão, cujo objeto consiste no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã,** conforme especificações constantes neste instrumento e seus anexos, mediante as condições estabelecido no presente instrumento convocatório e seus anexos.

P. M. A
Fls. 1704
Ass.

Considerando o Parecer Técnico nº 487/2024-CGCEA/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.120137/2023-13, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) da Fundação Hospitalar de Curitibanos, CNPJ nº 95.991.113/0001-02, com sede em Curitibanos (SC).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 1º de janeiro de 2024 a 31 de dezembro de 2026.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ADRIANO MASSUDA

PORTARIA SAES/MS Nº 2.284, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2024

Defere, em grau de Reconsideração, a Renovação do CEBAS da Obras Sociais da Diocese de Rio Branco, com sede em Rio Branco (AC).

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto nº 12.036, de 28 de maio de 2024,

Considerando a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, que em seu § 2º do artigo 40, determina: "aos requerimentos de concessão ou de renovação de certificação pendentes de decisão na data de publicação desta Lei Complementar aplicam-se as regras e as condições vigentes à época de seu protocolo", regulamentado pelo Decreto nº 11.791, de 21 de novembro de 2023;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as Normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;

Considerando que na Nota Técnica nº 88/2023/REC1SRSD/CGCEBAS/DPR/SERES/SERES, o Ministério da Educação (MEC), de 8 de novembro de 2024, em sede recursal, manifestou-se favorável, quanto ao cumprimento dos requisitos inerentes área da educação, nos termos da Lei nº 12.101/2009 e suas alterações, para fins de Renovação do CEBAS; e

Considerando a Nota Técnica nº 618/2024-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.172644/2019-48, que concluiu, na fase recursal, pelo atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida, em grau de Reconsideração, a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), da Obras Sociais da Diocese de Rio Branco, CNPJ nº 00.529.443/0001-74, com sede em Rio Branco (AC).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 10 de novembro de 2019 a 09 de novembro de 2022.

Art. 2º Fica sem efeito a Portaria SAES/MS nº 403, de 9 de agosto de 2022, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 155, de 16 de agosto de 2022, seção 1, página 86.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ADRIANO MASSUDA

PORTARIA SAES/MS Nº 2.285, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2024

Indefere a Renovação do CEBAS da Fundação Hospital da Agroindústria do Açúcar e do Álcool de Alagoas, com sede em Maceió (AL).

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto nº 12.036, de 28 de maio de 2024,

Considerando a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera a Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e a Lei nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997, revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivo da Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e na Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010; e dá outras providências;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as Normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 484/2024 CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.117582/2023-98, que concluiu pelo não atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica indeferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), em conformidade com o art. 9º da Lei Complementar 187, da Fundação Hospital da Agroindústria do Açúcar e do Álcool de Alagoas, CNPJ nº 12.291.290/0001-59, com sede em Maceió (AL).

Art. 2º A instituição requerente fica notificada para, caso queira, apresentar recurso administrativo no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data da presente publicação, conforme legislação pertinente.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ADRIANO MASSUDA

PORTARIA SAES/MS Nº 2.287, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2024

Indefere a Renovação do CEBAS da União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer, com sede em Cascavel (PR).

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto nº 12.036, de 28 de maio de 2024, resolve:

Considerando a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera a Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e a Lei nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997, revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivo da Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e na Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010; e dá outras providências;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as Normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 491/2024-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.125069/2023-71, que concluiu pelo não atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica indeferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), em conformidade com o art. 9º da Lei Complementar 187, da União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer, CNPJ nº 81.270.548/0001-53, com sede em Cascavel (PR).

Art. 2º A instituição requerente fica notificada para, caso queira, apresentar recurso administrativo no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data da presente publicação, conforme legislação pertinente.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ADRIANO MASSUDA

PORTARIA SAES/MS Nº 2.288, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2024

Defere a Concessão do CEBAS do Instituto Social de Saúde São Lucas, com sede em Arenápolis (MT).

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto nº 12.036, de 28 de maio de 2024,

Considerando a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera a Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e a Lei nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997; revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivo da Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e na Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010; e dá outras providências;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as Normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 492/2024-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.145067/2024-89, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela atuação exclusiva na promoção da saúde, sem exigência de contraprestação do usuário pelas ações e serviços de saúde realizados, em conformidade com o art. 13 da Lei complementar 187, de 16 de dezembro de 2021, do Instituto Social de Saúde São Lucas, CNPJ nº 96.295.654/0001-69, com sede em Arenápolis (MT).

Parágrafo único. A Concessão terá validade pelo período de 3 (Três) anos a contar da data de publicação no Diário Oficial da União - DOU.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ADRIANO MASSUDA

PORTARIA SAES/MS Nº 2.289, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2024

Defere, em grau de Reconsideração, a Renovação do CEBAS da Associação Beneficente Amigos do Hospital, com sede em Prata (MG).

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto nº 12.036, de 28 de maio de 2024,

Considerando a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera a Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e a Lei nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997; revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivo da Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e na Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010; e dá outras providências;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as Normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a Nota Técnica nº 607/2024 - CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.008585/2023-31, que concluiu, na fase recursal, pelo atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida, em grau de Reconsideração, a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), da Associação Beneficente Amigos do Hospital, CNPJ nº 07.810.422/0001-71, com sede em Prata (MG).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 1º de janeiro de 2024 a 31 de dezembro de 2026.

Art. 2º Fica sem efeito a Portaria SAES/MS nº 2.132, de 1º de outubro de 2024, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 194, de 07 de outubro de 2024, seção 1, página 82.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ADRIANO MASSUDA

PORTARIA SAES/MS Nº 2.290, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2024

Defere a Renovação do CEBAS da Santa Casa de Misericórdia de Piumhí, com sede em Piumhí (MG).

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto nº 12.036, de 28 de maio de 2024,

Considerando a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera a Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e a Lei nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997; revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivo da Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e na Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010; e dá outras providências;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as Normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 489/2024-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.152721/2024-19, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), em conformidade com o art. 9º da Lei Complementar 187, da Santa Casa de Misericórdia de Piumhí, CNPJ nº 23.591.126/0001-83, com sede em Piumhí (MG).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 1º de janeiro de 2025 a 31 de dezembro de 2027.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ADRIANO MASSUDA

Instituto Social de Saúde São Lucas
Rua Presidente Vargas, 865 S • Bairro Vila Nova • Arenápolis • CEP: 78420-000
www.institutosocialsaolucas.com.br

890
22/04/2025

P. M. A
Fls. 1705
Ass.

4.5 Atestado de Visita Técnica

ATESTADO DE VISITA TÉCNICA

P. M. A
Fls 196
Ass.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARIPUANÃ

REF. EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2025

ATESTO que o **INSTITUTO SOCIAL DE SAÚDE SÃO LUCAS**, inscrito no CNPJ sob o nº 96.295.654/0001-69, sediado na Rua Presidente Vargas, nº 86S, Vila Nova, Arenápolis/MT, CEP nº 78.420-000, através de sua representante, Sr.ª Francislaine de Almeida de Sousa, portadora da cédula de RG nº 19182564 SSP/MT, inscrita no CPF sob o nº 085.172.778-64, vistoriou as instalações onde serão executados os serviços referentes ao objeto do Processo de Seleção Pública em epígrafe, tomando pleno conhecimento de todas as informações e das condições do local, constatando as condições de execução e peculiaridades inerentes à natureza dos trabalhos para o cumprimento das obrigações objeto deste chamamento público.

Aripuanã, 03 de abril de 2024.

HMSA
Secretária Adj. de Alta e Média Complexidade
SAAMC

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARIPUANÃ/MT
Marcos Antônio Oliveira

Enf. Ms. Francislaine de Almeida de Sousa
Gerente de Enfermagem Institucional-ISSSL
COREN-MT 199632

INSTITUTO SOCIAL DE SAÚDE SÃO LUCAS
Francislaine de Almeida de Sousa

882
22/04/2025

P. M. A
Fls. 1707
Ass.

C4 - Proposta Financeira

ANEXO IV - PLANO ORÇAMENTÁRIA DE CUSTEIO - ARIPUANÃ

P. M. A.
Fls. 1708
Ass.

PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA DE CUSTEIO - ARIPUANÃ				
DESPESA DE CUSTEIO	**Mensal**		**Valor Semestral**	
1-Pessoal	**R$**	**579.524,63**	**R$**	**3.477.147,78**
Salários	R$	278.301,55	R$	1.669.809,30
Outras formas de contratação PJ	R$	39.400,00	R$	236.400,00
Encargos e gratificações	R$	122.560,91	R$	735.365,46
Fundo de reserva (13° e Férias)	R$	54.114,19	R$	324.685,14
Fundo de reserva (Rescisões)	R$	33.829,10	R$	202.974,60
Benefícios	R$	23.722,64	R$	142.335,84
Indice de Segurança Tecnica	R$	27.596,24	R$	165.577,44
2.Serviços Contratados	**R$**	**1.044.878,75**	**R$**	**6.269.272,50**
Serviços Médicos	R$	625.600,00	R$	3.753.600,00
Laboratório de analises clinicas	R$	130.000,00	R$	780.000,00
Radiologia	R$	15.000,00	R$	90.000,00
Ultrassonografia 140 exames	R$	24.918,75	R$	149.512,50
Tomografia Computadorizada -40 exames	R$	40.000,00	R$	240.000,00
Assessoria Contábil	R$	15.000,00	R$	90.000,00
Assessoria Tecnica	R$	35.000,00	R$	210.000,00
Assessoria Juridica	R$	15.000,00	R$	90.000,00
Dedetização	R$	2.000,00	R$	12.000,00
Coleta Residuo de Saúde	R$	9.000,00	R$	54.000,00
Manutenção Preventiva e Corretiva (Engenharia Clinica)	R$	30.000,00	R$	180.000,00
Camara de Monitoramento	R$	2.000,00	R$	12.000,00
Manutenção predial (pequenos reparos)	R$	6.000,00	R$	36.000,00
Relogio de ponto	R$	360,00	R$	2.160,00
Software de Gestão/ Laudos	R$	15.000,00	R$	90.000,00
Despesas Concessionarias(Energia/ Agua)	R$	70.000,00	R$	420.000,00
Educação Pemanente	R$	10.000,00	R$	60.000,00
3. Consumo	**R$**	**539.876,95**	**R$**	**3.239.261,70**
Nutrição e Dietética	R$	75.000,00	R$	450.000,00
Material de consumo /Medicamentos/Material Permanentes	R$	245.000,00	R$	1.470.000,00
Gases Medicinais	R$	25.000,00	R$	150.000,00
Telefonia/interneth	R$	2.000,00	R$	12.000,00
Gas GLP	R$	3.000,00	R$	18.000,00
Comunicação e material Grafico	R$	8.000,00	R$	48.000,00
Insumos Lavanderia/Enxoval	R$	25.000,00	R$	150.000,00
Insumos Higiene e limpeza e descartáveis	R$	20.000,00	R$	120.000,00
Insumos Escritório	R$	15.000,00	R$	90.000,00
Despesas Bancarias	R$	6.000,00	R$	36.000,00
Custos Compartilhados	R$	115.876,95	R$	695.261,70
Despesas Hospitalar	**R$**	**2.164.280,33**	**R$**	**12.985.681,98**
Serviço de Remoção	**R$**	**153.258,33**	**R$**	**919.550,00**
Cedencia de servidores	**R$**	**91.969,67**	**R$**	**6.069.998,22**
Total Bruto Mensal	**R$**	**2.409.508,33**	**R$**	**13.905.231,96**
Abatimento cedencia de Servidores	**R$**	**91.969,67**	R$	551.818,02
TOTAL MENSAL	**R$**	**2.317.538,66**	**R$**	**13.905.231,96**

Valor Mensal: R$ 2.317.538,66 (Dois milhões, trezentos e dezessete mil, quinhentos e trinta e oito reais e sessenta e seis centavos)
Validade da Proposta: 180 dias

Arenápolis, 22 de abril de 2025

LITANA GRASIELA DOS SANTOS ALVES:07367322680

Assinado de forma digital por LITANA GRASIELA DOS SANTOS ALVES:07367322680

Presidente do Conselho Administrativo Instituto Social de Saúde São Lucas - ISSSL
Litana Grasiela dos Santos Alves

P. M. A
Fls. 1709
Ass.

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - ARIPUANÃ

1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	Total
R$ 2.317.538,66	R$ 2.317.538,66	R$ 2.317.538,66	R$ 2.317.538,66	R$ 2.317.538,66	R$ 2.317.538,66	R$ 13.905.231,99

Valor Mensal: R$ 2.317.538,66 (Dois milhões, trezentos e dezessete mil, quinhentos e trinta e oito reais e sessenta e seis centavos)
Valor Anual: R$ 13.905.231,99 (Treze milhões, novecentos e cinco mil, duzentos e trinta e hum reais e noventa e nove centavos)

Validade da Proposta: 180 dias

Arenápolis, 22 de abril de 2025

LITANA GRASIELA DOS SANTOS ALVES:07367322680

Assinado de forma digital por LITANA GRASIELA DOS SANTOS ALVES:07367322680

Presidente do Conselho Administrativo Instituto Social de Saúde São Lucas - ISSSL
Litana Grasiela dos Santos Alves

ITI Instituto Nacional de Tecnologia da Informação

Relatório de conformidade

P. M. A
Fls. 1710
Ass.

Nome: Validador de assinaturas eletrônicas

Data de Validação: 15/04/2025 11:45:26 BRT

Versão do software(Verificador de Conformidade): 2.17.3

Versão do software(Validador de Documentos): 3.0.0

Fonte de verificação: Offline

Nome do arquivo: Aripuana Proposta Financeira - assinado vf.pdf

Resumo da SHA256 do arquivo:

5207dea5ac5490897bb82ee2836c3bb719b53b5df673f32a51a3f5d1fb545bc1

Tipo do arquivo: PDF

Quantidade de assinaturas: 2

Quantidade de assinaturas ancoradas: 2

CN=LITANA GRASIELA DOS SANTOS ALVES:***673226**, OU=(em branco), OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=31522005000108, OU=VideoConferencia, O=ICP-Brasil, C=BR

Informações da assinatura

Assinante: CN=LITANA GRASIELA DOS SANTOS ALVES:***673226**, OU=(em branco), OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=31522005000108, OU=VideoConferencia, O=ICP-Brasil, C=BR

CPF: ***.673.226-**

P. M. A
Fls. 711
Ass.

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Aprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Aprovada

Resumo criptográfico: true

Data da assinatura: 15/04/2025 11:40:29 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de alerta: Nenhum erro encontrado

Certificados utilizados

CN=LITANA GRASIELA DOS SANTOS ALVES:07367322680, OU=(em branco), OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=31522005000108, OU=VideoConferencia, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Certisign RFB G5, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 02/12/2024 13:24:58 BRT

Aprovado até: 02/12/2025 13:24:58 BRT

P. M. A
Fls 712
Ass.

Expirado (LCR): false

CN=AC Certisign RFB G5, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 08/12/2016 15:44:03 BRST

Aprovado até: 20/02/2029 14:44:03 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 20/07/2016 10:32:04 BRT

P. M. A
Fls. 713
Ass.

Aprovado até: 02/03/2029 09:00:04 BRT

Expirado (LCR): false

CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 02/03/2016 10:01:38 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 20:59:38 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

P. M. A
Fls. 1714
Ass.

Atributos Opcionais

Nome do atributo: RevocationInfoArchival

Corretude: Valid

CN=LITANA GRASIELA DOS SANTOS ALVES:***673226**, OU=(em branco), OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=31522005000108, OU=VideoConferencia, O=ICP-Brasil, C=BR

Informações da assinatura

Assinante: CN=LITANA GRASIELA DOS SANTOS ALVES:***673226**, OU=(em branco), OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=31522005000108, OU=VideoConferencia, O=ICP-Brasil, C=BR

CPF: ***.673.226-**

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Aprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Aprovada

Resumo criptográfico: true

Data da assinatura: 15/04/2025 11:46:50 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

P. M. A
Fls. 1713
Ass.

Mensagem de alerta: Nenhum erro encontrado

Certificados utilizados

CN=LITANA GRASIELA DOS SANTOS ALVES:07367322680, OU=(em branco), OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=31522005000108, OU=VideoConferencia, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Certisign RFB G5, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 02/12/2024 13:24:58 BRT

Aprovado até: 02/12/2025 13:24:58 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC Certisign RFB G5, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

P. M. A
Fls. 1716
Ass

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 08/12/2016 15:44:03 BRST

Aprovado até: 20/02/2029 14:44:03 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 20/07/2016 10:32:04 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 09:00:04 BRT

Expirado (LCR): false

CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

P. M. A
Fls. 1717
Ass.

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 02/03/2016 10:01:38 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 20:59:38 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

Nome do atributo: RevocationInfoArchival

Corretude: Valid

P. M. A.
Fls._____
Ass._____

Voltar | Imprimir

P. M. A
Fls. 716
Ass.

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 96.295.654/0001-69
Razão Social: INSTITUTO SOCIAL DE SAUDE SAO LUCAS
Endereço: RUA PRES VARGAS 865 LETRA S / VILA NOVA / ARENAPOLIS / MT / 78420-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Servico - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 21/05/2025 a 19/06/2025

Certificação Número: 2025052101120601750384

Informação obtida em 22/05/2025 14:57:55

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa: **www.caixa.gov.br**

P. M. A.
Fls. 179
Ass.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARENAPOLIS
ESTADO DE MATO GROSSO
CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Data: 22/05/2025
Hora: 15:03:08

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Nº.: 20650/2025

Certificamos, a pedido da parte interessada, que após consulta aos nossos registros, referente ao Contribuinte abaixo identificado, constatamos que até a presente data não existem débitos em aberto.

Contribuinte	CPF/CNPJ	Status
INSTITUTO SOCIAL DE SAUDE SAO LUCAS	96.295.654/0001-69	Válido

Endereço

Rua PRESIDENTE VARGAS,, 865, S - VILA NOVA, - Arenápolis, MATO GROSSO, 78420-000

SEM DÉBITOS ATÉ A PRESENTE DATA.

A FAZENDA MUNICIPAL se reserva o direito de cobrar os débitos que venham a ser constatados mesmo se referentes a períodos compreendidos nesta certidão. A certidão tem validade de 30 dias a contar da data de sua expedição.

Confira a autencidade dessa certidão em https://arenapolis-mt.nobesistemas.com.br/tributos/document_validator com o código: 448C-6708-5E29-F28C.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARENAPOLIS, 22 DE MAIO DE 2025

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARIPUANÃ
CNPJ 03.507.498/0001-71
Praça São Francisco de Assis, nº 128 - Centro - CEP 78.325-000 - Aripuanã/MT
(66) 3565-3900- ouvidoria@aripuana.mt.gov.br - https://www.aripuana.mt.gov.br/

TERMO DE ADJUDICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO 15/2025

Modalidade: Concurso

Número/Ano:	3/2025	**Data de abertura:**	22/04/2025
Data adjudicação:	22/05/2025	**Data homologação:**	22/05/2025
Tipo de avaliação:	Por item	**Critério de avaliação:**	Melhor técnica ou conteúdo artístico
Modo de disputa:	Proposta	**Condição de pagamento:**	CONFORME O EDITAL

Credenciamento: Não **Chamamento:** Não **Registro de preço:** Não

Objeto da licitação:
CONTRATAÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE (OSS), NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE ARIPUANÃ PARA A GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTÔNIO ARIPUANÃ

O Prefeito Municipal, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com o inciso I do Art. 76 da Lei 14.133/2021 e suas posteriores alterações, ADJUDICA a presente Licitação à(s) empresa(s) Licitante(s) Vencedor(as) abaixo listada(s) e autoriza a emissão da(s) nota(s) de empenho correspondente(s).

Licitante	CNPJ/CPF	Total do vencedor
INSTITUTO SOCIAL DE SAUDE SAO LUCAS	96.295.654/0001-69	R$ 13.905.231,96
	Total:	**R$ 13.905.231,96**

INSTITUTO SOCIAL DE SAUDE SAO LUCAS - Não Exclusivo **Valor Total:** **R$ 13.905.231,96**

Código	Descrição do item	Unidade	Qtd.	Valor unit.	Valor total
718781	SERVICO DE GESTAO ADMINISTRATIVA - DO TIPO GESTAO HOSPITALAR	mes	6,0000	R$ 2.317.538,66	R$ 13.905.231,96

ARIPUANÃ, 22 de maio de 2025

SELUIR PEIXER REGHIN
Prefeita

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARIPUANÃ
CNPJ 03.507.498/0001-71
Praça São Francisco de Assis, nº 128 - Centro - CEP 78.325-000 - Aripuanã/MT
(66) 3565-3900- ouvidoria@aripuana.mt.gov.br - https://www.aripuana.mt.gov.br/

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO 15/2025

Modalidade: Concurso

Número/Ano:	3/2025	**Data de abertura:**	22/04/2025
Data adjudicação:	22/05/2025	**Data homologação:**	22/05/2025
Tipo de avaliação:	Por item	**Critério de avaliação:**	Melhor técnica ou conteúdo artístico
Modo de disputa:	Proposta	**Condição de pagamento:**	CONFORME O EDITAL

Credenciamento: Não **Chamamento:** Não **Registro de preço:** Não

Objeto da licitação:
CONTRATAÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE (OSS), NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE ARIPUANÃ PARA A GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTÔNIO ARIPUANÃ

Nos termos do Art. 76, inciso I da Lei Federal N° 14.133/2021 e as suas alterações, o Prefeito Municipal, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas por Lei, abaixo assinado, acolhendo a manifestação do Presidente da Comissão Especial de licitação, levando em consideração a abertura e julgamento do presente PROCESSO DE LICITACÃO, tendo cumprido todos os requisitos e princípios estabelecidos em lei, HOMOLOGA o objeto da Licitação supra citada , que tem como vencedor(es) abaixo

Licitante	CNPJ/CPF	Total do vencedor
INSTITUTO SOCIAL DE SAUDE SAO LUCAS	96.295.654/0001-69	R$ 13.905.231,96
	Total:	**R$ 13.905.231,96**

INSTITUTO SOCIAL DE SAUDE SAO LUCAS - Não Exclusivo

Código	Descrição do item	Unidade	Qtd.	Valor unit.	Valor total
718781	SERVICO DE GESTAO ADMINISTRATIVA - DO TIPO GESTAO HOSPITALAR	mes	6,0000	R$ 2.317.538,6600	R$ 13.905.231,96

Valor Total: R$ 13.905.231,96

ARIPUANÃ, 22 de maio de 2025

SELUIR PEIXER REGHIN
Prefeita

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARIPUANÃ
CNPJ 03.507.498/0001-71
Praça São Francisco de Assis, nº 128 - Centro - CEP 78.325-000 - Aripuanã/MT
(66) 3565-3900- ouvidoria@aripuana.mt.gov.br - https://www.aripuana.mt.gov.br/

RELATÓRIO DE DETALHAMENTOS DA LICITAÇÃO

PROCESSO LICITATÓRIO 3/2025

Modalidade:	Concurso	**Número/Ano:**	3/2025
Modo de disputa:	Proposta	**Data de abertura:**	22/04/2025
Tipo de avaliação:	Por item	**Critério de avaliação:**	Melhor técnica ou conteúdo artistico
Registro de preço:	Não	**Condição de pagamento:**	CONFORME O EDITAL
Credenciamento:	Não	**Chamamento:**	Não

Objeto da Licitação: CONTRATAÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE (OSS), NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE ARIPUANÃ PARA A GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTÔNIO ARIPUANÃ

Dotação	Código reduzido	Valor
09.002.10.302.0015.2065.3.3.50.85.1.500.1002000	709	R$ 5.782.819,98
Descrição:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE * ASSISTENCIA DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE * MANUTENCAO DAS ACOES DO ATEND. HOSP/AMB. DE EMERG * Contrato de Gestão * Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde		

Dotação	Código reduzido	Valor
09.002.10.302.0015.2065.3.3.50.85.1.708.0000000	709	R$ 8.122.411,98
Descrição:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE * ASSISTENCIA DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE * MANUTENCAO DAS ACOES DO ATEND. HOSP/AMB. DE EMERG * Contrato de Gestão * Transferência da União Referente à Compensação Financeira de Recursos Minerais		

RELAÇÃO DE ITENS

Item: SERVICO DE GESTAO ADMINISTRATIVA - DO TIPO GESTAO HOSPITALAR

Estrutura administrativa	Quantidade
MANUTENCAO DAS ACOES DO ATEND. HOSP/AMB DE EMERGENCIA	6,00

Quantidade do item: **6,0000**

TOTAL DA LICITAÇÃO: **6,0000**

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARIPUANÃ
CNPJ 03.507.498/0001-71
Praça São Francisco de Assis, nº 128 - Centro - CEP 78.325-000 - Aripuanã/MT
(66) 3565-3900- ouvidoria@aripuana.mt.gov.br - https://www.aripuana.mt.gov.br/

RELATÓRIO DE VENCEDORES COM VALORES

PROCESSO ADMINISTRATIVO 15/2025

Modalidade:	Concurso	**Número/Ano:**	3/2025
Modo de disputa:	Proposta	**Data de abertura:**	22/04/2025
Tipo de avaliação:	Por item	**Critério de avaliação:**	Melhor técnica ou conteúdo artístico
Registro de preço:	Não	**Condição de pagamento:**	CONFORME O EDITAL
Credenciamento:	Não	**Chamamento:**	Não
Objeto da Licitação:	CONTRATAÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE (OSS), NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE ARIPUANÃ PARA A GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTÔNIO ARIPUANÃ		

VENCEDORES:

Licitante	CNPJ/CPF	Total do vencedor
INSTITUTO SOCIAL DE SAUDE SAO LUCAS	96.295.654/0001-69	R$ 13.905.231,96
	Total:	**R$ 13.905.231,96**

INSTITUTO SOCIAL DE SAUDE SAO LUCAS

Código	Descrição do item	Marca	Unidade	Qtd.	Valor unit.	Valor total
718781	SERVICO DE GESTAO ADMINISTRATIVA - DO TIPO GESTAO HOSPITALAR		mes	6.0000	R$ 2.317.538,6600	R$ 13.905.231,96

Valor Total: R$ 13.905.231,96

P. M. A.
Fls. 124
Ass.

RESULTADO DA DISPENSA DE LICITAÇÃO N.º 03/2025
CHAMADA PÚBLICA 02/2025
PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º 15/2025

O Município de Aripuanã, em conformidade com Art. 75, inciso II - da Lei Federal n.º 14.133/2021, torna público aos interessados a **CONTRATAÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE (OSS), NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE ARIPUANÃ PARA A GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTÔNIO ARIPUANÃ, CONFORME ESPECIFICAÇÕES, QUANTITATIVOS, REGULAMENTAÇÃO DO GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE E DEMAIS OBRIGAÇÕES CONTIDAS NO TERMO DE REFERÊNCIA.**

EMPRESA VENCEDORA:

INSTITUTO SOCIAL DE SAUDE SAO LUCAS, inscrita no CNPJ N°. 96.295.654/0001-69, vencedora com o valor de R$ 13.905.231,96 (treze milhões novecentos e cinco mil duzentos e trinta e um reais e noventa e seis centavos).

Maiores informações poderão ser adquiridas pelo site http://www.aripuana.mt.gov.br, pelo e-mail licitacao@aripuana.mt.gov.br, ou pelo telefone (066) 3565-3900.

Aripuanã-MT, 22/05/2025.

HILARIANE HILARIO DA SILVA
Agente de Contratação

P. M. A
Fls. 1054
Ass.

✓ **Seguir protocolo de evacuação** em caso de incêndio, conforme orientação da Brigada de Incêndio da instituição.

4.2.3 Atendimento e Comunicação

✓ **Sempre orientar e ajudar a equipe de enfermagem** com pacientes impossibilitados.

✓ **Caso objetos pessoais do paciente sejam esquecidos**, encaminhá-los à recepção para contato e retirada.

✓ **Inspecionar materiais e equipamentos de outros hospitais** antes do uso no setor.

5. Protocolos de Rotina Diária

5.1 Atendimento Prioritário para Exames de Urgência

- Exames **de emergência e urgência** devem ser realizados **com prioridade**.
- O fluxo deve ser **rápido e eficiente**, evitando atrasos para casos críticos.

5.2 Organização e Higienização dos Equipamentos

- **Inspecionar diariamente** os equipamentos de RX antes do uso.
- **Higienizar a mesa, posicionadores e chassis** ao final de cada exame.
- **Monitorar a temperatura da sala** e realizar ajustes conforme necessário.

5.3 Segurança do Paciente e Qualidade das Imagens

- **Evitar artefatos metálicos** que comprometam a qualidade da imagem.
- **Conferir a identificação do paciente** antes da realização do exame.
- **Caso necessário, repetir o exame** para garantir uma imagem adequada.

6. Considerações Finais

✓ **Todos os exames de RX devem seguir os protocolos estabelecidos**.

✓ **Os Técnicos são responsáveis pelos exames que realizam** e devem garantir a qualidade das imagens.

✓ **A organização e a segurança no setor garantem um atendimento eficiente e seguro para os pacientes.**

P. M. A.
Fls. 325
Ass.

2.1.2.6.11 POP 011 - REALIZAÇÃO DE EXAMES DE RX NO LEITO

1. Objetivo

Estabelecer as diretrizes para a **realização de exames de RX no leito**, com foco em pacientes **internados**, garantindo **agilidade, qualidade e segurança** no processo.

2. Abrangência

Este procedimento se aplica aos **Técnicos em Radiologia**, recepcionistas e todos os profissionais envolvidos no **atendimento a exames de RX no leito**.

3. Responsável pela Execução (Executante)

O procedimento será executado pelo **Técnico em Radiologia**, sob a supervisão e de acordo com os protocolos definidos. As **recepcionistas** também têm um papel importante no agendamento e no controle das solicitações.

4. Procedimento

4.1 Etapas do Procedimento

1. **Recepção e Solicitação**

- A **recepcionista** recebe a **solicitação do exame de RX no leito** via telefone, realizada pelas **unidades de internação**.
- Após o recebimento da solicitação, a recepcionista preenche o **formulário de Raio-X no Leito**, registrando **data, hora, local e quantidade de exames a serem realizados**.
- **Urgências** devem ser tratadas com **prioridade**.

2. **Verificação e Agendamento**

- O **Técnico em Radiologia** escalado para os exames de RX no leito verifica as solicitações no formulário preenchido pela recepcionista.
- O **Técnico** se dirige às unidades de internação conforme a **ordem de prioridades**, levando consigo os materiais e equipamentos necessários para a realização do exame.

3. **Realização do Exame no Leito**

- No **leito**, o **Técnico em Radiologia** posiciona o paciente de acordo com o **exame solicitado**, garantindo o **conforto e a segurança do paciente**.

P. M. A.
Fls. 1200
Ass.

- Durante o exame, o **Técnico** deve garantir que o paciente esteja **livre de objetos metálicos** que possam interferir na imagem.

4. **Revelação da Imagem**

- Após a realização do exame, o **Técnico em Radiologia** realiza a **revelação da imagem**, que será **disponibilizada para visualização** físico ou **sistema de visualização** da unidade de internação.

4.2 Descrição do Procedimento

4.2.1 Responsabilidades do Técnico em Radiologia

- Realizar os exames de RX no leito conforme **protocolos estabelecidos** e orientações do **Radiologista**.
- **Verificar as solicitações** e **documentação dos exames** com a recepcionista antes de realizar o exame.
- **Transportar os materiais e equipamentos necessários** para o leito do paciente, garantindo que estejam em **boas condições** de uso.
- **Posicionar o paciente** adequadamente para a realização do exame, considerando as **limitações do leito e do paciente**.
- **Realizar a revelação das imagens** com cuidado e garantir que a qualidade da imagem esteja dentro dos padrões necessários.
- **Registrar no sistema** de gestão hospitalar e no formulário de **Raio-X no Leito** todas as informações pertinentes ao exame realizado.

4.2.2 Segurança e Conforto do Paciente

- **Garantir o conforto do paciente**, ajustando a posição do leito, se necessário, e oferecendo apoio emocional durante o procedimento.
- **Verificar se o paciente está livre de objetos metálicos** (como jóias ou peças de vestuário) que possam interferir na imagem do RX.
- **Informar ao paciente e ou acompanhante** sobre o procedimento, esclarecendo dúvidas e proporcionando uma experiência tranquila.

4.3 Procedimentos de Urgência e Rotinas Diárias

4.3.1 Urgências

- Exames **urgentes ou emergenciais** devem ser realizados com **prioridade máxima**. Os **Técnicos em Radiologia** devem seguir a **ordem de urgência** definida pelas **unidades solicitantes** e coordenar com a recepção para garantir agilidade no processo.

P. M. A
Fls. 987
Ass.

4.3.2 Rotinas Diárias

- Os exames de RX no leito devem ser realizados seguindo a **rotina diária** de atendimento, com o **controle e registro das solicitações** feitas pelas unidades de internação.
- A **higienização dos materiais e equipamentos** deve ser realizada **diariamente**, mantendo os padrões de segurança e prevenção de infecções.

5. Considerações Finais

- Este **POP** deve ser seguido rigorosamente para garantir a **segurança dos pacientes e a qualidade das imagens.**
- **Técnicos em Radiologia** devem ser treinados para **atuar com agilidade e precisão**, especialmente em situações de **urgência**.
- A **comunicação clara e eficiente** entre os **Técnicos, recepcionistas e unidades de internação** é essencial para o bom funcionamento do processo.

2.1.2.6.12 POP 012 - PEDIDO DE MATERIAL

1. Objetivo

Estabelecer os procedimentos para o **pedido de materiais** utilizados nos exames de **Raio-X** (RX), garantindo que o processo de aquisição, armazenamento e controle dos materiais seja eficiente e organizado.

2. Abrangência

Este procedimento se aplica aos **administrativos, farmácia**, responsáveis pelo **controle de materiais** para a realização dos exames de RX.

3. Responsável pela Execução (Executante)

- **Farmácia**: Responsável pelo fornecimento de materiais como filmes, revelador e fixadores, controle de estoque, solicitação de compra, inserir pedido no sistema.
- **Técnico de radiologia:** conferir o produto na entrega e validar a condição do mesmo.

4. Procedimento

4.1 Etapas do Procedimento

1. **Recebimento da Listagem de Materiais Necessários**

P. M. A.
Fls. 2956
Ass.

- **O técnico de radiologia** entrega uma **listagem** ao setor de compras (farmácia), que deve informar quais itens de **materiais** para RX necessitam ser solicitados.

2. **Realização do Pedido**

- O **farmacêutico** realiza o pedido conforme os **centros de custo** existentes e o **grupo de material solicitado** (filmes, revelador, fixadores, entre outros).

3. **Entrega e Conferência do Material**

- O **material solicitado** será entregue e o **farmacêutico** deve conferir e assinar o **recebimento junto com o técnico em radiologia**.

4.2 Descrição do Procedimento

4.2.1 Responsabilidades da Farmácia.

- **Realizar o pedido** de materiais como **filmes, revelador e fixadores** utilizados para os exames de RX, conforme as necessidades do setor de Radiologia.
- **Acompanhar e controlar** a entrega dos materiais, garantindo que todos os itens necessários sejam entregues corretamente.
- **Registrar e assinar** a confirmação de recebimento dos materiais entregues.
- **Fornecer** os materiais necessários para os exames de RX, como filmes, revelador e fixadores, conforme solicitado via sistema.
- **Controlar o estoque** de materiais do hospital, incluindo os utilizados em Radiologia.
- **Entregar** os materiais requisitados ao **Serviço de Radiologia**, com a devida conferência e assinatura do **assistente administrativo**.

4.3 Procedimentos de Urgência e Rotinas Diárias

4.3.1 Urgências

- O pedido de materiais de **urgência** para exames de **Raio-X** deve ser tratado com **prioridade máxima**. A **farmácia** deve estar informada sobre qualquer solicitação urgente para garantir a entrega rápida.

4.3.2 Rotinas Diárias

- A **listagem de materiais necessários** deve ser realizada diariamente para garantir que todos os itens para os exames de RX estejam disponíveis.
- O controle de estoque e a **higienização** dos materiais devem ser **verificados diariamente**, para garantir a qualidade e a segurança nos exames.

P. M. A.
Fls. 989
Ass.

5. Considerações Finais

- A **organização e o controle de materiais** para a realização de exames de RX são essenciais para o **bom funcionamento** do setor de Radiologia.
- A **comunicação eficiente** entre todos os setores envolvidos, como **farmácia** e **setor radiologia**, é fundamental para o sucesso desse processo.
- Qualquer **discrepância no estoque** ou **falta de material** deve ser comunicada **imediatamente** para evitar prejuízos no atendimento ao paciente.

2.1.2.6.13 POP 013 - CONFECÇÃO DE ESCALA DOS PROFISSIONAIS DE RADIOLOGIA

1. Objetivo

Estabelecer o procedimento para a **confecção da escala** de trabalho dos **profissionais de Radiologia**, garantindo que os turnos sejam organizados e as equipes estejam devidamente escaladas para atender à demanda de exames de Radiologia no período **16 a 15** de cada mês.

2. Abrangência

Este procedimento abrange a **organização da escala de trabalho** dos profissionais de Radiologia, incluindo **Técnicos em Radiologia** e **Assistentes Administrativos**, bem como a entrega da escala aos envolvidos.

3. Responsáveis pela Execução (Executante)

- **Supervisor de Radiologia**: Responsável pela confecção e revisão da escala.
- **Gestor Administrativo**: Auxilia na organização da escala, validação e distribuição das escalas para os profissionais.
- **Profissionais de Radiologia (Técnicos e Assistentes)**: Responsáveis por seguir as escalas e cumprir os turnos designados.

4. Periodicidade

- A escala deve cobrir o **período de 16 a 15** de cada mês. A entrega da escala deve ocorrer **até o dia 10 de cada mês**, garantindo tempo hábil para ajustes e preparação.

5. Procedimento

5.1 Etapas do Procedimento

1. **Recebimento de Demandas**

P. M. A
Fls. 990
Ass.

- O **Supervisor de Radiologia** recebe informações dos **técnicos em Radiologia** para o mês seguinte, levando em consideração a quantidade de turnos necessários, a distribuição de trabalho e a disponibilidade dos profissionais.

2. **Confecção da Escala**

- A escala de trabalho é montada levando em consideração a **distribuição das folgas** e as **necessidades do serviço**, assegurando que todos os turnos de trabalho estejam cobertos. A **escala mensal** deve ser feita considerando a programação dos profissionais, distribuindo os turnos de **manhã, tarde e noite** conforme a carga de trabalho.

3. **Revisão da Escala**

- A **escala deve ser revisada e validada** pelo **Gestor Administrativo**, que deve garantir a compatibilidade de horários e a cobertura adequada de todos os turnos. Caso haja algum erro ou sobrecarga de turno, a escala será ajustada.

4. **Distribuição da Escala**

- Após a revisão e aprovação, a **escala finalizada** deve ser fixada no **setor de Radiologia** até o dia **10 de cada mês**, para que possam se planejar para o mês subsequente.
- A distribuição é feita através do **mural de avisos** da unidade, garantindo que todos os profissionais recebam a informação.

5. **Ajustes e Trocas de Turnos**

- Caso algum **profissional de Radiologia** precise de ajustes em sua escala (trocas de turno ou folga), o **Supervisor de Radiologia** avaliará a viabilidade da alteração e garantirá que a cobertura de turnos seja mantida.
- As **trocas de turno** devem ser solicitadas com antecedência mínima de **24 horas**.

5.2 Descrição do Procedimento

5.2.1 Confecção da Escala

- A **escala** deve ser organizada para garantir que **todos os turnos** (manhã, tarde e noite) sejam cobertos adequadamente, respeitando as folgas e horários de trabalho dos profissionais.
- A **escala mensal** é feita levando em conta o **período de 16 a 15** do mês, sempre antecipando as necessidades do mês seguinte.

P. M. A.
Fls. 991
Ass.

5.2.2 Entrega da Escala

- A **entrega da escala** para os profissionais deve ocorrer até **o dia 10** de cada mês.
- **Profissionais** devem ser avisados de qualquer **alteração** na escala, com a devida antecedência.
- O **setor de Recursos Humanos (RH)** deverá igualmente receber uma cópia devidamente assinada e carimbada pelo supervisor de radiologia e validada pelo Gestor Administrativo.
- No final do mês a escala deverá ser atualizada, constando todas as trocas, apresentar ao gestor administrativo para validação e entregue uma cópia ao RH.

5.2.3 Ajustes e Trocas

- Ajustes ou trocas podem ser solicitados até **48 horas antes** do início do turno, sendo que a **validação** dessas mudanças ficará a cargo do **Supervisor de Radiologia RH**.

5.3 Procedimentos de Urgência e Rotinas Diárias

5.3.1 Urgências

- Em casos de **emergências**, a escala poderá ser ajustada de forma emergencial para cobrir turnos adicionais. **Profissionais de plantão** devem ser notificados imediatamente e a alteração será formalizada no sistema de escala.
- Caso algum **turno de urgência** precise de cobertura adicional, os **Técnicos de Radiologia** podem ser convocados a **ajustar** suas folgas.

5.3.2 Rotinas Diárias

- A **escala** é fundamental para a organização diária do setor. A **chegada no horário** é essencial para o bom funcionamento do serviço, com cada profissional se apresentando de acordo com o turno determinado.
- **Confirmação de presença** e **atrasos** devem ser comunicados ao **Supervisor de Radiologia** para ajustes imediatos e posteriormente ao RH.

6. Considerações Finais

- A **organização da escala** dos profissionais de Radiologia é essencial para garantir a continuidade dos serviços de forma eficiente e sem interrupções.
- A **comunicação** clara e constante entre os profissionais e o **Supervisor de Radiologia** é fundamental para o sucesso da implementação deste POP.

P. M. A.
Fls. 192
Ass.

- O **descumprimento de horários** ou **não comparecimento** sem justificativa pode resultar em **ajustes na escala** e em possíveis **consequências disciplinares**.
- As escalas devem ser devidamente arquivadas no setor sendo a escala inicial e a escala final com as devidas alterações.

2.1.2.6.14 POP 014 - ENCAMINHAMENTO DE DOCUMENTOS

1. Objetivo

Este procedimento tem como objetivo garantir a **organização e rastreabilidade** no **encaminhamento de documentos oficiais** no setor de Radiologia, assegurando que os documentos sejam enviados e recebidos de forma adequada e devidamente arquivados.

2. Abrangência

Este procedimento abrange o **encaminhamento de documentos internos e externos,** incluindo **memorandos** e **ofícios**, que sejam gerados pelo setor administrativo da Radiologia.

3. Responsáveis pela Execução

- **Supervisor de Radiologia**: por redigir, protocolar e arquivar os documentos.
- **Gestor Administrativo**: Responsável pela revisão e autorização de documentos oficiais.

4. Periodicidade

Este procedimento ocorre sempre que houver **demanda de envio de documentos** do setor de Radiologia, sejam internos ou externos.

5. Procedimento

5.1 Etapas do Procedimento

1. **Redação do Documento**

- O **Supervisor de Radiologia** redige o documento conforme a demanda. Quando o destino for interno à instituição, utiliza-se **memorandos**. Para comunicação externa, utiliza-se **ofícios**.
- O conteúdo do documento deve ser claro e direto, incluindo todos os detalhes necessários conforme o propósito da comunicação.

2. **Abertura de Pasta e Registro**

P. M. A.
Fls. 169
Ass.

- O número do documento deve ser atualizado de acordo com a sequência e o respectivo conteúdo do ofício ou memorando, e as informações pertinentes devem ser adicionadas ao corpo do documento.
- Número de ofício deve seguir o protocolo da unidade.

3. **Envio e Recebimento**

- **Recebimento do Destinatário**: Todos os documentos enviados precisam ser **confirmados como recebidos** pelo local de destino.
- **Opções para o "recebido"**:
- **Cópia do Documento**: Uma cópia do documento pode ser entregue ao destinatário, que deve assiná-la ou carimbá-la como "recebido".
- **Protocolo no Livro de Protocolos**: A segunda opção é o **protocolo** no livro de protocolos existente na sala de administração.

4. **Arquivamento do Documento**

- Após o envio do documento e obtenção do **"recebido"**, o **Supervisor de Radiologia** deve arquivar o documento enviado.
- **Memorandos**: Para os memorandos, é necessário **anotar o número** do documento e o **assunto** do mesmo no sistema de arquivo.
- O **arquivamento** dos documentos deve ser feito nas pastas dentro do **armário de administração**, de forma organizada e seguindo a ordem cronológica ou de assunto, conforme a necessidade do setor.
- **Atenção:** todo documento elaborado deverá conter a assinatura do Gestor Administrativo.

5.2 Descrição do Procedimento

5.2.1 Redação e Envio

- Os documentos oficiais devem ser redigidos de forma clara, com a devida formalidade. Memorandos e Ofícios devem seguir a formatação padrão de documentos institucionais.

5.2.2 Controle de Recebimento

- A conferência de **"recebido"** é essencial para garantir que o documento chegou ao seu destino.
- A escolha entre **cópia assinada** ou **protocolo** depende da natureza e urgência do documento, mas ambos devem ser rigorosamente controlados.

P. M. A.
Fls. 994
Ass.

5.2.3 Arquivamento

- Todos os documentos, após serem recebidos, devem ser arquivados de forma meticulosa.
- O controle do número do documento, sua data e o assunto são fundamentais para o **acesso rápido** e a **rastreabilidade** no futuro.

5.3 Procedimentos de Urgência e Rotinas Diárias

5.3.1 Urgências

- Em casos de urgência, o **Supervisor de Radiologia** deve priorizar o envio de documentos e garantir que o **recebido** seja obtido o mais rapidamente possível, utilizando o protocolo ou cópia.
- Qualquer urgência no envio de **ofícios ou memorandos** deve ser comunicada ao **Gestor Administrativo**, que poderá autorizar ajustes na ordem de envio.

5.3.2 Rotinas Diárias

- O envio e controle de documentos são realizados de acordo com a demanda diária. É importante que o **Supervisor de Radiologia** verifique diariamente a necessidade de envio de novos documentos e que o **arquivamento** seja feito no mesmo dia.

6. Considerações Finais

- O **encaminhamento de documentos** deve ser feito de forma organizada e com rigoroso controle de recebimento e arquivamento.
- A **agilidade** e **precisão** no envio e na obtenção de **"recebido"** são essenciais para o bom andamento da rotina administrativa do setor de Radiologia.
- O processo de **arquivamento** deve ser constantemente verificado para garantir que todos os documentos enviados possam ser facilmente localizados quando necessário.

P. M. A.
Fls. 995
Ass.

2.1.2.6.15 POP 015 - SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO ENGENHARIA CLÍNICA PARA O SERVIÇO DE RADIOLOGIA

1. Objetivo

Este procedimento tem como objetivo formalizar o processo de solicitação de manutenção para os **aparelhos do Setor de Radiologia**, garantindo que as necessidades de manutenção sejam devidamente registradas e atendidas pelo **Núcleo de Engenharia Clínica (NEC)**.

2. Abrangência

Este procedimento se aplica ao **Setor de Radiologia** em relação à solicitação de serviços de **manutenção preventiva e corretiva** dos aparelhos de radiologia.

3. Responsáveis pela Execução

- **Supervisor de Radiologia**: Responsável por abrir o chamado por escrito e encaminhar ao Gestor administrativo e fazer o acompanhamento.
- **Gestor Administrativo**: Responsável por autorizar a solicitação e validar a necessidade de manutenção, incluindo no sistema de referência da unidade.
- **Engenharia Clínica (EC)**: Responsável por atender as solicitações de manutenção, realizar orçamentos e encaminhar para aprovação via matriz (seguir protocolo).

4. Periodicidade

A solicitação de serviço é feita sempre que houver **necessidade de manutenção** ou **problema técnico** com os equipamentos do Setor de Radiologia.

5. Procedimento

5.1 Etapas do Procedimento

Identificação do Problema e Abertura do Chamado

- Sempre que houver **demanda de manutenção** nos equipamentos do setor de Radiologia, o **Supervisor de Radiologia** deve abrir um chamado por escrito e entregar ao Gestor Administrativo o qual incluirá no sistema da instituição **Engenharia Clínica (EC)**.
- **Gestor Administrativo** - validar a solicitação

Preenchimento da Solicitação de Serviço

P. M. A.
Fls. 196
Ass.

- No sistema, o Gestor Administrativo deve abrir o sistema e preencher o **formulário de solicitação** de acordo com o **equipamento que está apresentando problema**.
- As informações devem ser completas e precisas, incluindo o nome do equipamento, a descrição do problema, a data e hora do incidente, entre outros dados relevantes.

Encaminhamento para Engenharia Clínica (EC)

- Após preencher os dados da solicitação, a folha de chamada será **enviada a EC**, que tomará conhecimento do problema e dará seguimento à solicitação.
- A **Engenharia Clínica (EC)**, ao receber a solicitação, atribuirá um **número de Ordem de Serviço** (OS), que será colocado na folha de solicitação.
- O número da OS deve ser registrado tanto na folha que ficará com **Engenharia Clínica** quanto na cópia que ficará **para o Gestor Administrativo e Supervisor Radiologia**.

Arquivamento da Solicitação

- Após o envio da solicitação a EC e a obtenção do número de OS, o **gestor administrativo e o supervisor de radiologia** devem arquivar a solicitação de serviço em **pasta**, disponível na **sala de administração e ou setor de radiologia**.
- O arquivamento deve ser feito de forma organizada, garantindo fácil acesso para consultas futuras.

5.2 Descrição do Procedimento

5.2.1 Solicitação e Acompanhamento

- A **abertura de chamados** para manutenção dos equipamentos deve ser feita assim que o problema for identificado, com todas as informações relevantes sobre o incidente.
- O acompanhamento da solicitação pode ser feito pelo gestor administrativo, que deve garantir que a **Engenharia Clínica** tenha recebido e esteja dando andamento à solicitação de manutenção.

5.2.2 Documentação

- A solicitação de serviço deve sempre ser **documentada** de forma clara e precisa, garantindo que a **Engenharia Clínica** tenha todas as informações necessárias para realizar a manutenção adequada.
- O número da **Ordem de Serviço** (OS) é fundamental para o **controle e rastreabilidade** do atendimento realizado.

P. M. A.
Fls. 997
Ass.

5.2.3 Arquivamento

- O arquivamento das solicitações é um processo importante para o controle interno da Radiologia. As solicitações devem ser **organizadas cronologicamente ou por equipamento**, conforme a necessidade, garantindo que qualquer solicitação anterior possa ser facilmente consultada.

5.3 Procedimentos de Urgência e Rotinas Diárias

5.3.1 Urgências

- Em caso de **problemas urgentes** com os equipamentos, a solicitação de serviço deve ser tratada com prioridade.
- O supervisor de radiologia deve comunicar imediatamente ao Gestor Administrativo que identificará a urgência entrando em contato com a **Engenharia Clínica,** e acompanhar de perto o processo para garantir que a manutenção seja feita o mais rápido possível.

5.3.2 Rotinas Diárias

- O processo de solicitação de manutenção deve ser parte das **rotinas diárias** da administração do setor. A **identificação precoce de problemas** nos equipamentos é crucial para evitar paralisações no serviço de Radiologia.
- O arquivamento e controle das solicitações devem ser feitos sempre no mesmo dia, para garantir que o histórico de manutenção esteja sempre atualizado.

6. Considerações Finais

- A **manutenção dos equipamentos** de Radiologia é essencial para garantir a continuidade dos serviços prestados pelo setor.
- O **controle de solicitações de serviço** deve ser feito de maneira organizada, com **documentação e rastreabilidade** completas, para garantir que todas as manutenções sejam realizadas de forma eficaz e sem atrasos.
- A **comunicação** entre o setor de Radiologia e o **de Engenharia Clínica** deve ser sempre clara, especialmente em casos de urgência.

P. M. A.
Fls. 968
Ass.

2.1.2.6.16 POP 016 - RELATÓRIO MENSAL DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA

1. Objetivo

Este procedimento tem como objetivo a **realização e envio do relatório de produção mensal** do Serviço de Radiologia, de acordo com os exames realizados no mês anterior, para controle e análise da produção do setor.

2. Responsáveis pela Execução

- **Supervisor de Radiologia**: Responsável pela geração, impressão, fornecimento das informações necessárias para o relatório, envio e arquivamento do relatório mensal.
- **Gestor Administrativo**: Responsável pelo recebimento das informações e descrição do relatório de gestão.

3. Periodicidade

O relatório deve ser realizado **mensalmente**, no primeiro dia útil de cada mês.

4. Procedimento

4.1 Etapas do Procedimento

1. **Abertura do Sistema**

- No primeiro dia útil de cada mês, o **Supervisor de Radiologia** deve acessar o **sistema Administração Hospitalar** e ou planilhas de controle e realizar o indicador dos exames realizados.
- O nome do relatório deve ser **atualizado com os números do mês** correspondente e o documento deve ser armazenado em pasta digital e ou física.
- O **relatório impresso** deve ser encaminhado ao Gestor Administrativo do hospital para controle, análise de produção e confecção relatório de gestão.

2. **Encaminhamento para Gestor Administrativo**

- O **relatório impresso** deve ser utilizado para a confecção do relatório de gestão para controle e análise de produção e indicadores.
- Após a realização o **Relatório de Gestão** deve ser encaminhado até o dia cinco de cada mês para análise e correção, devendo este ser via e-mail e via Whatsapp para os seguintes endereços: graca.mendes@institutosocialsaolucas.com.br

P. M. A.
Fls. 999
Ass.

4.2 Descrição do Procedimento

4.2.1 Preenchimento de Dados

- O preenchimento dos dados no sistema e ou planilhas, deve ser **preciso e completo**, para garantir que todas as informações sobre os exames realizados no mês anterior sejam registradas corretamente.
- É importante que a **impressão por paciente interno e externo** seja feita de forma organizada, para facilitar a análise posterior.

4.2.2 Encaminhamento

- O envio do relatório para o e-mail é fundamental para garantir a devida análise da produção do serviço e a correta contabilização dos exames realizados.

4.2.3 Arquivamento

- O arquivamento tanto do relatório impresso quanto da versão eletrônica é essencial para garantir o controle e o histórico do serviço de Radiologia, para eventuais auditorias e revisões.

4.3 Procedimentos de Urgência e Rotinas Diárias

4.3.1 Urgências

- Caso haja uma **urgência** no envio do relatório (exemplo: fechamento de mês ou auditorias internas), deve-se realizar o processo com prioridade, sem comprometer a precisão dos dados.

4.3.2 Rotinas Diárias

- A realização deste relatório deve ser parte das **rotinas mensais** do setor de Radiologia, sendo feito sempre no **primeiro dia útil de cada mês**.
- O **controle contínuo dos exames realizados** durante o mês é importante para garantir que todos os dados sejam registrados corretamente e dentro do prazo.

5. Considerações Finais

- A realização do **relatório mensal** é essencial para o **controle e monitoramento** da produção do setor de Radiologia, ajudando na análise de performance e produtividade.
- O **arquivamento e envio correto** das informações garantem que o relatório seja acessado e utilizado de forma eficiente pela equipe financeira e outros setores.
- A **precisão dos dados** é fundamental para garantir a confiabilidade do relatório.

P. M. A.
Fls. 1000
Ass.

2.1.2.6.17 POP 017 - TROCA MENSAL DE DOSIMETRO DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA

1. Objetivo

Estabelecer um procedimento padronizado para a troca mensal dos dosímetros utilizados pelos profissionais do setor de Raio-X, garantindo a segurança radiológica e o correto monitoramento da exposição à radiação ionizante.

2. Abrangência

Este procedimento se aplica exclusivamente ao setor de Raio-X do Serviço de Radiologia.

3. Responsáveis pela Execução

- Responsável pelo setor de Proteção Radiológica

4. Periodicidade

A troca dos dosímetros ocorre mensalmente, sempre no primeiro dia útil do mês subsequente.

5. Procedimento

5.1 Etapas do Procedimento

1. Recebimento dos novos dosímetros da empresa contratada.
2. Troca dos dosímetros nos setores de Raio-X.
3. Conferência e organização dos dosimetros recolhidos.
4. Preenchimento e envio da documentação.
5. Arquivamento das informações e controle interno.

5.2 Descrição do Procedimento

5.2.1 Recebimento dos Dosímetros

- A cada mês, a empresa contratada envia uma caixa contendo os dosímetros novos e a listagem de profissionais do setor de Raio-X.
- O Supervisor de Radiologia confere o material recebido e armazena até o dia da troca.

P. M. A.
Fls. 1001
Ass.

5.2.2 Troca dos Dosímetros

- No primeiro dia útil de cada mês, o Supervisor de Radiologia comparece ao setor de Raio-X.
- Os dosímetros do mês anterior são recolhidos e substituídos pelos novos.
- Os dosímetros retirados devem ser armazenados de forma organizada para posterior conferência e envio.

5.2.3 Conferência e Organização

- No setor de Proteção Radiológica, os dosímetros recolhidos são conferidos com a listagem de profissionais.
- Caso algum dosímetro esteja pendente de devolução, o Supervisor de Radiologia deve acompanhar e garantir que seja recolhido nos dias seguintes.

5.2.4 Preenchimento e Envio da Documentação

- Após a conferência, os dosímetros são acondicionados em uma caixa identificada com destinatário e especificação do produto.
- É preenchido um formulário eletrônico de autorização de envio.
- Duas cópias do formulário devem ser impressas:
- Uma é arquivada no setor de Proteção Radiológica e a outra é encaminhada junto à caixa de dosímetros para envio **(SEDEX).**

5.2.5 Envio e Arquivamento

- A caixa contendo os dosímetros é encaminhada à empresa contratada por SEDEX.
- A cópia do formulário de envio com a data correspondente é arquivada na pasta digital e ou física como comprovante de envio.

6. Procedimentos de Urgência e Rotinas Diárias

6.1 Urgências

- Caso um profissional perca ou danifique seu dosímetro antes da troca mensal, deve ser solicitada a substituição emergencial junto à empresa fornecedora.
- O **Supervisor de Radiologia** responsável pela Proteção Radiológica deve garantir que o novo dosímetro seja entregue ao profissional o mais rápido possível.

P. M. A.
Fls. 1002
Ass.

6.2 Rotinas Diárias

- O monitoramento do uso correto dos dosímetros deve ser realizado diariamente.
- O acompanhamento das trocas e eventuais pendências deve ser feito de forma contínua para evitar atrasos no envio à empresa contratada.

7. Considerações Finais

- A troca regular dos dosímetros é fundamental para garantir a segurança dos profissionais expostos à radiação ionizante.
- Seguir este POP assegura que o controle de exposição seja realizado de forma eficiente, organizada e dentro dos prazos estabelecidos.
- A comunicação entre o setor de Radiologia e a empresa fornecedora deve ser clara para garantir que todas as substituições ocorram de forma adequada e sem atrasos.

2.1.2.6.18 POP 018 - CADASTRO DE DOSES DOS PROFISSIONAIS

1. Objetivo

Estabelecer um procedimento padronizado para o cadastro das doses de radiação dos profissionais do **setor de Raio-X**, garantindo o correto monitoramento da exposição à radiação ionizante e o cumprimento das normas de segurança radiológica.

2. Abrangência

Este procedimento se aplica exclusivamente ao setor de **Raio-X do Serviço de Radiologia.**

3. Responsáveis pela Execução

- Responsável pelo setor de Proteção Radiológica

4. Periodicidade

O cadastro das doses deve ser realizado mensalmente, após a leitura dos dosímetros pela empresa contratada.

P. M. A.
Fls. 304
Ass.

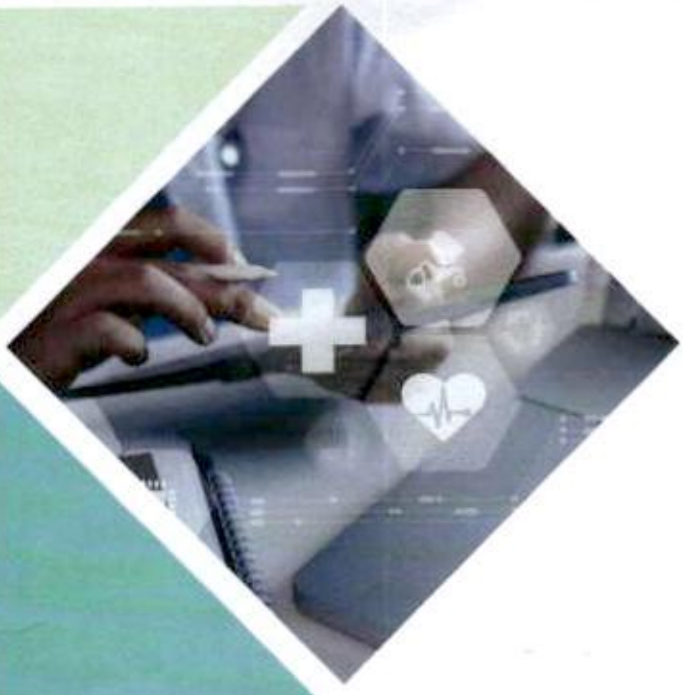
ENVELOPE II - PROPOSTA DE TRABALHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARIPUANÃ/MT
EDITAL DE SELEÇÃO Nº 03/2025
HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTONIO

São Lucas Instituto

EMPRESA:
INSTITUTO SOCIAL DE SAÚDE SÃO LUCAS
CNPJ: 96.295.654/0001-69

P. M. A.
Fls. 203
Ass.

ÍNDICE



São Lucas Instituto







CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2025, na modalidade de CONCURSO do tipo MELHOR TÉCNICA, para SELEÇÃO de instituições sem fins lucrativos, já qualificadas como Organização Social de Saúde no âmbito do **Município de Aripuanã** interessadas na celebração de Contrato de Gestão, cujo objeto consiste no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã,** conforme especificações constantes neste instrumento e seus anexos, mediante as condições estabelecido no presente instrumento convocatório e seus anexos.

Índice	(I até XXXI)	Página
	VOLUME 01	
	C1- CONHECIMENTO DO OBJETO	**2**
1	Objeto	3
1.1.	Introdução	3
1.2.1	Instituto Social de Saúde São Lucas	4
1.2.2	Processos de planejamento por nível Hierárquico e por Tipo	6
1.3	Características do Município	11
1.3.1	Aripuanã - MT	11
1.4	Conhecimento do Objeto de Contrato	15
1.4.1	Características gerais	15
1.4.1.1	Pronto Atendimento e Atendimento às Urgências/ Emergências	15
1.4.1.2	Parâmetros Relacionados à Gestão	16
1.4.2	Estrutura e volume das atividades contratadas	17
1.4.2.1	Pronto atendimento - ambulatorial (eletivo e urgência e emergência)	17
1.4.2.2	Internações hospitalares	19
1.4.2.3	Atribuições da unidade de pronto atendimento	20
1.4.2.4	No processo de hospitalização estão incluídos:	21
1.4.2.5	Critérios de admissão de pacientes na observação do pronto atendimento	22
1.4.2.6	Critérios de Alta	23
1.4.2.6.1	Critérios de alta de pacientes no PA que não necessitaram de observação clínica.	23
1.4.2.6.2	Critérios de alta de pacientes que permaneceram em observação clínica no PA	23
1.4.2.6.3	Critérios de inclusão para internação:	24
1.4.2.6.4	Critérios de Transferências	24
1.4.3	Caracterização das atividades previstas para a unidade de Saúde	24
1.4.3.1	Sala de Observação Adulto e Infantil	24

1.4.3.2	Legislação específica para funcionamento de Unidade de Pronto Atendimento	25
1.4.4	Sala de Emergência	25
1.4.4.1	Introdução	25
1.4.4.2	Proposta de Estrutura para cada 2 leitos na sala vermelha	27
1.4.5	Sala de Sutura e Curativo	29
1.4.5.1	Introdução	29
1.4.5.2	Legislação	30
1.4.6	Estrutura Física da Unidade de Pronto Atendimento	30
2	**Proposta do Modelo Gerencial/Assistencial**	34
2.1	Protocolos e Organização das Atividades Assistenciais e Gerenciais	58
2.1.1	Protocolos assistenciais para a unidade de cuidados intermediários	58
2.1.1.1	Cefaleia	59
2.1.1.2	Dispneia	61
2.1.1.3	Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) descompensada	65
2.1.1.4	Cetoacidose diabética	67
2.1.1.5	Hipoglicemia	69
2.1.1.6	Acidose metabólica	70
2.1.1.7	Síndrome coronariana aguda	70
2.1.1.8	Atendimento a Dor Torácica	74
2.1.1.9	Arritmias cardíacas	78
2.1.1.10	Protocolo IAM	79
2.1.1.11	Ataque vascular cerebral	88
2.1.1.12	Protocolo de Diagnóstico e Tratamento de ITU	94
2.1.1.13	Síndrome respiratória aguda	96
2.1.1.14	Atendimento ao paciente acometidos com o COVID 19	97
2.1.1.15	Insuficiência cardíaca descompensada	100
2.1.1.16	Protocolo de assistência intermediaria de Enfermagem	105
2.1.1.16.1	Administração de medicamentos Intravenosos, antibióticos e medicações de risco moderado	105

II

2.1.1.16.2	Protocolo assistencial de enfermagem avaliação dor	108
2.1.1.16.3	Protocolo de Prevenção de LPP	126
2.1.1.16.4	Protocolo de Prevenção de Flebite	127
2.1.1.16.5	Protocolo de prevenção para queda	128
2.1.2	Exames de Imagem -SADT	129
2.1.2.1	Orientações técnicas comuns para todos os serviços	129
2.1.2.2	Fluxo de Acesso ao SADT	130
2.1.2.3	Radiodiagnóstico	130
2.1.2.4	Eletrocardiograma	133
2.1.2.5	Ultrassonografia	136
2.1.2.6	POP do serviço de radiologia	139
2.1.2.6.1	Pop 001 - agendamento de exames para pacientes externos	140
2.1.2.6.2	Pop 002 - agendamento de exames para pacientes internos	141
2.1.2.6.3	Pop 003 - agendamento de exames de rx contrastados para pacientes externos e internos	144
2.1.2.6.4	Pop 004 - recepção de pacientes externos oriundos do SISREG para realização de exames	147
2.1.2.6.5	Pop 005 - recepção de pacientes oriundos da emergência para realização de exames	149
2.1.2.6.6	Pop 006 - digitação de exames	151
2.1.2.6.7	Pop 007 - arquivamento de exames de RX	153
2.1.2.6.8	Pop 008 - entrega de exames de RX	154
2.1.2.6.9	Pop 009 - envio de exames ao serviço de prontuário do paciente (faturamento / SAME)	156
2.1.2.6.10	Pop 010 - realização de exames de RX	158
2.1.2.6.11	Pop 011 - realização de exames de RX no leito	161
2.1.2.6.12	Pop 012 - pedido de material	163
2.1.2.6.13	Pop 013 - confecção de escala dos profissionais de radiologia	165
2.1.2.6.14	Pop 014 - encaminhamento de documentos	168

Instituto Social de Saúde São Lucas
Rua Presidente Vargas, 865 S • Bairro Vila Nova • Arenápolis • CEP: 78420-000
www.institutosocialsaolucas.com.br

2.1.2.6.15	Pop 015 - solicitação de serviço engenharia clínica para o serviço de radiologia	171
2.1.2.6.16	Pop 016 - relatório mensal do serviço de radiologia	174
2.1.2.6.17	Pop 017 - troca mensal de dosímetro do serviço de radiologia	176
2.1.2.6.18	Pop 018 - cadastro de doses dos profissionais	178
	VOLUME 02	
2.1.2.6.19	Pop 019 - limpeza simples de equipamentos e sala de radiologia	181
2.1.2.6.20	Pop 020 - limpeza simples de equipamentos e sala de radiologia após a utilização por pacientes em precaução.	183
2.1.2.6.21	Pop 021 - capacitação profissional serviço de radiologia	185
2.1.3	Proposta para o funcionamento do serviço de laboratório de análises clínicas	188
2.1.3.1	Laboratório de análises clínicas	188
2.1.3.2	Principais exames de análises clínicas	190
2.1.3.3	Dos prazos para liberação dos laudos de exames:	191
2.1.4	Agência transfusional	193
2.1.4.1	Insumos fornecidos pela agência transfusional	194
2.1.4.1.2	Solicitação emergencial	194
2.1.4.1.3	Monitoramento do ato transfusional	195
2.1.4.2	Rotina e fluxo - requisição de procedimentos hemoterápicos	197
2.1.4.3	Sugestão de equipamentos necessários para uma agência transfusional	199
2.1.4.4	Treinamento inicial e periódico	201
2.1.4.5	Solicitações de exames	201
2.1.4.6	Cadastro de pacientes	205
2.1.4.7	Resultado de exames	206
2.1.4.8	Exames sorológicos	207
2.1.4.8.1	Identificação da amostra	207
2.1.4.8.2	Pedidos de exames: - para triagem sorológica de doadores de sangue	207
2.1.4.8.3	Solicitações de hemocomponentes para transfusão (com testes Pré-transfusionais prontos)	209

2.1.4.8.4	Armazenamento de hemocomponentes	212
2.1.4.8.5	Administração de transfusão	212
2.1.4.8.6	Etiquetagem	213
2.1.4.8.7	Instalação de transfusão e cuidados peritransfusionais	213
2.1.4.8.8	Instalação e acompanhamento da transfusão	214
2.1.4.8.9	Reconhecimento e notificação das intercorrências	216
2.1.4.9	Reconhecimento, cuidado e notificação	216
2.1.4.9.1	Retorno das informações	217
2.1.5	Proposta manual de rotina de farmácia	219
2.1.5.1	Farmácia hospitalar	219
2.1.5.2	Comissão de farmácia e terapêutica	220
2.1.5.3	Sistema de dispensação de medicamentos	222
2.1.5.4	Dose coletiva	222
2.1.5.5	Dose individualizada	222
2.1.5.6	Dose unitária	223
2.1.5.7	C.A.F (central de abastecimento farmacêutica)	223
2.1.5.8	Responsabilidades dos serviços farmacêuticos	223
2.1.5.9	Funções dos serviços farmacêuticos entre outras:	224
2.1.5.10	Distribuição (dose unitária)	225
2.1.5.11	Abastecimento do setor (centro de custo)	226
2.1.5.12	Separar/transferir/dispensar/farmácia	226
2.1.5.13	Emitir relatório gerenciais – farmácia	226
2.1.5.14	Legislação de referência	227
2.1.5.15	Implantação de dose unitária	228
2.1.5.16	Medicamentos controlados	229
2.1.5.17	Procedimentos operacionais padrão	232
2.1.5.17.1	Limpeza geral	232
2.1.5.17.2	Verificação da validade dos itens	234
2.1.5.17.3	Conferência de pedidos e armazenamento de medicamentos e insumos	235

V

2.1.5.17.4	Reposição de Bins e prateleiras	237
2.1.5.17.5	Dispensação de medicamentos	238
2.1.5.17.6	Solicitação de medicamento não padronizado	240
2.1.5.17.7	Solicitação e recebimento de medicamentos por doação	242
2.1.5.17.8	Controle de temperatura da farmácia	244
2.1.6	Serviço de assistência social	246
2.1.6.1	Protocolos e procedimentos operacionais	246
2.1.6.2	Procedimentos operacionais	247
2.1.6.3	Indicadores da assistência social	249
2.1.6.4	Instrução para o funcionamento do serviço social	249
2.1.6.5	Regimento serviço social	250
2.1.7	Normas e rotinas do serviço de fisioterapia	255
2.1.7.1	Manual de rotina de assistência fisioterapêutica ao paciente crítico em unidade de terapia intensiva, urgência e emergência	257
2.1.7.2	Fluxograma	261
2.1.7.3	Anexo 1 - planilha de indicadores	262
2.1.7.4	Anexo II - ficha de avaliação fisioterapia	263
2.1.8	Proposta para implantação da logística de suprimentos	266
2.1.8.1	Introdução	266
2.1.8.2	Gestão de estoque	268
2.1.8.3	Gestão de compras	269
2.1.8.4	Manual de rotinas de almoxarifado e farmácia	269
2.1.8.4.1	Objetivo	269
2.1.8.5	Central de abastecimento almoxarifado	270
2.1.8.6	Recebimento e inspeção dos produtos – almoxarifado	270
2.1.8.7	Avaliação e performance do fornecedor – almoxarifado	271
2.1.8.8	Manuseio de produtos – almoxarifado	271
2.1.8.9	Armazenar os produtos – almoxarifado	271
2.1.8.10	Separação de materiais e medicamentos	272

P. M. A.
Fls. 810
Ass.

2.1.8.11	Distribuição	272
2.1.8.12	Emitir relatório gerenciais – almoxarifado	273
2.1.8.13	Solicitação de materiais para sub estoque	273
2.1.8.14	Compras	275
2.1.8.14.1	Fluxo de teste de produtos	278
2.1.8.14.2	Homologação e acompanhamento do desempenho de fornecedores de produtos e serviços	280
2.1.8.14.3	Avaliar desempenho dos fornecedores de produto que tenham impacto direto no atendimento ao paciente - gestor de suprimentos (compras)	281
2.1.8.14.4	Compras de urgência	282
2.1.8.14.5	Inventário	284
2.1.8.15	Farmácia	284
2.1.8.16	CAF (central de abastecimento farmacêutica)	288
2.1.8.17	Solicitação de medicamento não padronizado	292
2.1.8.18	Solicitação e recebimento de medicamentos por doação	293
2.1.8.19	Legislação de referência	294
2.1.8.20	Setor de almoxarifado	295
2.1.8.21	Setor de transportes	295
2.1.8.22	Organização do almoxarifado:	295
2.1.9	Proposta para regimento interno da unidade	297
2.1.9.1	Modelo de regimento interno	297
2.1.9.1.1	Capítulo I- das finalidades	297
2.1.9.1.2	Capítulo II– da manutenção	297
2.1.9.1.3	Capítulo III– da estrutura organizacional	298
2.1.9.1.4	Capítulo IV– das atribuições e competências	299
2.1.10	Proposta de regimento interno do serviço de enfermagem	317
2.1.11	Regimento interno do corpo clínico	333
2.1.12	Manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos	247
2.1.12.1	Conceitos básicos	247

2.1.12.2	Etapas de faturamento	349
2.1.12.3	Fluxo para processamento de informações do SUS	350
2.1.12.4	Profissional solicitante, autorizador, executante e auditor da AIH	354
2.1.12.5	Processamento de produção	358
2.1.13	Manual de rotinas para almoxarifado e patrimônio	363
2.1.13.1	Definições	363
2.1.13.2	Classificação das despesas	363
2.1.13.3	Formas de utilização	363
2.1.13.4	Classificação do bem	364
2.1.13.5	Da aquisição de bens	364
2.1.13.6	Recebimento dos bens de consumo	365
2.1.13.7	Do recebimento dos bens permanentes	366
2.1.13.8	Fornecimento de material de consumo	367
2.1.13.9	Dos relatórios	367
2.1.13.10	Das irregularidades quanto ao uso dos bens patrimoniais	367
2.1.13.11	Manual de rotinas de patrimônio	368
2.1.13.11.1	Objetivo	368
2.1.13.11.2	Incorporação de bens	369
2.1.13.11.3	Registros de bens	371
2.1.13.11.4	Ocorrências patrimoniais	371
2.1.13.11.5	Baixa de bens	372
2.1.13.11.6	Inventario	374
2.1.13.12	Atribuições gerais	374
2.1.14	Rotinas de gestão financeira	377
2.1.14.1	Função do departamento financeiro	378
2.1.14.2	Divisões do departamento financeiro:	378
	VOLUME 03	
2.1.14.2.1	Fluxo de contas a pagar	380
2.1.14.3	Procedimentos para pagamento	381

Instituto Social de Saúde São Lucas
Rua Presidente Vargas, 865 S • Bairro Vila Nova • Arenápolis • CEP: 78420-000
www.institutosocialsaolucas.com.br

22/04/2025

P. M. A.
Fls. 612
Ass.

2.1.14.4	Contas a receber	382
2.1.14.4.1	Fluxo de contas a receber	383
2.1.14.5	Conciliação bancária e como proceder à conciliação	384
2.1.14.6	Programação financeira	384
2.1.14.7	Fluxo de caixa	384
2.1.14.7.1	Projeção do fluxo de caixa	385
2.1.14.8	Gestão de custos	386
2.2.1	Lavanderia e rouparia	391
2.2.1.1	Descrição do fluxo da rouparia	391
2.2.1.2	Métodos e técnicas de lavagem	394
2.2.1.3	Processamento de roupas na área limpa	399
2.2.1.4	Processamento na rouparia	400
2.2.2	Serviço de nutrição e dietética	402
2.2.2.1	Modelo de regimento interno nutrição	404
2.2.2.2	Processo Porcionamento e distribuição de alimentos	409
2.2.2.3	Distribuição de dietas na unidade de observação	415
2.2.2.4	Dietas	416
2.2.2.4.1	Dieta geral	417
2.2.2.4.2	Dieta branda	417
2.2.2.4.3	Dieta pastosa	418
2.2.2.4.4	Dieta leve	418
2.2.2.4.5	Dieta líquida	419
2.2.2.4.6	Dietas de rotina modificadas	419
2.2.2.5	Processos produtivos de preparo de fórmulas infantis	424
2.2.2.6	Nutrição enteral	428
2.2.3	Serviço de higiene e limpeza	429
2.2.3.1	Classificação de áreas	429
2.2.3.2	Tipos de limpeza	430
2.2.3.3	Métodos e equipamentos de limpeza de superfícies	430

P. M. A.
Fls. 813
Ass.

2.2.3.3.1	Protocolo da limpeza concorrente	433
2.2.3.3.2	Protocolo da limpeza terminal	435
2.2.3.4	Protocolo das etapas dos procedimentos	437
2.2.4	Segurança – controle de acesso	455
2.2.4.1	Objetivo	455
2.2.4.2	Descrição dos procedimentos	455
2.2.4.2.1	Da postura do controlador de acesso:	455
2.2.4.2.2	Da ética	455
2.2.4.3	Dos procedimentos operacionais (padronização do atendimento)	456
2.2.4.4	Horários de visitas e trocas de acompanhantes	457
2.2.4.4.1	As visitas aos pacientes ocorrerão conforme as regras previamente estipuladas na unidade de saúde.	457
2.2.4.4.2	Condições para ingresso de crianças e adolescentes durante o horário regular de visita aos pacientes internados, de acordo como estatuto da criança e do adolescente	458
2.2.4.4.3	Custodiados	459
2.2.4.4.4	Da visita religiosa	459
2.2.4.5	Câmeras de segurança	461
2.2.4.5.1	Introdução	461
2.2.4.5.2	Implantação	462
2.2.4.5.3	Sobre o sistema	463
2.2.4.5.4	Configuração de câmeras IP de segurança em instalações médicas	464
2.2.4.5.5	Orientação para implantação	465
2.2.4.5.6	Premissas para instalação	465
2.2.5	Central de gases medicinais	466
2.2.5.1	Introdução	466
2.2.5.2	Gases medicinais	467
2.2.5.2.1	Legislação	468
2.2.5.2.2	Particularidades	468

X

P. M. A.
Fls. 814
Ass.

2.2.5.2.3	Limpeza	469
2.2.5.3	Principais gases medicinais	470
2.2.5.3.1	Oxigênio medicinal (o2)	470
2.2.5.3.2	Ar medicinal	470
2.2.5.4	Classificação dos gases por suas propriedades físicas	471
2.2.5.5	Central de gases medicinais	471
2.2.5.6	Abastecimento e fornecimento de gases	472
2.2.5.7	Armazenagem de cilindros	472
2.2.5.8	Rede de distribuição	473
2.2.5.8.1	Painéis de alarmes	474
2.2.5.8.2	Cores de identificação em cilindros	474
2.2.5.9	Procedimento operacional padrão: gases medicinais	475
2.2.5.10	Do armazenamento de cilindros de gases medicinais	479
2.2.5.11	Solicitação e utilização de cilindros de gases medicinais nas unidades assistenciais	480
2.2.6	Manejo e destinação de resíduos	484
2.2.6.1	Política nacional de resíduos de sólidos	484
2.2.6.2	Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS)	484
2.2.6.3	Classificação dos resíduos dos serviços de saúde	485
2.2.6.4	Manejo dos resíduos dos serviços de saúde	485
2.2.6.4.1	Segregação	486
2.2.6.4.2	Acondicionamento	486
2.2.6.4.3	Identificação	486
2.2.6.4.4	Coleta e transporte interno	487
2.2.6.4.5	Equipamentos de proteção individual (epi) para coleta interna conforme NBR	488
2.2.6.4.6	Armazenamento temporário:	488
2.2.6.4.7	Armazenamento externo:	488
2.2.6.4.8	Coleta e transporte externo:	489
2.2.6.4.9	Destinação final:	490

P. M. A.
Fls. 513
Ass.

2.3	Regulamento próprio	491
2.4	Implementação de serviços e funcionamento da equipe multi	509
2.4.1	Quadro de pessoal médico	509
2.4.2	Quadro de pessoal técnico	510
2.4.3	Estrutura da chefia e número de pessoas em cada clínica, vínculo, horário de atividades, distinguido entre presença física do médico especialista e médico geral e médicos que atendem chamadas de sobreaviso	512
2.4.3.1	Tabela: estrutura de chefia e equipe médica por clínica	513
2.4.3.2	Estrutura da chefia e número de pessoas de cada clínica / vínculo / carga horária	514
2.4.3.3	Estrutura de chefia e equipe médica por clínica	517
2.4.4	Referência e contrarreferência	518
2.4.4.1	Articulação das unidades e a rede de serviços	518
2.4.4.2	Formulário de referência e contrarreferência	520
2.4.4.3	Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência	521
2.4.4.4	Comprometer-se com a referência e a contrarreferência	522
2.4.4.5	Importância das guias de referência e contrarreferência	522
2.4.4.5.1	Para usuários e sistema de saúde	522
2.4.4.5.2	Articulação dos serviços através da referência e contrarreferência	523
2.4.4.5.3	Conclusão	525
2.4.4.6	Plano de implantação:	526
2.4.4.6.1	Fluxograma de referência e contrarreferência	527
2.5	Política de gestão de pessoas	528
2.5.1	Políticas de gestão e desenvolvimento de pessoas	528
2.5.1.1	Objetivos estratégicos da política de gestão e desenvolvimento de pessoas	528
2.5.1.2	Modelo de escala de trabalho	529
2.5.1.3	Gestão a vista	530
2.5.1.4	Uniformes:	531

P. M. A.
Fls. 216
Ass.

2.5.1.5	Regulamento RH	531
2.5.1.5.1	Regimes de trabalho	531
2.5.1.5.1.1	Do gerenciamento de informações da mão de obra CLT	538
2.5.1.6	Manual de frequência e controle de pessoal- Conceitos, regras gerais, procedimentos e ocorrências.	550
2.5.1.6.1	Conceitos	551
2.5.1.6.2	Regras gerais	552
2.5.6.3	Ocorrências	557
2.5.6.4	Outras ocorrências	561
2.5.6.5	Controle de férias	563
2.5.6.6	Consideração finais	566
2.5.2	Proposta para estabelecimento de normas para seleção de pessoal	567
2.5.2.1	Descrição da política	567
2.5.2.2	Processo de movimentação de pessoal	567
2.5.2.3	Processo de recrutamento	569
2.5.2.4	Processo de seleção	570
2.5.2.5	Processo de integração de novos colaboradores	572
2.5.3	Proposta para avaliação de desempenho	573
2.5.3.1	Fluxo do processo de avaliação anual	574
2.5.3.2	Ficha de avaliação de experiência	575
2.5.4	Programa de combate ao absenteísmo	577
2.5.4.1	Tipos de absenteísmo	577
2.5.4.2	Programas auxiliares para diminuir o absenteismo	578
	VOLUME 04	
2.5.4.2.1	Avaliação do absenteísmo individual	580
2.5.4.3	Estratégia de abordagem do absenteismo	580
2.5.5	Proposta de contração de trabalho	583
2.5.5.1	Admissão	583
2.5.5.2	Modelo: contrato de trabalho	584

P. M. A.
Fls. 817
Ass.

2.6	Organização dimensionamento de recursos humanos	586
2.7	Política de educação em saúde	589
2.7.1	Núcleo de educação permanente em saúde	589
2.7.2	Proposta de gestão de educação permanente	590
2.7.2.1	Objetivo geral	591
2.7.2.2	Objetivos específicos	591
2.7.2.3	Estrutura	592
2.7.2.4	Resultados esperados	593
2.7.2.5	Realização sistemática do levantamento de necessidades de educação permanente -	593
2.7.3	Proposta de treinamento de educação permanente multiprofissional	594
2.7.4	A política nacional de educação permanente em saúde	601
2.7.4.1	Desafios da implementação do modelo de educação permanente em saúde	603
3	**C2 -QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**	**606**
3	Atividades voltadas a qualidade assistencial	607
3.1	Comissões técnicas	607
3.1.1	Comissão de controle de infecção hospitalar – CCIH	608
3.1.1.1	Regimento interno, categorias e finalidade	608
3.1.1.2	Estrutura e organização	608
3.1.1.3	Composição do colegiado	609
3.1.1.4	Do cronograma de atividade	616
3.1.2	Comissão análise de notificação de óbitos	617
3.1.2.1	Proposta de regimento interno da comissão de revisão de óbitos	617
3.1.2.2	Da composição	617
31.2.3	Cronograma de atividades anual	619
3.1.3	Comissão de prontuários	620
3.1.3.1	Proposta de regimento interno da comissão de revisão de prontuário	620
3.1.3.2	Constituição	621
3.1.3.3	Cronograma de atividades anual	623

Instituto Social de Saúde São Lucas
Rua Presidente Vargas, 865 S • Bairro Vila Nova • Arenápolis • CEP: 78420-000
www.institutosocialsaolucas.com.br

P. M. A.
Fls. 621
Ass.

3.1.3.4	Instrumento para avaliação	624
3.1.4	Comissão de ética médica	625
3.1.4.1	Proposta de regimento interno da comissão de ética médica (CEM)	625
3.1.4.2	Da composição	625
3.1.4.3	Cronograma de atividades anual	631
3.1.5	Comissão de ética de enfermagem	632
3.1.5.1	Proposta para regimento- comissão de ética de enfermagem	633
3.1.5.2	Estrutura	636
3.1.5.3	Cronograma de atividades anual	639
3.1.6	Comissão de humanização	640
31.6.1	Regimento interno	640
3.1.6.2	Da organização	641
3.1.7	Comissão de gerenciamento de resíduo	643
3.1.7.1	Composição	643
3.1.7.2	Caracterização dos resíduos gerados	645
3.1.7.3	Cronograma de atividades anual	660
3.1.8	Comissão de suprimentos (farmácia)	661
3.1.8.1	Proposta de regimento interno comissão de formulário e terapêutica	661
3.1.8.2	Composição	661
3.1.8.3	VIII- cronograma de implantação	664
3.1.9	Comissão de educação permanente	665
3.1.9.1	Proposta de gestão de educação permanente	666
3.1.9.2	Estrutura	668
3.1.9.3	Resultados esperados	668
3.1.9.4	Proposta de treinamento de educação permanente multiprofissional	669
3.1.10	Núcleo interno de regulação	677
3.1.10.1	Apresentação	677
3.1.10.2	Objetivos	677
3.1.10.3	Descrição	677

P. M. A.
Fls. 519
Ass.

33.1.10.3.1	Passagem de plantão	677
3.1.10.3.2	Regulação de leitos	678
3.1.10.3.3	Transferência entre clínicas	678
3.1.10.3.4	Liberação de vagas para pacientes ambulatoriais	679
3.1.10.3.5	Liberação de vagas para as clínicas	679
3.1.10.3.6	Bloqueio de leitos	679
3.1.10.3.7	Mapa cirúrgico	679
3.1.10.3.8	Solicitação de transferência externa	679
3.1.10.3.9	Regulação de exames externos	680
3.1.11	Núcleo de segurança do paciente	681
3.1.11.1	Capítulo IV - da composição dos membros	682
3.1.11.2	Cronograma de atividade anual	687
3.1.11.3	Ações do núcleo de segurança do paciente	687
3.2	Qualidade subjetiva	690
3.2.1	Acolhimento	690
3.2.1.1	Manual com indicação das formas de notificação, recepção, serviço social e apoio psicossocial aos usuários e familiares na emergência conforme classificação de risco	690
3.2.1.1.1	Locais onde se efetuará as informações	691
3.2.1.1.2	Horários e frequência	691
3.2.1.1.3	Implantação do consentimento informado	692
3.2.1.1.4	Instrução com definições de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários	692
3.2.1.1.4.1	Acesso dos visitantes	694
3.2.1.1.4.2	Diversos	696
3.2.1.1.4.2	Acesso dos acompanhantes:	696
3.2.1.1.5	Proposta para a implantação de orientações quanto às formas de acomodação E conduta para os acompanhantes	698

P. M. A
Fls. 820
Ass.

3.2.1.1.5.1	Manual de conduta para os acompanhantes de usuários idosos e portadores de necessidades especiais e vulneráveis	698
3.2.1.1.6	Política de direitos e deveres dos pacientes e familiares finalidades	700
3.2.1.2	Acolhimento a demanda espontânea	703
3.2.1.2.1	Definições	703
3.2.1.2.1.1	Avaliação de risco e vulnerabilidade	703
3.2.1.2.1.2	Fluxo de atendimento e encaminhamento	706
3.2.1.2.1.3	Demanda espontânea	707
3.2.1.3	Protocolo de Manchester	710
3.2.1.3.1	A classificação de risco pelo protocolo de Manchester	711
3.2.1.3	Política de humanização	716
3.2.1.3.1	A humanização como política transversal na rede sus	716
3.2.1.3.2	Princípios norteadores	717
3.2.1.3.3	Estratégias gerais	718
3.2.1.3.4	Ações de implantação	719
3.2.1.3.5	Diretrizes gerais para a implementação da PNH	719
3.2.1.3.6	Na urgência e emergência, nos prontos-socorros	720
3.2.1.3.7	Na atenção especializada	720
3.2.1.3.8	Na atenção hospitalar	721
3.2.1.3.9	Desafios para incorporação da PNH na pauta da gestão dos serviços	731
3.2.1.3.10	Política de humanização: novo modo de fazer gestão e cuidado em saúde	732
3.2.1.3.11	Pensar o acolhimento e sua articulação com a cogestão no hospital	736
3.2.1.4	Controle de riscos para visitas aos usuários	738
3.2.1.4	Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários	738
3.2.1.4.1	Introdução	738
32.1.4.2	Orientações gerais	738
3.2.1.4.3	Acesso de visitantes, acompanhantes e responsáveis por apoio religioso e/ou espiritual a pacientes em observação	740

P. M. A.
Fls. 821
Ass.

3.2.1.4.4	Horário para troca de acompanhantes	741
3.2.1.4.5	Horário para acesso de familiares em situações de óbito	741
4.2.1.4.6	Acesso de responsáveis por apoio religioso e/ou espiritual	742
3.2.1.4.7	Acesso à divisão de diagnóstico por imagem	743
3.2.1.4.8	Para adentrar as unidades de saúde	743
3.2.1.4.9	Acesso de trabalhadores	744
3.2.1.4.10	Proposta de modelo de cartão de acompanhante	745
3.2.1.4.11	Modelo de cartão de visita estendida	746
3.2.1.4.12	Modelo de cartão de visita religiosa	746
3.2.2	Atendimento	748
3.2.2.1	Formas de acomodação e conduta	748
3.2.2.1.1	Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares na emergência conforme classificação de risco.	748
3.2.2.1.2	Locais onde se efetuará as informações	749
3.2.2.1.3	Instrução com definições de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários.	754
3.2.2.1.4	Acesso dos visitantes	755
3.2.2.1.5	Acesso dos acompanhantes:	758
3.2.2.1.6	Proposta para a implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes	759
3.2.2.1.7	Manual de conduta para os acompanhantes de usuários idosos e portadores de necessidades especiais e vulneráveis	760
3.2.2.1.8	Política de direitos e deveres dos pacientes e familiares	761
3.2.2.1.9	Direitos dos pacientes e familiares	762
3.2.2.1.9.1	Responsabilidades e deveres dos pacientes e familiares	763
3.2.2.2	Serviço de atendimento ao usuário	765
3.2.2.2.1	Proposta para a implantação de serviço de atendimento ao usuário	765
3.2.2.2.1.1	Regimento do serviço de atendimento ao usuário	766

P. M. A.
Fls. 922
Ass.

3.2.2.2.1.2	Atribuições	768
3.2.2.2.1.3	Proposta de pesquisa periódica/ contínua de satisfação do usuário, com definição de uso das informações	769
3.2.2.2.1.4	Pesquisa de satisfação do usuário	771
3.2.2.2.1.4.1	Formulário de pesquisa	771
3.2.2.2.1.5	Monitoramento da manifestação do cliente	774
3.2.2.3	Ouvidoria	777
3.2.2.3.1	Proposta de implantação de ouvidoria vinculada a secretaria municipal de saúde	777
	VOLUME 05	
3.3.3	Arquivo de prontuário de paciente	788
3.3.3.1	Introdução	788
3.3.3.2	O conceito de prontuário do paciente (pp)	788
.3.3.3	Utilidades e aplicações	789
3.3.3.4	Legislação	790
3.3.3.5	Descrição/definições	792
3.3.3.6	Comissão de revisão de prontuários/	794
3.3.3.7	Termos de consentimento:	795
3.3.3.8	Instruções específicas de preenchimento do prontuário:	797
3.3.3.9	Prontuário institucional:	799
3.3.3.10	Padrão de formatação dos impressos:	799
3.3.3.11	Sigilo, confidencialidade, privacidade	800
3.3.3.12	Acesso às informações	801
3.3.3.13	Acesso para consulta de terceiros	802
3.3.3.14	Emissão de cópias de prontuários:	802
3.3.3.15	Solicitação de familiares e responsáveis legais (paciente vivo)	803
3.3.3.16	Perdas ou Extravios	804
3.3.3.17	Funcionamento do Serviço de Arquivo de Prontuários Prontuário De Pacientes (SSP)	805

Instituto Social de Saúde São Lucas
Rua Presidente Vargas, 865 S • Bairro Vila Nova • Arenápolis • CEP: 78420-000
www.institutosocialsaolucas.com.br

22/04/2025

P. M. A.
Fls. 829
Ass.

3.3.3.17.1	Objetivo	805
3.3.3.17.2	Objetivos específicos:	805
3.3.3.17.3	Prontuários de pacientes de alta, óbito e transferência.	806
3.3.3.17.4	Detalhamento do processo	806
3.3.3.17.5	Referência	807
3.3.4	Outras iniciativas de qualidade	809
3.3.4.1	Qualidade dos registros de atendimento	809
3.3.4.2	Plano da qualidade	811
3.3.4.2.1	Mapeamento do macroprocesso	812
3.3.4.2.2	Ferramentas da qualidade aplicada a saúde	814
3.3.4.2.2.1	Diagrama de causa e efeito (análise da causa raiz-ISHIKAWA)	814
3.3.4.2.2.2	Análise de risco (método HAZOP)	816
3.3.4.2.2.3	Ciclo PDCA	820
3.3.4.2.2.4	5W3H	823
3.3.4.2.2.5	Cronograma	823
3.3.4.2.2.6	Relatório de monitoramento	824
3.3.4.2.2.7	Folha de verificação	824
3.3.4.2.2.8	Gráficos	826
3.3.4.3	Auditorias de qualidade e assistenciais	827
3.3.4.3.1	Auditoria clínica periódica	827
3.3.4.3.2	Cronograma	827
3.3.4.3.3	Instrumento de coleta de dados ISSSL	828
3.3.4.3.4	Auditoria assistencial	848
3.3.4.3.4.1	Formulário de avaliação pelo usuário internado/observação Avaliação pelo usuário internado/observação	848
3.3.4.3.5	Planos de ação	857
	C3- QUALIFICAÇÃO TECNICA	**859**
4.1	Atestados de capacidade técnicas	860
4.2	RT médico	866

XX

P. M. A.
Fls. 824
Ass.

4.3	Currículos lattes	869
4.4	CEBAS	879
4.5	Atestado de visita técnica	881
	C4- PROPOSTA FINANCEIRA	**883**
5	Planilha financeira	884
5.1	Cronograma de desembolso	885

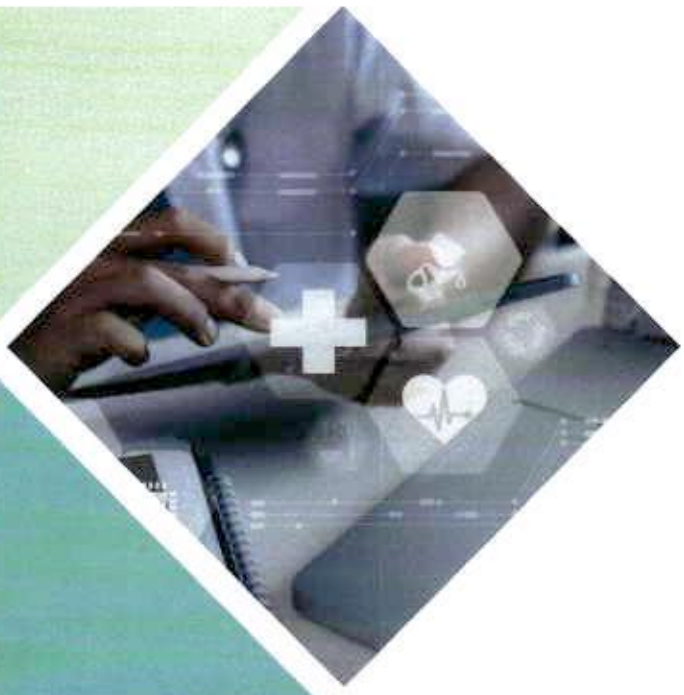
Instituto Social de Saúde São Lucas
Rua Presidente Vargas, 865 S • Bairro Vila Nova • Arenápolis • CEP: 78420-000
www.institutosocialsaolucas.com.br

22/04/2025

P. M. A.
Fls. 225
Ass.

VOLUME 01

São Lucas Instituto









CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2025, na modalidade de CONCURSO do tipo MELHOR TÉCNICA, para SELEÇÃO de instituições sem fins lucrativos, já qualificadas como Organização Social de Saúde no âmbito do **Município de Aripuanã** interessadas na celebração de Contrato de Gestão, cujo objeto consiste no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito do **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã,** conforme especificações constantes neste instrumento e seus anexos, mediante as condições estabelecido no presente instrumento convocatório e seus anexos.

P.M.A.
Fls. 826
Ass.

C1 - Modelo Gerencial Adotado

P. M. A.
Fls. 827
Ass.

1 OBJETO

É objeto SELEÇÃO de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social de Saúde, no âmbito do **Município de Aripuanã**, interessada na celebração de CONTRATO DE GESTÃO voltado ao gerenciamento, operacionalização, administração e execução das ações e serviços de saúde, no âmbito do **Hospital Municipal Santo Antônio** conforme especificações constantes no edital nº 02 e seus anexos , mediante as condições estabelecido no presente instrumento convocatório e seus anexos, que se subordinam às normas gerais em consonância com as disposições deste edital.

1.1 INTRODUÇÃO

O **Instituto Social de Saúde São Lucas (ISSSL),** submete a Comissão Especial de Seleção do **Município de Aripuanã**, o documento que se refere ao "Processo de Seleção de entidade de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social para celebração de Contrato de Gestão, objetivando o gerenciamento, operacionalização e serviços de saúde nos locais descritos abaixo.

Pretende por este, participar da seleção que tem por equipamento:

A) Hospital Municipal Santo Antônio

O **ISSSL** considera-se apto a participar desta seleção, já que tem observado com rigor os critérios previstos no memorial descritivo e após análise de todas as disposições anexa a este documento a respectiva proposta de trabalho, elaborado com vistas ao cumprimento da legislação vigente e as melhores práticas do mercado de Saúde, prezando por redução de custos, qualidade no atendimento e humanização ao usuário e aos colaboradores.

Com satisfação, encaminhamos a respeitosa Comissão Especial de Seleções, para análise os envelopes com o Programa de Trabalho e nos colocamos a inteira disposição para esclarecimentos.

P. M. A.
Fls. 822
Ass.

1.2.1 INSTITUTO SOCIAL DE SAÚDE SÃO LUCAS

Histórico da Organização Social

O Instituto Social de Saúde São Lucas, vem atuando como Organização Social através de parcerias com Governo do Estado e Municípios, promovendo significativa melhora na saúde pública através de seu método de gestão.

Desafios:

- ✓ Capacitação e treinamento da equipe multiprofissional
- ✓ Melhorar o relacionamento do cliente interno com o serviço;
- ✓ Implementar a humanização no atendimento;
- ✓ Inverter o modelo de atenção exclusivamente assistencial;
- ✓ Melhorar o relacionamento médico-paciente.
- ✓ Promover assistência de segurança e qualidade

Histórico e Experiência

- Parceria estratégica dos municípios
- Unidades sob gestão da entidade
- Responsabilidade Corporativa
- Gestão de Prontos Socorros, Hospitais: gestão das unidades de saúde e execução de atividades de saúde inerentes aos serviços específicos de cada uma delas.
- Plantões Médicos: Execução de atividades de plantão por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e outros profissionais envolvidos.
- Acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas.
- Ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças.
- Consultas de enfermagem.
- Realização de procedimentos de enfermagem: Imunizações; Inalações; curativos, drenagem de abscessos e suturas; administração de medicamentos orais e injetáveis; Terapia de reidratação oral, etc.
- Acolhimento em urgências básicas de enfermagem, e Classificação de Risco
- Realização de encaminhamento adequado das urgências, emergências e de casos de maior complexidade.

Para a manutenção de um elevado padrão de qualidade dos serviços prestados pelas Equipes Assistenciais, focando na satisfação e segurança do cidadão com promoção de atendimento integral à saúde de forma humanizada, acolhedora e com qualidade de excelência, facilitando o acesso aos serviços ofertados, sempre integrados à rede Pública de Saúde da Cidade de **Aripuanã** o **Instituto Social de Saúde São Lucas (ISSSL)**

P. M. A.
Fls. 229
Ass.

propõe a manutenção de um modelo de gestão inovador baseado em padrões de qualidade reconhecidos nacionalmente e internacionalmente.

Os gestores do **ISSSL** utilizam o Planejamento Estratégico como ferramenta de gestão para o planejamento das ações desenvolvidas nas Unidades, são utilizadas as metas estratégicas como ferramentas para o controle e alcance dos resultados planejados. O planejamento estratégico das ações é projetado para longo prazo, tendo suas consequências e efeitos estendidos por vários anos sendo horizontal temporal, definido pela alta direção do **ISSSL**. Envolve todos os recursos, setores e áreas e preocupa-se em atingir os objetivos em nível organizacional. É realizado também o planejamento tático que abrange cada unidade de saúde, sendo projetado para médio prazo, o exercício anual. Envolvem toda a equipe das unidades de saúde, com seus recursos e realidade específicas e preocupa-se em atingir os objetivos e metas de cada uma, de acordo com o diagnóstico local. Já o planejamento operacional abrange cada tarefa ou atividade isoladamente e preocupa-se com o alcance de metas específicas, como por exemplo, a redução da mortalidade infantil.

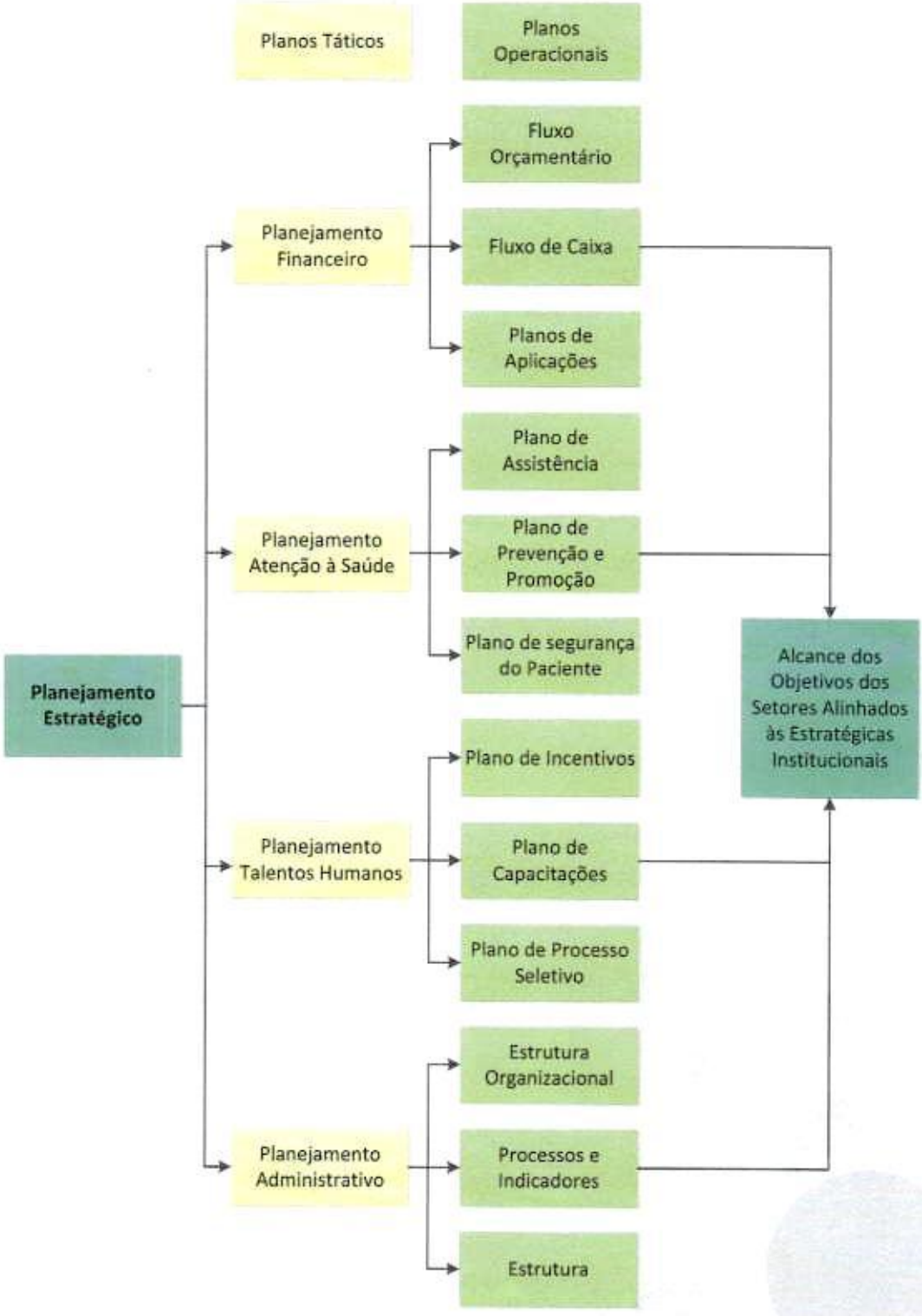
As decisões estratégicas do **ISSSL** são tomadas em conselho envolvendo Coordenadores/profissionais de várias áreas para que as tomadas de decisões sejam as mais assertivas possíveis.

O **ISSSL** gerencia Unidades nas seguintes localidades:

- Hospital Municipal Euclides Hortz - Município de Campo Novo de Parecis - MT
- CAPS- Centro de Atenção Psicossocial - Município de Campo Novo do Parecis - MT
- Hospital Municipal Coração de Jesus - Município de Campo Verde - MT
- Hospital Municipal de Juína dr. Hideo Sakuno- Município de Juína - MT
- PA - Município de Juscimeira - MT
- Hospital Municipal Nossa Senhora do Rosário - Município de Guarantã do Norte - MT
- Hospital Médio Norte - Arenápolis - MT
- UPA 24 horas -Charles Frederico Fumieri - Município Peixoto de Azevedo - MT
- Pronto Atendimento de União do Norte - Município Peixoto de Azevedo - MT
- Unidade de Pronto Atendimento Municipal e Unidade Hospitalar - Município de São José do Rio Claro - MT.
- Pontes e Lacerda -MT
- Pronto Atendimento Médico- Município São Lourenço da Serra - SP
- UPA Macarenko - Sumaré - SP
- UPA Matão - Sumaré – SP
- UPA área Cura
- Pronto Atendimento Maria Antônia - Sumaré - SP
- Samu - Sumaré - SP

P. M. A
Fls. 330
Ass.

1.2.2 PROCESSOS DE PLANEJAMENTO POR NÍVEL HIERÁRQUICO E POR TIPO

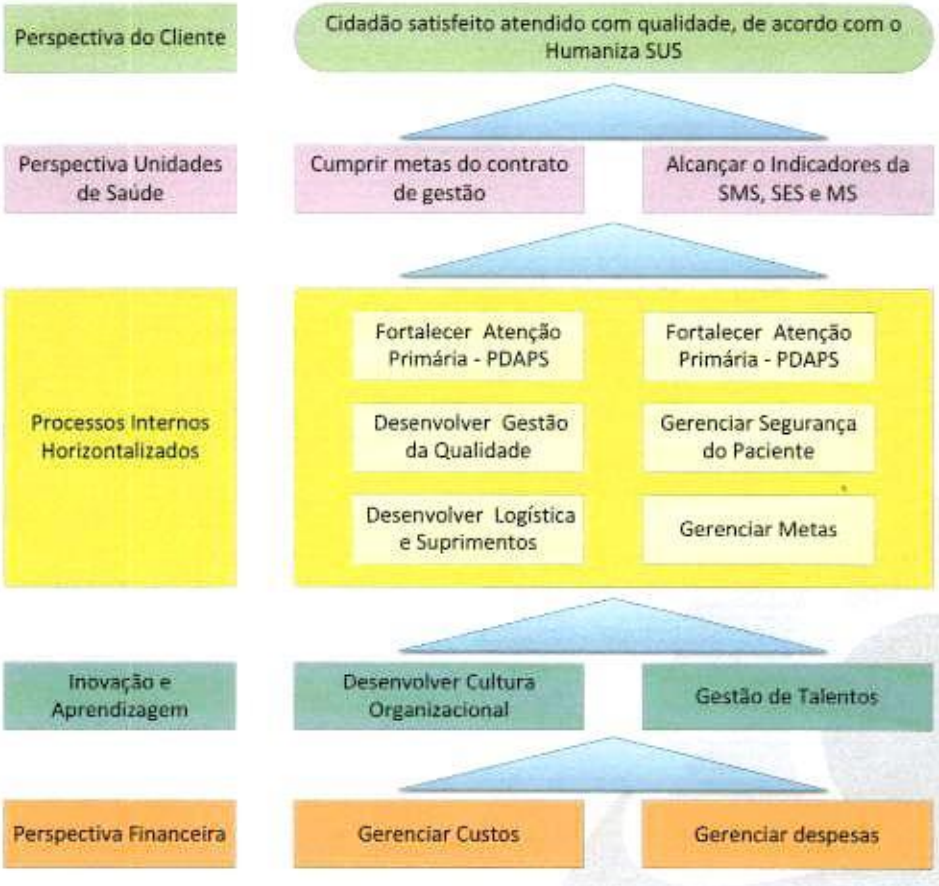


P. M. A.
Fls. 891
Ass.

O modelo de gestão proposto utiliza o Balanced Scorecard - BSC, como ferramenta de monitoramento estratégico. O BSC é uma ferramenta administrativa que envolve várias perspectivas diferentes e que devem ser interligadas e balanceadas para promover sinergia. Parte-se do princípio que os indicadores financeiros, por si mesmo, não refletem perfeitamente a eficácia da organização, por isso é uma metodologia baseada no equilíbrio organizacional e se fundamenta no balanceamento entre quatro diferentes perspectivas de objetivos, a saber: financeira, do cliente (no caso dos serviços de saúde pública, o cidadão), dos processos internos e da inovação e aprendizagem, que podem ser vistos no abaixo:

Dentre os principais diferenciais desse modelo podemos destacar:

- **Gestão Horizontalizada Por Processos** – Os processos das diversas Unidades são mapeados com o objetivo de identificar as tarefas dos processos, confecção e padronização dos procedimentos operacionais, definição de fluxos, formalização da interação entre os processos internos e externos, gerenciamento de não conformidades, e a identificação de indicadores de processos alinhados ao planejamento estratégico da instituição. Podemos destacar também, que a **ISSSL** incentiva a gestão participativa de todos os colaboradores na melhoria dos processos, periodicamente são realizadas reuniões em que todos os colaboradores possuem um espaço para contribuir para a melhoria da gestão.



P. M. A.
Fls. 621
Ass.

- **Gestão Clínica Centrada no Paciente** – A gestão da clínica constitui-se das tecnologias sanitárias, que partem das tecnologias mães, as diretrizes clínicas. Há dois tipos principais de diretrizes clínicas as linhas-guias (*guidelines*) e os protocolos clínicos. Nas unidades de saúde, são usados protocolos clínicos e linhas-guias indicadas pela Secretaria Municipal de Saúde, bem como após a identificação do perfil epidemiológico da população atendida por cada Unidade são desenvolvidos protocolos clínicos multiprofissionais específicos para tratamento e prevenção das comorbidades identificadas. É realizada a capacitação dos profissionais envolvidos, a mensuração da efetividade dos protocolos na assistência e definidas ações contínuas de melhoria do atendimento.

- **Gestão da Qualidade –** A proposta de gestão para o **PA** está baseada na implantação de cultura organizacional voltada para a qualidade em todos os níveis de atuação, garantindo a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes no Município.

Partindo da adequada estruturação física e dos recursos humanos à proposta técnica estabelecida, os processos de trabalho serão mapeados em todos os níveis (técnico, administrativo, assistencial), estabelecendo-se os procedimentos operacionais de cada atividade de modo a instrumentalizar a gestão local permitindo um contínuo treinamento, acompanhamento e avaliação das ações e aprimoramento contínuo da atenção, de forma a melhorar a qualidade da assistência, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País.

No programa de qualidade, o **ISSSL** vem trabalhando com um conjunto de ferramentas interligadas e integradas na organização que trabalham coordenadas para estabelecer e alcançar o cumprimento da política e dos objetivos da estratégia, dando consistência aos serviços visando à satisfação das necessidades e expectativas dos clientes. Logo, o **ISSSL** juntamente com as Secretarias Municipais de Saúde, vem implantando melhorias no atendimento e qualidade dos serviços prestados com o monitoramento das metas pactuadas a partir do desenvolvimento de projetos de gestão da qualidade nas Unidades a partir de oficinas, as quais capacitaram todos os colaboradores e ao mesmo tempo disseminaram a ideia da mudança de comportamento com o desejo de elevar o padrão de atendimento aos pacientes. Como resultado, pesquisas mostram que as vantagens de se ter em Unidades de saúde, um projeto direcionado as questões da qualidade, justificam todo o trabalho e dedicação da alta liderança e colaboradores. Dentre os mais em destaque, está um maior gerenciamento dos riscos ao paciente, a modelagem dos processos praticados, colaboradores mais capacitados e o levantamento de indicadores com monitoramento que viabilizem o desdobramento de ações futuras.

P. M. A
Fls. 833
Ass.

Este projeto promove ações de monitoramento e avaliação da assistência, onde a mensuração do resultado das avaliações está atrelada as ações desempenhadas pelas equipes multiprofissionais. Quanto aos padrões de qualidades, serão considerados aspectos da infraestrutura, equipamentos, organização do processo de trabalho, ambiente de trabalho para os profissionais e para o acolhimento, controle social e satisfação dos usuários e atenção integral à saúde.

- **Gestão da Segurança** – São identificados todos os perigos nos processos assistenciais, os riscos clínicos, riscos não clínicos e riscos legais da instituição, em seguida são realizadas intervenções no sentido de mitigar ou eliminar esses riscos. Esse procedimento tem como foco a segurança do paciente, do colaborar e a sustentabilidade da instituição. Para isso, o **ISSSL** desenvolve junto às equipes a promoção de uma Cultura de Segurança, incentivando os colaboradores a identificarem não conformidades e eventos adversos e o tratamento dos mesmos focando no sistema organizacional e não apenas no indivíduo. Além de todos esses procedimentos, o **ISSSL** possui nas unidades que gerencia as seguintes comissões: revisão de óbitos, revisão de prontuários, ética médica, ética de enfermagem, controle de infecção hospitalar, gerenciamento de riscos e gerenciamento de resíduos. Essas comissões têm como função assessorarem a alta direção em relação à segurança do paciente e em outros aspectos da gestão.

- **Gestão de Talentos Humanos** – o **ISSSL** entende a gestão de pessoas como um fator diferencial para uma gestão eficiente e eficaz. Dessa forma, realizamos as seguintes ações e procedimentos: manutenção da descrição de cargos (técnicas e comportamentais) de todos os colaboradores atualizadas, quantidade de profissionais dimensionados a demanda das Unidades, recrutamento e seleção de acordo com as necessidades da instituição e das legislações vigentes, integração de novos colaboradores, avaliação do colaborador (período de experiência e periódica), acompanhamento da situação dos profissionais juntos aos seus respectivos conselhos, ações para identificação, desenvolvimento e retenção de talentos, desenvolvimento das lideranças, desenvolvimento dos colaboradores alinhado a estratégia da instituição, avaliação da eficácia dos treinamentos realizados, entrevista de desligamento visando a melhoria dos processos, análises periódicas dos índices de absenteísmo e rotatividade. Além disso, o **ISSSL** desenvolve todas as ações estabelecidas na legislação em relação à saúde e segurança do trabalhador, bem como, possui programas de qualidade de vida para os profissionais.

P. M. A.
Fls. 234
Ass.

- **Gestão de Logística e Suprimentos** - É realizado o desenho e conhecimento dos processos com uma gestão correta da cadeia de suprimentos impactando diretamente em custo, qualidade, prazo e risco. O detalhadamente de cada processo será descrito a seguir: com relação aos pedidos de material e compra de produtos os setores são responsáveis pelo recebimento dos pedidos dos materiais. Nesse sentido, aconteceu uma padronização de custos, materiais e medicamentos, ou seja, os pedidos de materiais baseados em critérios empíricos e seu controle real de consumo foram abolidos, uma vez que causavam excesso de disponibilidade de materiais e migração de produtos entre as áreas, causando a perda da rastreabilidade destes dentro das unidades. No tocante à compra de produtos, é feito um levantamento minucioso dos custos com o intuito de gerenciá-los e concomitantemente submeter à garantia dos dados quantitativos e qualitativos à central de compras e com total controle e rastreabilidade, desde o seu recebimento até o uso pelo paciente. Para a contratação dos serviços é adotado um eficiente planejamento das atividades permitindo a contratação diretamente atrelada as suas reais necessidades, incluindo controle específico para cada modalidade de contratação, garantindo uma economia significativa, bem como um ganho em qualidade. A estruturação do estoque, com um sistema de recebimento, armazenagem, manuseamento, movimentação e distribuição de materiais e medicamentos e, por conseguinte a padronização do consumo, reduziu e otimizou os estoques, permitindo estabelecer níveis de estoque com um controle rígido para atender com regularidade o abastecimento contínuo das unidades por meio de utilização de instrumentos para registro das informações que facilitaram o seu acompanhamento. A otimização do cronograma de obras e serviços trouxe a equipe responsável pela execução de obras e serviços sofreu uma sensível transformação, que incluiu a readequação dos profissionais para que pudessem prestar os serviços de acordo com as rotinas e os parâmetros estabelecidos. A obrigatoriedade de comunicação imediata ao responsável supervisor de qualquer problema na execução do serviço e a construção de um cronograma mais pragmático e eficiente possível, buscou assim atender as ordens de chamado com mais celeridade sem interferir no bom andamento da rotina de funcionamento das unidades.

P.M.A. Fls. 235 Ass.

1.3 CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO

1.3.1 ARIPUANÃ -MT

Características do Município

Aripuanã é um município brasileiro do estado de Mato Grosso, que até 1998 foi um dos maiores em área da região Centro-Oeste, com mais de 65 mil km².

Dele se desmembraram os municípios de Rondolândia e Colniza.[5]

Localiza-se dentro da Amazônia, na latitude Sul 10º10'00" sul, longitude Oeste 59º27'34", a uma altitude de 105 metros acima do nível do mar. Em 2004, sua população era de 17.759 habitantes.



História

Aripuanã nasceu das expedições realizadas pelo Projeto Rondon na década de 1940. Aripuanã foi emancipada do município de Santo Antônio do Rio Madeira (extinto em 1945) em 31 de dezembro de 1943, sendo incorporado ao município de Porto Velho.

Boa parte de seu território foi devastada pela exploração madeireira e pelo corte raso para constituição de pastagens para a pecuária.

Geografia

Clima

O clima é tropical quente-úmido, com período de seca coincidente com o inverno. Período chuvoso, compreendendo de outubro a maio, onde a precipitação anual varia em torno de 1.500 a 2.600 mm. A umidade do ar é bastante elevada e têm limites de 88%. A temperatura mínima é de 24 °C e máxima de 35 °C.

P. M. A.
Fls. 536
Ass.

Hidrografia

Grande Amazônica. Para essa Bacia hidrográfica contribui o Rio Madeira. Para o Rio Madeira afluem pela margem direita os rios Aripuanã, Guarita e Roosevelt.

Economia

A cidade possuiu nos seus últimos anos uma explosão econômica na área da construção civil, devido aos grandes investimentos empresariais na área mineral. Dentre essas empresas encontradas na cidade, a Nexa Resources, minerado que faz parte do grupo Votorantim se destaca pelos recentes investimentos no município (até então a empresa é responsável pela Operação Greenfield para minerar chumbo, zinco e outros metais)

A implantação da Usina Hidrelétrica Dardanelos da empresa Eletronorte e a chegada de mineradoras também colaboram para o orçamento municipal.

Turismo

A economia da cidade é dependente das Culturas Perenes (cacau, pimenta-do-reino e guaraná), do turismo, do extrativismo vegetal, da agricultura e pecuária.

Na área de atrações naturais, Aripuanã possui uma ampla diversificação no ecoturismo e turismo de aventura, dentre essas atrações naturais, deve se mencionar as belas cachoeiras de Andorinhas (possui o mesmo nome da ave Andorinha, pela grande presença dessa espécie na região e possui 85 metros de queda d'água) e Dardanellos (possui 135 metros de queda d'água), resultando em duas importantes cachoeiras nacionais pelo seu extenso tamanho.

Ademais, a região possui várias trilhas em seu repertório turístico, como a trilha Saltos das Andorinhas, Salto Dardanelos, Cachoeira dos Namorados, Balneário Oásis e Balneário Primavera.

Outra atração seria o Santuário Pouso Milagroso, considerado o melhor local para a observação de aves como Araras, Tucanos entre outros

Já no âmbito privado, a cidade possui dois balneários, como o Balneário Oásis, que possui quedas d'água e outros serviços. Como também o Balneário Primavera, que possui corredeiras e outros serviços a serem oferecidos.

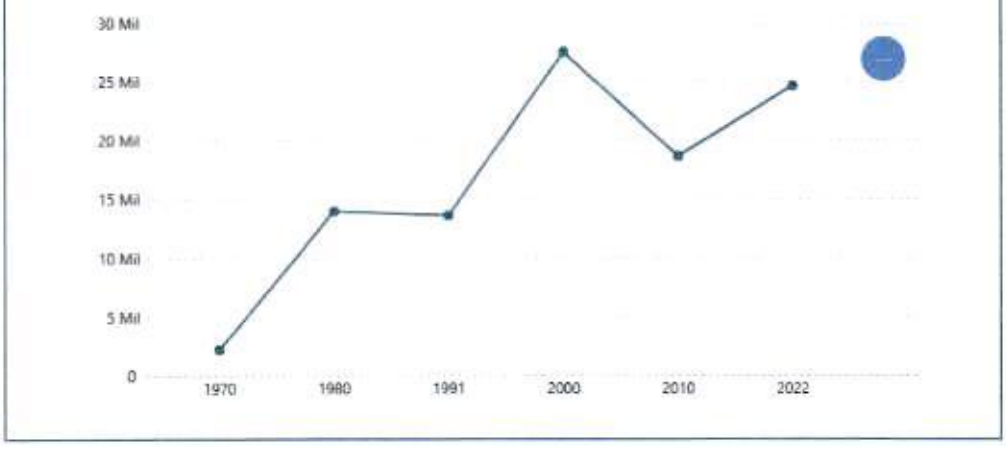
Aripuanã dista 900 km da capital Cuiabá, para onde oferece voos diários desde agosto de 2007.

P. M. A.
Fls. 937
Ass.

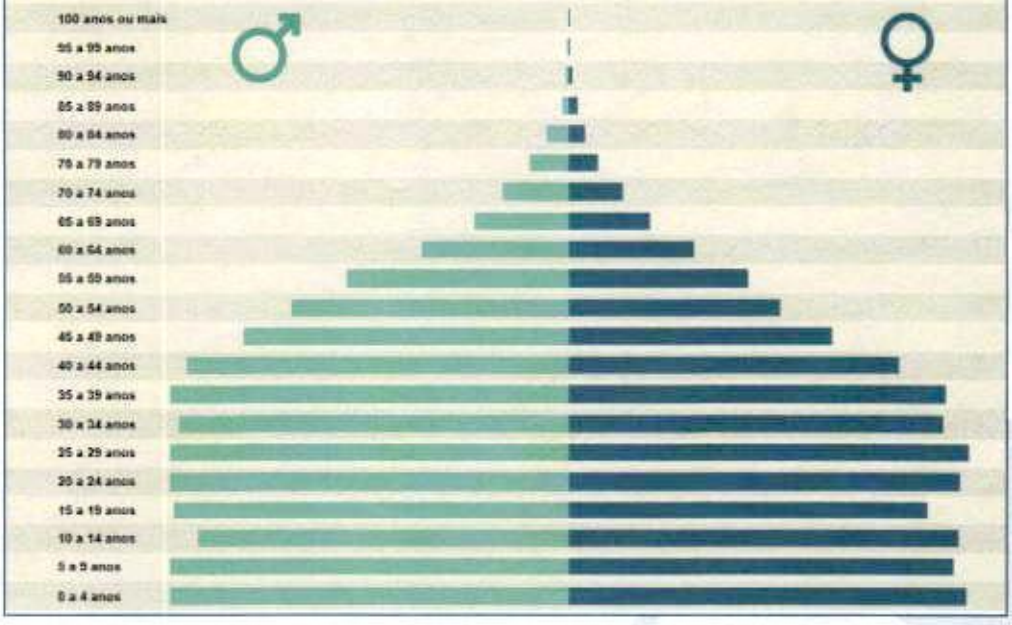
População

Gentílico:	Aniversário:	Prefeito:
Aripuanense	31 de dezembro	Seluir Peixer Reghin

IBGE - Censo 2022
POPULAÇÃO (2022) **24.626 pessoas**

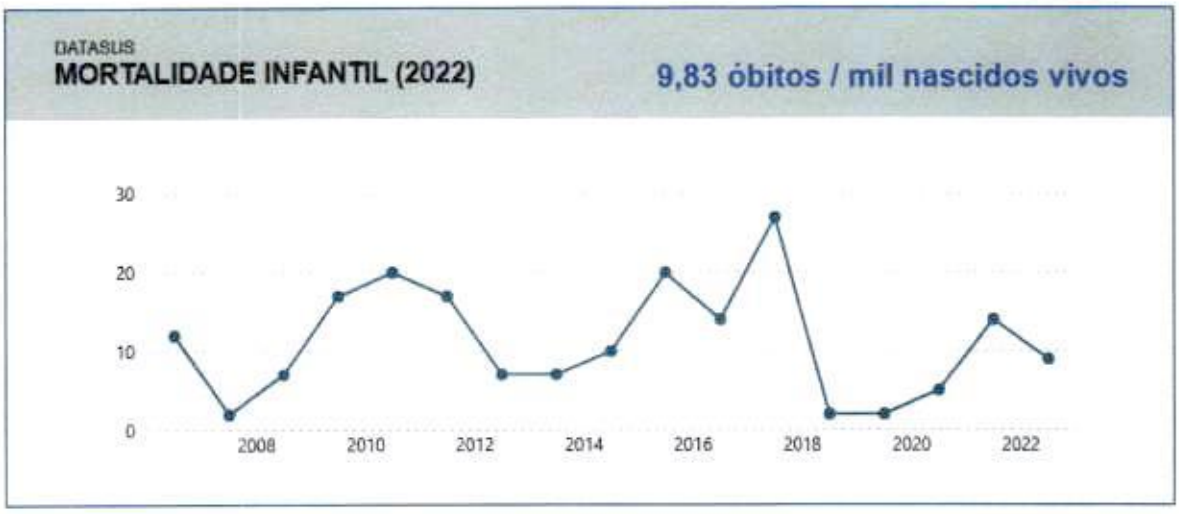


IBGE - Censo 2022
PIRÂMIDE ETÁRIA (2022) **Idade mediana: 28**



P. M. A.
Fls: 832
Ass.

Mortalidade Infantil



IDHI = 0,68



P. M. A.
Fls. 239
Ass.

1.4 CONHECIMENTO DO OBJETO DE CONTRATO

O **Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã** caracteriza-se como Hospital Geral com estrutura e perfil de Média e Alta Complexidade, realiza atendimento médico através de demanda espontânea e referenciada pelas unidades de saúde do município de Aripuanã.

O hospital oferta serviços de assistência à saúde para os casos clínicos e cirúrgicos, tanto em adultos quanto em crianças, que requeiram atenção profissional especializada, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico. Disponibiliza assistência multidisciplinar ininterrupta a todos os pacientes, com equipamentos específicos, recursos humanos especializados e acesso a tecnologias destinadas ao melhor diagnóstico e tratamento.

1.4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS

1.4.1.1 PRONTO ATENDIMENTO E ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS/ EMERGÊNCIAS

O **ISSSL** considera atendimentos de urgência e emergência como aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência e Emergência da referida Unidade de Saúde, atendendo as demandas espontâneas e referenciadas/regulada pela **Central de Regulação Municipal de Aripuanã.**

A demanda referenciada tem origem nos atendimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde, no Programa de Saúde da Família – PSF, nos ambulatórios de especialidades, sujeita ao controle do Órgão Municipal Responsável pela Regulação e Controle ao Acesso de Serviços de Saúde.

A demanda espontânea no atendimento ao Pronto Atendimento e as urgências e emergências, compreendem àqueles enquadrados como Pronto Atendimento Médico.

O **ISSSL** manterá e melhorará o Acolhimento e Triagem por Classificação de Risco, priorizando o atendimento por gravidade do caso, conforme protocolo pré-estabelecido, e não por ordem de chegada, em consonância com as orientações do Programa Nacional de Humanização – PNH e diretrizes do SUS.

O paciente que permanecer por mais de 24 horas em observação na Unidade de Saúde, será transferido, através da Central de Regulação. Se em consequência do atendimento por Urgência e/ou Emergência na Unidade de Saúde o usuário é colocado em regime de observação (leitos de observação) por um período igual ou inferior a 24 horas, se não ocorrer a internação ao final desse período, somente será registrado O atendimento da Urgência e/ou Emergência propriamente dito, não gerando nenhum registro de hospitalização.

P. M. A
Fls. 290
Ass.

1.4.1.2 PARÂMETROS RELACIONADOS À GESTÃO

Os serviços de Pronto Atendimento irão dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e dos serviços a serem prestados.

O **ISSSL** irá obedecer às Normas do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos respectivos Conselhos Profissionais.

O serviço gerenciado pelo **ISSSL** terá um Responsável Técnico Médico (médico – Diretor Clínico), com registro ativo no Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso, e um Responsável Técnico de Enfermagem (enfermeiro), com registro ativo no Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Mato Grosso, sendo que ambos não podem acumular tal encargo em outra unidade cadastrada no Sistema Único de Saúde.

A equipe médica será disponibilizada pelo **ISSSL** em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (Resolução CFM n° 1.534/2.002), ensejando que a Unidade realize as atividades assistenciais quantificadas no Contrato de Gestão.

O **ISSSL** implantará rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Clínico. As rotinas irão abordar todos os processos envolvidos na assistência, e comtemplarão desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

O **ISSSL** irá adotar o Prontuário do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, fisioterapia e demais profissionais de saúde que o assistam). Os prontuários poderão ser encontrados de forma ordenada no Serviço de Arquivo de Prontuários.

O serviço irá desenvolver uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, para o pessoal contratado, assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2.005 do MTE.

P.M.A. Fls. 341 Ass.

Quaisquer alterações na estrutura física, funcional e/ou de serviços ofertados, que demandem alterações no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES serão comunicadas e autorizadas pela **Secretaria de Saúde de Aripuanã,** para as devidas autorizações e atualizações no sistema.

1.4.2 ESTRUTURA E VOLUME DAS ATIVIDADES CONTRATADAS

1.4.2.1 PRONTO ATENDIMENTO - AMBULATORIAL (ELETIVO E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)

ATENDIMENTO MEDICO DE URGENCIA E EMERGENCIA			
FORMA DE ORGANIZAÇÃO	DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS	QTD MÊS	QTD ANO
03.01.01	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	1.400	16.800
03.01.01	CONSULTAS DE OUTROS PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR	600	7.200
03.01.06	CONSULTNATENDIMENTOS AS URGENCIAS (EM GERAL)	3.200	38.400
03.01.10	ATENDIMENTOS DE ENFERMAGEM (EM GERAL)	5.000	60.000
03.03.09	TRATAMENTO DE DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	30	360
04.01.01	PEQUENAS CIRURGIAS	85	1.020
04.17.01	SEDAÇÃO	65	780
TOTAL		10.380	124.560

P. M. A.
Fls. 649
Ass.

RADIOGRAFIA			
02.04.01	EXAMES RADIOLOGICOS DE CABEÇA E PESCOÇO	750	9000
02.04.02	EXAMES RADIOLOGICOS DE COLUNA VERTEBRAL		
02.04.03	EXAMES RADIOLOGICOS DE TORAX E MEDIASTINO		
02.04.04	EXAMES RADIOLOGICOS DE CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS SUPERIORES		
02.04.05	EXAMES RADIOLOGICOS DE ARDOMEN E PELVE		
02.04.06	EXAMES RADIOLOGICOS DE CINTURA PELVICA E DOS MEMBROS INFERIORES		
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			
02.06.01	TOMOGRAFIA DE CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL	40	480
02.06.02	TOMOGRAFIA DE TORAX E MEMBROS SUPERIORES		
02.06.03	TOMOGRAFIA DE ABDOMEN, PELVE E MEMBROS INFERIORES		
EXAMES DE M.ETODOS DIAGNÓSTICOS E TESTES RAPIDOS			
02.11.02	ELETROCARDIOGRAMA	480	5760
02.14.01	GLICEMIA CAPILAR		
02.14.01	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HJV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO		
02.14.01	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE INFECCAO PELO HIV		
02.14.01	TESTE RAPIDO PARA SIFILIS		
02.14.01	TESTE RAPIDO PARA SIFILIS NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO		
02.14.01	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HEPATITE C		
02.14.01	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE INFECCAO PELO HBV		
02.14.01	TESTE RAPIDO PARA DENGUE IGG/IGM		
02.14.01	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE SARS-COVID-2		
ULTRASSONOGRAFIA			
02.05.01	ULTRA-SONOGRAFIAS DO SISTEMA CIRCULATORIO (QUALQUER REGIÃO ANATOMICA)	140	1680
02.05.02	ULTRA-SONOGRAFIAS DOS DEMAIS SISTEMA		
LABORATÓRIO CLINICO			
02.02.01	EXAMES BIOQUIMICOS		
02.02.02	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA		
02.02.03	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS		
02.02.05	EXAMES DE UROANALISE		
02.02.12	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS		
02.03.01	EXAMES CITOPATOLOGICO		
TOTAL GERAL ATENDIMENTO AMBULATORIAIS E PRONTOAT.:NDIMENTO		12.205	148.480

P. M. A.
Fls. 843
Ass.

1.4.2.2 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Internações Clínicas

FORMA ORGANIZAÇÃO	QTDMES	QTDANO
030301TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITARIAS	145	1.740
030302 TRATAMENTO DE DOENÇAS DO SANGUE, ORGÃOS HEMATOPOIÉTICOS E ALGUNS TRANSTORNOS IMUNITÁRIOS		
030303 TRATAMENTO DE DOENÇAS ENDOCRINAS, METABOLICAS E NUTRICIONAIS		
030304 TRATAMENTO DE DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO		
030306 TRATAMENTO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES		
030307 TRATAMENTO DE DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO		
030308 TRATAMENTO DE DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO		
030309 TRATAMENTO DE DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO		
0303 II TRATAMENTO DE MALFORMAÇÕES CONGENITAS, DEFORMIDADES E ANOMALIAS CROMOSSÓMICAS		
030314 TRATAMENTO DE DOENÇAS DO OUVIDO/APOFISE MASTOIDE E VIAS AÉREAS		
030315 TRATAMENTO DAS DOENÇAS DO APARELHO GENITURINARIO		
030316 TRATAMENTO DE ALGUMAS AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERIODO NEONATAL		
030317 TRA ITAMENTO DOS TRA STORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS		
030410 GERAIS EM ONCOLOGIA		
030502 TRATAMENTO EM NEFROLOGIA EM GERAL		
030801 TRAUMATISMOS		
030802 INTOXICAÇÕES E ENVENENAMENTOS		
030804 COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES A PROCEDIMENTOS EM SAUDE		

Obstétricas

030310 TRATAMENTO DURANTE A GESTAÇÃO, PARTO E PUERPERIO	33	396
031001PARTO E NASCIMENTO		
041102 OUTRAS CIRURGIAS RELACIONADAS COM O ESTADO GESTACIONAL		
0..II 101PARTO		

P.M.A. Fls. 849 Ass.

Internações Cirúrgicas

040401CIRURGIA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES E DO PESCOÇO	45	540
040702 INTESTINOS RETO E ANUS		
040703 PANCREAS, BAÇO, FIGADO E VIAS 131LIARES		
040704 PAREDE E CAVIDADE ABDOMINAL		
040801CINTURA ESCAPULAR		
040802 MEMBROS SUPERIORES		
040805 MEMBROS INFERIORES		
040806 GERAIS		
040901 RIM, URETER E BEXIGA		
040906 UTERO E ANEXOS		
040907 VAGINA, VULVA E PERINEO		
041001 MAMA		
041301 TRATAMENTO DE QUEIMADOS		
TOTAL CIRURGIAS		
TOTAL GERAL	223	2.676

1.4.2.3. ATRIBUIÇÕES DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Desta forma, **compete a** Acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento no Pronto Socorro, fazendo acolhimento humanizado com classificação de risco; estabelecer e adotar protocolos de atendimento clínico, de triagem e de procedimentos administrativos;

1) Articular-se com as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família da rede básica de saúde de **Aripuanã** unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência
2) Possuir equipe multidisciplinar e interdisciplinar compatível com seu porte; serão considerados atendimentos de urgências e emergências aqueles não programados que sejam dispensados a pessoas que procurem tal atendimento, sejam de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada, durante as **24 horas** do dia, todos os dias do ano;
3) Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento à internação em serviços hospitalares de referência do município;

P. M. A.
Fls. 845
Ass.

Para efeito de produção o **ISSSL**, deverá ser informar todos os atendimentos realizados no setor de urgência e emergência, independente do caso ter gerado ou não internações, comprovados pelos dados inseridos nos respectivos sistemas de informação pertinentes;

Nas situações em que o paciente é colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que **24 horas**, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita.

4) Manter pacientes em observação, preferivelmente por período de até 24 horas; para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica, e/ou remoção para serviço hospitalar;

5) Solicitar vaga de transferência a outros serviços, de acordo com a complexidade e necessidade de cada paciente, mantendo os serviços de regulação de vagas atualizados, sejam eles municipais e/ou estaduais, obedecendo a diretrizes e fluxos definidos pela **Central de regulação.**

6) Realizar consultas médicas e de enfermagem em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade / complexidade, fazendo o contra referenciamento à Unidade de Saúde responsável pelo acompanhamento do caso;

7) Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade / complexidade;

8) Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

1.4.2.4 NO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO ESTÃO INCLUÍDOS:

I- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação, desde que vinculados aos serviços contratados;

II- Tratamentos concomitantes daquele classificado como diagnóstico principal que motivou a internação do usuário que podem ser necessárias adicionalmente devido às condições especiais do usuário e/ou outras causas desde que vinculados aos serviços contratados;

III- Assistência Farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;

IV- Procedimentos e cuidados multiprofissionais, necessários durante o processo de internação;

V- Alimentação, incluída assistência nutricional

VI- Assistência especializada médica, enfermagem e outros profissionais;

VII- Materiais descartáveis necessários para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;

VIII- Diárias de hospitalização, quando necessário em isolamento;

P. M. A.
Fls. 846
Ass.

IX- Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Lei Nº. 10.741 de 01/10/2003).

X- Exames SADT necessários para a elucidação do diagnóstico;

XI- Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluindo médico diarista para cobertura horizontal (Médico hospitalista)

XII- Garantir a parturiente o direito á presença de acompanhante, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

XIII- Sangue e hemoderivados

XIV- Fornecimento de roupas hospitalares

1.4.2.5 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO DE PACIENTES NA OBSERVAÇÃO DO PRONTO ATENDIMENTO

O tempo máximo para cada paciente ficar em observação **no Pronto Atendimento** é de até **24 horas**. Serão encaminhados à Observação da **PA** todos os pacientes:

- Que apresentem instabilidade de sinais vitais: fora dos padrões de normalidade para a idade do paciente, sem antecedentes clínicos que justifiquem (ver tabela de sinais vitais nos critérios de admissão).
- Que necessitem de monitoração cardíaca: presença ou risco de apresentar arritmias cardíacas (devido a condições clínicas, tratamentos ou procedimentos), risco de PCR.
- Que necessitem de instalação de via endovenosa para hidratação e/ou medicação.
- Que necessitem de monitorização constante de glicemia.
- Que necessitem de observação do nível de consciência.
- Que necessitem de observação para monitorização dos níveis de oxigenação, bem como da utilização de equipamentos para suporte à ventilação.
- Que necessitem de observação para investigação diagnóstica.
- Que necessitem de observação pós-sedação.
- Que necessitem de observação para acompanhamento da dor.
- Que necessitem de observação por apresentarem agitação psicomotora.
- Que necessitem de observação devido à intoxicação exógena.
- Que necessitem de observação para monitorização de reações adversas.
- Que necessitem de observação para monitorização e acompanhamento da pressão arterial.
- Que apresentem impossibilidade de locomoção e necessitem aguardar a evolução do quadro, bem como resultado de exames.
- Que necessitem aguardar exames no PS

P. M. A.
Fls. 347
Ass.

Os pacientes que não forem transferidos para os hospitais referenciados na RUE (Rede de Urgência e Emergência) deverão permanecer no Pronto Atendimento recebendo todos os cuidados pertinentes até que receba alta, ou seja, transferidos.

1.4.2.6 CRITÉRIOS DE ALTA

1.4.2.6.1 CRITÉRIOS DE ALTA DE PACIENTES NO PA QUE NÃO NECESSITARAM DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA.

O paciente somente poderá deixar a Unidade com alta se estiver em condições de dar continuidade ao seu tratamento, sem a necessidade de suporte da equipe assistencial, e se apresentar as seguintes condições clínicas:

- Parâmetros vitais, saturação de O2 e glicemia dentro dos padrões de normalidade para a faixa etária, considerando os antecedentes clínicos do paciente (tabela de sinais vitais nos critérios de admissão).
- Nível de consciência compatível com as condições clínicas habituais do paciente.
- Ausência de dor.
- Estável com relação a eliminações (presentes, em volume e aspecto compatíveis com a idade e condições clínicas habituais do paciente), hidratação (hidratado), níveis de oxigenação

Os critérios mencionados constituem um guia básico.
O julgamento clínico (o motivo da alta) que nortear a alta da Unidade fora dos padrões estabelecidos acima deverá ser justificado no prontuário.

1.4.2.6.2 CRITÉRIOS DE ALTA DE PACIENTES QUE PERMANECERAM EM OBSERVAÇÃO CLÍNICA NO PA

Os pacientes da Observação do **PA** poderão receber alta para os seguintes destinos:

- Alta para a residência: após reavaliações dos exames, do quadro clínico, e conclusão ou hipótese diagnóstica, desde que esteja conforme os critérios de alta estabelecidos pela Unidade.
- Internação: os pacientes que após a observação não tenham apresentado melhora no quadro clínico e por esse motivo procuraram ao **PA** prosseguirão o tratamento em uma das unidades referenciados pela Central de Regulação. Também serão internados aqueles pacientes, que após realização de exames, tenham indicação de internação ou qualquer outro procedimento que necessite de internação.

P.M.A. Fls. 848 Ass.

1.4.2.6.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA INTERNAÇÃO:

- Moléstias infecciosas com sinais vitais e padrão respiratório fora dos parâmetros normais.
- Sinais e sintomas persistentes após 24 horas de observação, com piora do quadro.
- Diagnósticos confirmados que justifiquem internação hospitalar. (CID. 10).
- Quadros cirúrgicos agudos.
- Diagnósticos confirmados sujeitos a instabilidade.

1.4.2.6.4 CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIAS

O prontuário médico do **PA** acompanha o paciente durante toda a internação e faz parte do prontuário único do paciente.

I- Fornecer transporte em casos de exames ou transferências de pacientes não críticos para outras instituições.

II- Acionar o Complexo Regulador de Urgência para o encaminhamento dos pacientes com indicação de atendimento hospitalar, que se encontrem na Unidade em até 24h na sala de emergência e observação e de imediato na sala de estabilização, seguindo os protocolos de regulação do acesso.

1.4.3 CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS PARA A UNIDADE DE SAÚDE

1.4.3.1 SALA DE OBSERVAÇÃO ADULTO E INFANTIL

Introdução

A Observação de Pacientes trata-se de um setor onde o paciente deve permanecer na unidade, **Pronto Atendimento,** sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a **24 horas**.

O limite de **24 horas** é o período máximo para a observação clínica. Um paciente deve permanecer em observação apenas pelo tempo necessário, por exemplo, para que seja observado o efeito de um tratamento, ou seja, tomada uma decisão sob a internação ou não do mesmo.

Os leitos de observação em geral oferecem menos condições de conforto e privacidade para os pacientes e por razões humanitárias deve-se manter o período de observação restrito ao necessário para a segurança do paciente e para a tomada da decisão clínica.

Não devem ser considerados leitos hospitalares de internação os leitos de observação.