



agir

associação
de gestão,
inovação e
resultados
em saúde



f

EM BRANCO

EM BRANCO

EM BRANCO

B

ENVELOPE 01 : PROPOSTA DE TRABALHO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/GO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2024

AGIR - ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM
SAÚDE

Av. Olinda com Av. PL3, Qd. H4 Lt 1,2,3 Ed. Lozandes Corporate
Design, Torre Business, 20º Andar, Parque Lozandes. Goiânia - Goiás
- CEP: 74884-120.



agir

EM BRANCO

EM BRANCO

EM BRANCO



Handwritten signature or mark.

ÍNDICE

VOLUME I

APRESENTAÇÃO DA AGIR..... 11

MODELO GERENCIAL 75

CRITÉRIO 1: ÁREA DE ATIVIDADE 81

1.1 Organização dos serviços e execução das atividades assistenciais	82
1.1.1. Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde.....	82
1.1.1.1 Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas	82
1.1.1.2 Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	88
1.1.1.3 Fluxos unidirecional para materiais esterilizados/roupas	96
1.1.1.4 Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde.....	102
1.1.2 Implantação da Gestão	113
1.1.2.1 Implantação de logística de suprimentos	113
1.1.2.2 Proposta para regimento interno da unidade	137
1.1.2.3 Proposta para regimento do serviço de enfermagem	163
1.1.2.4 Proposta de projeto de tecnologia da informação com vista ao controle gerencial da unidade e melhoria do atendimento ao usuário.....	171
1.1.2.5 Proposta para regimento do Corpo Clínico.....	214
1.1.3 Implantação de Processos	221
1.1.3.1 Proposta de manual de protocolos assistenciais	221
1.1.3.2 Proposta de manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos	232
1.1.3.3 Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	236
1.1.3.4 Proposta de manual de rotinas para administração financeira	250
1.2 Incremento de Atividades	263
1.2.1 Proposição de projetos assistenciais de saúde e/ou sociais dentro do custeio previsto para a unidade	263

CRITÉRIO 2: ÁREA DE QUALIDADE 287

2.1. Qualidade Objetiva.....	288
2.1.1 Comissão de Ética Médica.....	288
2.1.1.1 Proposta de Constituição da Comissão de Ética Médica	288


agir

2.1.1.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Ética Médica	288
2.1.1.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Ética Médica	296
2.1.2 Comissão de Ética Multiprofissional	296
2.1.2.1 Proposta de Constituição da Comissão de Ética Multiprofissional	296
2.1.2.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Ética Multiprofissional	297
2.1.2.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Ética Multiprofissional	301
2.1.3 Comissão de Biossegurança.....	302
2.1.3.1 Proposta de Constituição da Comissão de Biossegurança	302
2.1.3.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Biossegurança.....	302
2.1.3.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Biossegurança	307
2.1.4 Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)	307
2.1.4.1 Proposta de Constituição da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS).....	307
2.1.4.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS).....	308
2.1.4.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS).....	314
2.1.5 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	314
2.1.5.1 Proposta de Constituição da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	314
2.1.5.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários ...	315
2.1.5.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários...	319
2.1.6 Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)	319
2.1.6.1 Proposta de Constituição da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB).	319
2.1.6.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)	320
2.1.6.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)	326
2.1.7 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	327
2.1.7.1 Proposta de Constituição da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA ...	327
2.1.7.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	327
2.1.7.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	334
2.1.8 Comissão de Gerenciamento Resíduos de Serviços de Saúde	335
2.1.8.1 Proposta de Constituição da Comissão de Gerenciamento Resíduos de Serviços de Saúde	335
2.1.8.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento Resíduos de Serviços	

de Saúde.....	335
2.1.8.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Gerenciamento Resíduos de Serviços de Saúde.....	339
2.1.9 Comissão de Farmácia e Terapêutica	339
2.1.9.1 Proposta de Constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	339
2.1.9.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica	340
2.1.9.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Farmácia e Terapêutica	344
2.1.10 Comissão de Proteção Radiológica	344
2.1.10.1 Proposta de Constituição da Comissão de Proteção Radiológica.....	344
2.1.10.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Proteção Radiológica	345
2.1.10.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Proteção Radiológica	349
2.1.11 Comitê de Compliance.....	349
2.1.11.1 Proposta de Constituição do Comitê de Compliance	349
2.1.11.2 Proposta de Regimento Interno do Comitê de Compliance.....	350
2.1.11.3 Cronograma de Atividade Anual do Comitê de Compliance	353
2.1.12 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	354
2.1.12.1 Proposta de Constituição do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	354
2.1.12.2 Proposta de Regimento Interno do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	355
2.1.12.3 Cronograma de Atividade Anual do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	366
2.1.13 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	367
2.1.13.1 Proposta de Constituição do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).....	367
2.1.13.2 Proposta de Regimento Interno do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).....	368
2.1.13.3 Cronograma de Atividade Anual do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).....	375
2.1.14 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT	375
2.1.14.1 Proposta de Constituição do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT	375
2.1.14.2 Proposta de Regimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT.....	376
2.1.14.3 Cronograma de Atividade Anual do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT	380
2.1.15 Outras Comissões.....	382
2.1.15.1 Comissão de Processamentos de Produtos para Saúde	382
2.1.15.2 Comissão de Humanização	386
2.1.15.3 Núcleo de Vigilância Epidemiológica - NVE	393

B

2.1.15.4 Comissão de Ética em Enfermagem	400
2.2 Qualidade Subjetiva	405
2.2.1 Acolhimento	405
2.2.1.1 Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica	405
2.2.1.2 Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica	413
2.2.2 Atendimento.....	416
2.2.2.1 Proposta para implantação de Serviço de Atendimento ao Usuários	416
2.2.2.2 Proposta para implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação	419
2.2.2.3 Proposta de formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores	422
2.2.2.4 Plano/projeto para implantação do Sistema de Contra Referência à Atenção Primária	427

CRITÉRIO 3: QUALIFICAÇÃO TÉCNICA 431

3.1 Experiência Anterior em Gestão de unidade de saúde da proponente	432
3.1.1 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos	432
3.1.2 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clínica especializada ou similar	433
3.1.3 Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO	434
3.1.4 Certificado de Acreditação – ONA, Joint Commission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente.....	435
3.2 Estrutura da Gestão	436
3.2.1 Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	436
3.2.2 Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência	444
3.2.3 a) Experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de Unidade Hospitalar que atuarão na unidade, com documento comprobatório do interesse do titular	444
3.2.3 b) Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à	

Unidade deste Chamamento (Policlínicas/AME/clínicas especializadas, etc)..... 444

VOLUME II

3.3 Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar..... 445

3.3.1 Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário ... 445

3.3.2 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada 448

3.3.3 Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica 611

3.3.4 Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada 617

3.4 Implementação e Funcionamento de outros Serviços 643

3.4.1 Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima 643

3.4.2 Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima. 648

3.4.3 Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima..... 663

3.4.4 Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica 669

3.4.5 Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial. 734

3.5 Política de Recursos Humanos..... 743

3.5.1 Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações. 743

3.5.2 Apresentação de plano de cargos e salários 755

3.5.3 Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção. 782

3.5.4 Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças) 797

3.6 Metodologia de Projetos 804

3.6.1 Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis..... 804

PROPOSTA FINANCEIRA815

B

agir

VOLUME III

<u>ANEXOS</u>	827
<u>ANEXO I - Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos</u>	829
<u>ANEXO II - Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clínica especializada ou similar</u>	847
<u>ANEXO III - Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO.....</u>	917
<u>ANEXO IV - Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente.</u>	933
<u>ANEXO V - Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência</u>	943
<u>a) Experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de Unidade Hospitalar que atuarão na unidade, com documento comprobatório do interesse do titular</u>	943
<u>b) Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento (Policlínicas/AME/clínicas especializadas, etc).....</u>	943



agir

APRESENTAÇÃO DA AGIR



B

APRESENTAÇÃO DA AGIR

Com mais de 20 anos de existência, a Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, é uma instituição de personalidade jurídica de direito privado, com fins não econômicos, classificada como Organização da Sociedade Civil, conforme a Lei nº 13.019/2014, que estabelece o regime jurídico de parcerias entre a Administração Pública e as entidades do terceiro setor. Além disso, a AGIR é qualificada como Organização Social de Saúde - OSS conforme a Lei Federal nº 9.637/1998, o Decreto Estadual nº 5.591/2002 e o Decreto Municipal nº 288/2017.

A estrutura administrativa da AGIR é formada por Associados, Conselheiros de Administração e Fiscais, além da Diretoria Estatutária, a qual atesta e valida a eficiência e profissionalismo refletidos nos resultados alcançados.

Como entidade filantrópica, a AGIR faz parte, desde junho de 2016, do seleto grupo de **21 instituições integrantes do Instituto Brasileiro das Organizações Sociais em Saúde - IBROSS**, que tem como intuito informar e mobilizar a sociedade em favor da melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados por essas entidades aos usuários da rede pública, difundir as boas práticas de gestão, colaborar para o aperfeiçoamento das normas estabelecidas para a parceria entre as organizações e governos, promover estudos, pesquisas e zelar pelos valores universais do Sistema Único de Saúde - SUS.

A OSS foi constituída pautada por princípios éticos e legais, com processos embasados na premissa do fazer bem-feito, em tempo adequado, ao menor custo possível, mediante definição da assistência apropriada e individualizada aos pacientes do SUS, com segurança, qualidade e empatia.

Este compromisso se reflete tanto no impacto positivo que a organização tem na sociedade quanto no ambiente de trabalho que oferece a seus colaboradores. Tais princípios são pilares fundamentais que sustentam a identidade organizacional da AGIR, direcionando suas ações e estratégias em direção a um futuro mais justo e eficiente. A figura abaixo apresenta a identidade organizacional da AGIR:



agir





Figura 1 - Identidade Organizacional da AGIR, 2024

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2024.

No decorrer desta proposta, serão apresentadas informações que demonstram a experiência da AGIR na gestão de serviços de saúde e suas qualificações para a promoção da qualidade nos serviços públicos hospitalares.

2. CERTIFICAÇÕES E PREMIAÇÕES

Ao longo de sua trajetória, a AGIR tem sido reconhecida por sua excelência e compromisso com a qualidade através de diversas premiações e certificações. Entre essas conquistas,

destacam-se a certificação como Entidade Beneficente de Assistência Social - CEBAS pelo Ministério da Saúde, a certificação *Great Place to Work*® - GPTW em 2022 e 2023, a Premiação TOP 10 Ranking de Transparência dos Contratos de Gestão, a Premiação Ser Humano em 2022 e 2023 pela ABRH, o Prêmio SOBRATT de Melhores Práticas de Teletrabalho e o Prêmio de Melhores Hospitais Públicos do Brasil. Essas distinções reforçam os valores essenciais da organização e validam seu esforço contínuo em oferecer serviços de alta qualidade e excelência. A seguir está contextualizado cada uma delas.

2.1. CERTIFICAÇÃO CEBAS

O Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde - CEBAS é concedido pelo Ministério da Saúde a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como Entidade Beneficente de Assistência Social para a prestação de serviços na Área de Saúde. A obtenção do CEBAS possibilita a isenção das contribuições sociais e a celebração de convênios com o poder público, dentre outros.

Reconhecida como entidade de Utilidade Pública e de Interesse Social por força do artigo 13 da Lei Complementar nº 846/1998 - Estado de São Paulo, a AGIR, desde junho de 2012, é certificada como **Entidade Beneficente de Assistência Social - CEBAS pelo Ministério da Saúde - MS**, por meio da Portaria SAS/MS nº 1.073/2018.

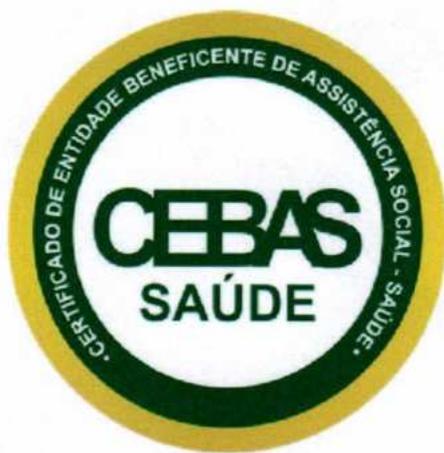


Figura 2 - Certificação CEBAS.

Fonte. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dcebas>

2.2. CERTIFICAÇÃO GPTW

O selo *Great Place to Work*® - GPTW é uma certificação baseada na percepção dos colaboradores sobre o ambiente de trabalho. A avaliação mede cinco dimensões: respeito, orgulho, credibilidade, camaradagem e imparcialidade. É uma certificação concedida a empresas que são reconhecidas como excelentes lugares para trabalhar, sendo um indicativo de que a instituição passou por um rigoroso processo de avaliação.

agir

Ter o selo GPTW é um reconhecimento de que a instituição valoriza seus colaboradores, mantém boas práticas de gestão de pessoas e oferece um ambiente de trabalho positivo e acolhedor. Ele é utilizado como uma ferramenta de marketing e atração de talentos, destacando a empresa no mercado como um empregador de escolha.

Como Organização que busca constantemente as melhores práticas, a melhoria contínua e que investe na valoração do seu potencial humano para se desenvolver e evoluir em prol de uma cultura mais justa e focada no bem-estar de todos, a AGIR pleiteou, em 2022, a certificação GPTW pela *Great Place to Work®*, sendo recertificada em 2023 (Figura 3).

Essa iniciativa resultou em um alto êxito na avaliação de clima organizacional, respondida de forma voluntária pelos profissionais das Unidades gerenciadas e do Corporativo. Isso proporcionou à AGIR e às Unidades hospitalares sob sua gestão - CRER, HUGOL, HDS, HECAD e Clínica TEIA - a certificação e o reconhecimento de melhores empresas para se trabalhar.

Essa conquista valida que a organização proporciona aos seus profissionais um ambiente de trabalho humanizado, colaborativo, diverso e inovador, reforçando seus valores essenciais, como respeito, humanização, ética e eficiência.



Figura 3 - Certificação GPTW 2022/2023.

Fonte: Disponível em: <https://certificacao.gptw.info/certificaded-company/05029600000287>.

agir



Figura 4 - Certificação GPTW 2023/2024.

Fonte: Disponível em: <https://certificacao.gptw.info/certificaded-company/05029600000287>.

2.3. PRÊMIO TOP 10 RANKING DE TRANSPARÊNCIA DOS CONTRATOS DE GESTÃO

O Ranking de transparência dos contratos de gestão da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES-GO destaca as instituições de saúde que demonstram os mais altos padrões de transparência na divulgação de seus contratos de gestão, promovendo assim a prestação de contas e a confiança do público.

A SES-GO realizou no dia 03/05/2024, no auditório da Escola de Saúde de Goiás, a entrega do Prêmio TOP 10 Ranking de Transparência dos Contratos de Gestão aos dez mais altos índices de atendimentos das páginas de acesso à informação dos contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde - OSS que administram as unidades de saúde do Governo de Goiás.

Ao todo, 34 portais de transparência foram avaliados em 162 itens - 102 da contratada, 38 da contratante e 22 da contratada/contratante. O critério para a classificação na premiação levou em consideração os itens de cumprimento da Organização Social, totalizando 124 itens.

Na ocasião, as unidades geridas pela AGIR ocuparam as quatro primeiras colocações do ranking. Foram premiados o Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD em **1º lugar**, o Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta - HDS em **2º lugar**, o Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER em **3º lugar** e o Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL em **4º lugar**.

A premiação destaca o compromisso da AGIR e unidades geridas em promover transparência e excelência em todos os processos de gestão com uma prestação de contas que garante o cumprimento da legislação e contratual.

agir





Figura 5 - Prêmio TOP 10 Ranking de Transparência dos Contratos de Gestão.

2.4. PRÊMIO SER HUMANO - ABRH

O Prêmio Ser Humano foi instituído em 1993 pela ABRH Brasil. Se consolidou como um importante instrumento de valorização das melhores iniciativas em gestão de pessoas dentro e fora das organizações, assim como de estímulos ao pensamento criativo e de novos talentos.

O Prêmio é concedido, anualmente, aos profissionais e às organizações do setor público e privado, cujas práticas inovadoras tenham alcançado significativos resultados quantitativos e qualitativos e que possam ser consideradas uma referência no mercado.

A premiação busca valorizar os trabalhos que levaram em conta, sempre de forma equilibrada, os interesses das pessoas, organizações e sociedade, gerando resultados mensuráveis.

Em 2022, a AGIR foi premiada em 1º lugar pela categoria ESG - com o projeto intitulado "Implantação do canal de integridade em organização de gestão em saúde e unidades de saúde públicas em Goiás".

B

agir



Figura 6 - Prêmio Ser Humano Goiás - 2022.

E em 2023, a AGIR foi premiada em 2º lugar pela categoria ESG - com o projeto intitulado "Criação do Ambulatório de Terceira Vítima - HUGOL".



Figura 7 - Prêmio Ser Humano Goiás - 2023.

agir

2.5. PRÊMIO SOBRATT

O Prêmio SOBRATT de Melhores Práticas de Teletrabalho foi criado para prestigiar e reconhecer as empresas e organizações que fizeram do Programa de Teletrabalho um projeto de benefícios para seus colaboradores, para a sociedade, para o meio ambiente e para si própria, integrando esta iniciativa ao planejamento estratégico da Organização.

A AGIR inscreveu e detalhou a iniciativa de trabalho híbrido no corporativo da instituição, como uma das ações de bem-estar e qualidade de vida aos seus colaboradores, que garantiu uma vaga entre os finalistas e a premiação em 1º lugar na categoria Entidades do Terceiro Setor. O prêmio também contou com as categorias Empresas Privadas, Escritórios de Advocacia e Organizações Públicas.



Figura 8 - Prêmio SOBRATT de Melhores Práticas de Teletrabalho

2.6. PRÊMIO MELHORES HOSPITAIS PÚBLICOS DO BRASIL

Em 2022, a AGIR teve mais uma vez o seu modelo de fazer gestão e a eficiência dos seus resultados validados e reconhecidos, o que reforçou ainda mais o seu compromisso com o propósito de cuidar de vidas, sempre em busca de garantir e ofertar a melhor assistência à população.

Por meio do gerenciamento de dois hospitais públicos a AGIR recebeu a premiação por eficiência e qualidade no atendimento do Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde - IBROSS em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, a Organização Nacional de Acreditação - ONA e o Instituto Ética Saúde - IES, o que levou a essas instituições ficarem entre os 40 melhores hospitais SUS do país.

B

agir

A iniciativa teve como objetivo reconhecer as instituições hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS consideradas mais eficientes e bem avaliadas pelos usuários e que se destacam pela qualidade e pela segurança proporcionada aos pacientes.

Geridos pela AGIR desde a sua implantação, o Hospital CRER foi selecionado na 14ª posição; e o HUGOL, sob a gestão da AGIR desde 2014, na 23ª posição. A pontuação das 40 unidades selecionadas, por sua vez, levou em consideração a qualidade, satisfação do usuário e a eficiência do serviço prestado.



agir

Figura 9 - Premiação Unidades CRER e HUGOL.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.

2.7. SELO GPTW SAÚDE

O ranking do GPTW Saúde de 2024 revela as instituições que se destacam por práticas inovadoras em gestão de pessoas, sustentabilidade e qualidade de vida, confirmando tendências do mercado de trabalho e a crescente presença feminina na alta liderança.

A pesquisa do *Great Place to Work* - GPTW é dividida em duas etapas principais. A primeira etapa é quantitativa, onde a instituição deve alcançar uma amostra mínima de colaboradores e obter uma nota mínima de 70%. Somente após atingir esse patamar, a instituição avança para a segunda etapa, que avalia práticas organizacionais sob os Pilares For All.

Essa abordagem não só mensura a satisfação dos colaboradores, mas também analisa a equidade e a inclusão dentro das instituições. As informações demográficas coletadas são

agir

B

baseadas no ano anterior à pesquisa, proporcionando um retrato atualizado do ambiente de trabalho. O ranking final reflete o desempenho das instituições em ambas as fases, destacando aquelas que realmente se sobressaem em criar ótimos ambientes de trabalho.

No ano de 2023, a AGIR dedicou grandes esforços à melhoria da cultura e do clima organizacional. Durante esse período, foram realizadas mais de 1.371 ações formais que impactaram de forma significativa o ambiente de trabalho para os colaboradores. Além disso, promovemos mais de 308 pessoas, reforçando nosso compromisso com o reconhecimento interno. Foram realizadas também 82.571 horas de treinamentos e capacitações, com foco no desenvolvimento e valorização tanto dos aspectos comportamentais quanto técnicos dos nossos colaboradores.

Ainda em 2023, visando aprimorar a fluidez da comunicação e garantir que todos os colaboradores tivessem acesso às informações institucionais, implementamos a nova ferramenta de comunicação Workplace, que trouxe um impacto significativo para a instituição. Mais de 4.000 colaboradores foram beneficiados por ações comemorativas realizadas institucionalmente. Esses e outros programas foram fundamentais para que a AGIR alcançasse o ranking GPTW Saúde 2024, em sua 11ª edição, que reconhece as melhores empresas para se trabalhar na área da saúde.

Neste processo, um total de 227 instituições foram avaliadas, das quais 80 foram premiadas. A AGIR se destacou como a única instituição fundada no estado de Goiás, responsável pela administração de unidades de saúde, a ser premiada.

Para a obtenção desta premiação, são avaliadas práticas de sustentabilidade, igualdade de gênero, programas de liderança, turnover, motivos de permanência, mentorias, práticas de feedback, qualidade de vida no trabalho e saúde mental. A evolução dos índices em cada pesquisa aplicada é determinante para a classificação e premiação das melhores empresas para se trabalhar.



Figura 10 - Selo GPTW Saúde - 2024.

2.8. PRÊMIO "EXCELLENCE AWARD FOR CLINICAL QUALITY AND PATIENT SAFETY"

Em 2024, no 47º Congresso Mundial de Hospitais, organizado pela *International Hospital Federation - IHF*, a AGIR, por meio do gerenciamento do Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária Colônia Santa Marta - HDS, recebeu o prêmio "*Excellence Award For Clinical Quality And Patient Safety*", ficando em 1º lugar na premiação Qualidade Clínica e Segurança do Paciente com o projeto de desospitalização do Serviço de Atenção Domiciliar do HDS.

Este prêmio reconhece hospitais e organizações de saúde que implementaram projetos inovadores e exemplares, com foco em melhorar significativamente a qualidade clínica e a segurança do paciente. O objetivo é destacar iniciativas que aumentam os resultados clínicos, reduzem os riscos e garantem um ambiente de cuidado mais seguro para os pacientes. Os critérios de avaliação incluem originalidade, impacto, escalabilidade e rigor científico, celebrando as instituições que promovem excelência e inovação nesses aspectos cruciais da assistência à saúde.



Figura 11 - Premiação Excellence Award For Clinical Quality And Patient Safety - Unidade HDS.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2024.

3. EXPERIÊNCIA DA AGIR EM SAÚDE

A AGIR tem se consolidado como uma referência na área da saúde, graças à sua vasta experiência e dedicação em oferecer serviços de qualidade aos pacientes e à comunidade. Com um compromisso inabalável com a humanização do atendimento e a eficiência operacional, a AGIR implementa práticas inovadoras e integradas, que refletem seu profundo entendimento das necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS. A organização não apenas gerencia unidades hospitalares de forma exemplar, mas também contribui para o aperfeiçoamento contínuo dos processos de saúde pública, sempre pautada por princípios éticos, respeito e excelência.

A cultura organizacional da AGIR prioriza a gestão ética e transparente, tendo se firmado como referência pela lisura e responsabilidade com que conduz todos os seus processos administrativos e assistenciais.

Na vanguarda de um modelo de governança corporativa voltada à excelência, a AGIR detém instrumentos próprios associados a *expertises* que conferem eficiência, eficácia e efetividade em seus processos de gestão.

3.1. GESTÃO EM SAÚDE, ENSINO E PESQUISA

A gestão em saúde, aliada ao ensino e à pesquisa, é um dos pilares fundamentais que sustentam as atividades da AGIR. Com uma abordagem integrada, a organização busca não apenas a excelência na administração dos serviços de saúde, mas também o desenvolvimento

B

agir

contínuo do conhecimento e a inovação. Através de programas de ensino e iniciativas de pesquisa, a AGIR capacita profissionais e fomenta avanços científicos que impactam diretamente a qualidade do atendimento oferecido. Essa sinergia entre gestão, ensino e pesquisa reflete o compromisso da AGIR em promover uma saúde pública mais eficiente, equitativa e baseada em evidências.



Figura 12 - Experiência em Gestão da AGIR.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.

Cada unidade gerenciada pela AGIR desempenha um papel crucial na concretização de sua missão de oferecer saúde pública de qualidade, com foco na humanização, eficiência e inovação. Com uma abordagem personalizada e orientada para as necessidades específicas de cada comunidade atendida, essas unidades se destacam por suas práticas de gestão exemplares, pelo compromisso com o ensino e pela contribuição para o avanço da pesquisa na área da saúde. A seguir, apresentamos o perfil de cada uma das unidades gerenciadas, destacando suas principais características, áreas de atuação e os resultados alcançados.

3.1.1. CRER

O Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER foi a primeira unidade gerenciada pela AGIR. O CRER é uma Unidade hospitalar de média e alta complexidade, implantada em 2002, de referência Estadual, voltada ao atendimento

especializado à pessoa com deficiência física, auditiva, visual e intelectual, exclusivamente pelo SUS. Inicialmente com estrutura física com 8.823 m² e expansão para 32.855,56 m² de área, abrangendo 176 leitos de internação.

O CRER, sob a gestão da AGIR, foi o primeiro hospital de reabilitação do país e o primeiro hospital público da região Centro-Oeste a conquistar o Certificado de Acreditado com Excelência - Nível 3 da Organização Nacional de Acreditação - ONA. A Unidade tem seu Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ certificado pela Norma Brasileira - NBR ISO 9001:2015, e é reconhecida pelo Ministério da Saúde como Centro Especializado em Reabilitação - CER IV, por sua atuação nas reabilitações das 4 (quatro) deficiências: física, auditiva, visual intelectual.



Figura 13 - Fachada da Unidade CRER.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.

3.1.2. HDS

A AGIR assumiu a gestão do Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária Colônia Santa Marta - HDS em 2013, e transformou o antigo leprosário em uma Unidade ambulatorial voltada ao cuidado do idoso. Esse fato representou uma quebra de paradigmas na unidade de saúde, uma vez que ampliou e qualificou os serviços de atenção à saúde prestados aos seus usuários.

O HDS é uma Unidade de atendimento ambulatorial especializada, com objetivo de prestar assistência aos usuários do SUS, ofertando atendimentos nas seguintes especialidades médicas, a saber: cardiologia, cirurgia geral, clínica médica, dermatologia, endocrinologia, geriatria, oftalmologia, ortopedia, psiquiatria e vascular.

A Unidade conta com o Serviço de Atenção Domiciliar - SAD que é uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar as já existentes, e tem como finalidade oferecer aos

B

pacientes que necessitam de reabilitação e cuidados, após alta hospitalar, a continuidade da assistência multiprofissional no domicílio, proporcionando melhor qualidade de vida.

O HDS oferece, ainda, o Serviço de Internação UCP - Unidade de Cuidados Prolongados, que conta com 14 leitos de internação voltados para pacientes estáveis, com patologias crônicas e/ou em cuidados paliativos que necessitam de atendimento hospitalar ou para pacientes que precisam de cuidados de transição segura, proporcionando o retorno à suas respectivas residências.

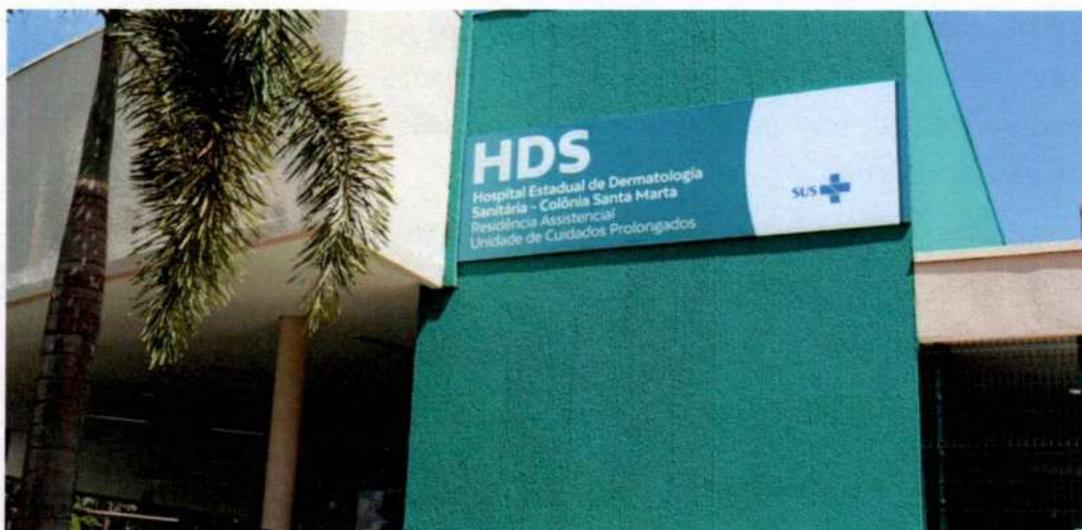


Figura 14 - Fachada da Unidade HDS.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.

3.1.3. HUGOL

Diante de mais um desafio, a AGIR comprovou sua vocação para a gestão em saúde ao assumir, em 2015, a administração do Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL, um dos maiores hospitais de urgências do país, que se destaca pela alta performance dos serviços ofertados e gestão integrada dos processos ao conquistar o Certificado de Acreditado em Excelência - Nível 3 da ONA.

O HUGOL é um hospital de assistência, ensino, pesquisa e extensão universitária; é uma unidade de média e alta complexidade, que opera atualmente com 519 leitos, especializado em urgência/emergência, atendimentos cirúrgicos (cirurgia geral, pediátrica, bucomaxilo, torácica, plástica para o centro de queimados, neurológica, vascular, urológica, ortopedia/traumatologia e cirurgia cardíaca), atendimentos clínicos (clínica geral, pediatria, cardiologia, neurologia, nefrologia para o tratamento de hemodiálise de pacientes internados e hematologia para atendimento à Unidade de Coleta e Transfusão - UCT), medicina intensiva: adulta e pediátrica e unidade de queimados, regulados pelo Sistema Estadual de Regulação, segundo pactuação intergestores.

O hospital conta com uma estrutura física de 71.165 m² de área construída, e foi dotado de equipamentos e tecnologias modernas. Desde a sua inauguração a Unidade é gerida pela AGIR e trabalha para oferecer assistência humanizada e de referência aos usuários do SUS.



Figura 15 - Fachada da Unidade HUGOL.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.

3.1.4. Ensino AGIR

Produzir, promover e compartilhar conhecimento também estão entre as prioridades da AGIR. Dessa forma, em 2019, expandindo suas fronteiras com ações de responsabilidade social e atividades de ensino e pesquisa, a AGIR criou uma Unidade prestadora de serviços de formação profissional e gerencial no âmbito da saúde, denominada Ensino AGIR. A Unidade tem a finalidade de potencializar competências por meio do desenvolvimento de pessoas, conferindo-lhes aprimoramento em seu exercício profissional, através de capacitações (treinamentos profissionais e educação continuada), consultorias na área de gestão em saúde, além de estimular a investigação científica que contribui para uma assistência à saúde subsidiada por evidências.

3.1.5. HCAMP/Goiânia

Frente à pandemia do novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, a AGIR, em 2020, firmou o compromisso em assumir mais um desafio: a implantação do Hospital de Campanha para Enfrentamento ao Coronavírus - HCAMP/Goiânia. A unidade hospitalar foi instituída pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO, por meio da Portaria nº 507/2020, sendo destinada, exclusivamente, para atendimento a casos de coronavírus e/ou síndromes respiratórias agudas que precisassem de internação.

Em quase 21 meses de funcionamento o HCAMP/Goiânia atendeu mais de 47 mil pacientes, sendo que 40.292 passaram pelo pronto-socorro, com 7.706 internações e 5.272 altas médicas hospitalares registradas. Com alto índice de satisfação dos usuários, o Hospital de Campanha encerrou suas atividades em dezembro de 2021 com o valor de 92%, obtido por meio do *Net Promoter Score - NPS*, uma metodologia de satisfação desenvolvida para avaliar o grau de fidelidade dos usuários de qualquer perfil de instituição, o que reflete a qualificação dos serviços entregues a sociedade.

O HCAMP/Goiânia foi implantado com a premissa de proporcionar uma assistência com qualidade e utilizar a medicina baseada em evidência para elevar a efetividade dos serviços prestados. Com a *expertise* da AGIR no ensino e na pesquisa, foi ainda mais além, o hospital fez ciência ao participar, com destaque, do estudo realizado pela revista **The Lancet**, uma das mais prestigiadas publicações científicas do mundo. O trabalho foi realizado em parceria com instituições de diferentes países e no Brasil foi coordenado pelo Hospital Israelita Albert Einstein. O HCAMP/Goiânia foi classificado como a segunda unidade com maior participação de pacientes, contribuindo com a inclusão de dados para avaliação dos cientistas. Ao todo, 10% dos casos analisados no Brasil foram de pessoas internadas no hospital.

3.1.6. TEIA

Em dezembro de 2020, a AGIR inaugurou a Clínica TEIA, uma Unidade de cunho filantrópico, especializada no tratamento do Transtorno do Espectro Autista - TEA. O objetivo é prestar assistência multiprofissional à saúde voltada para o atendimento precoce de crianças com TEA, com idade de 1 a 6 anos, considerando o aspecto físico, mental, intelectual, sensorial e familiar, respeitando as demandas físicas e psicossociais de cada uma. Os serviços foram implementados em um espaço totalmente adequado para o perfil das crianças, proporcionando atendimento profissional humanizado e eficiente.

No primeiro semestre de 2024, foi realizada a expansão da Rede TEIA, onde foram inauguradas duas novas clínicas, sendo elas Aparecida de Goiânia - GO, em abril de 2024, e em Rio Verde - GO em agosto de 2024.



Figura 16 - Fachada da Clínica TEIA - Unidade Goiânia.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.



Figura 17 - Fachada da Clínica TEIA - Unidade Aparecida de Goiânia.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2024.

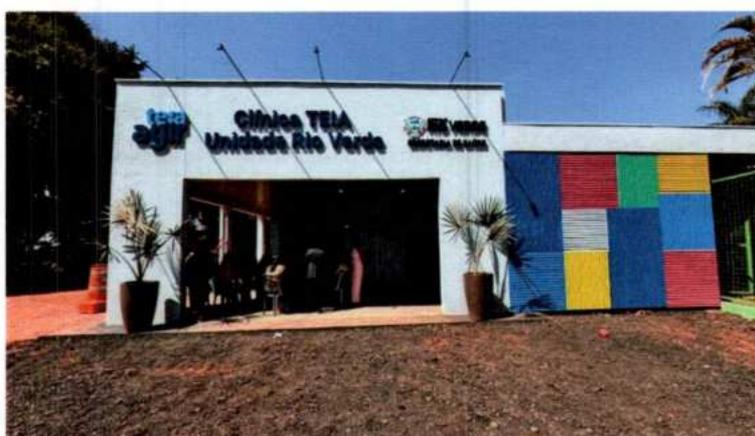


Figura 18 - Fachada da Clínica TEIA - Unidade Rio Verde

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2024.

B

agir



Figura 19 - Fachada da Clínica TEIA - Unidade Anápolis.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2024.

3.1.7. HCN

Seguindo com o desafio de enfrentamento à pandemia do SARS-CoV-2 e a necessidade do Estado em reforçar a oferta de atendimento, a AGIR firmou novo contrato com o Governo do Estado de Goiás para a abertura do Hospital Estadual do Centro-Norte Goiano - HCN, em 2021. A Unidade foi instituída pela SES/GO por meio do Despacho nº 630/2021 e do Ofício nº 2.424/2021.

3.1.8. HECAD

Em dezembro de 2021, a AGIR assumiu a gestão do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, Unidade de referência ao atendimento de crianças e adolescentes, de média e alta complexidade. Com uma capacidade operacional de 146 leitos, onde 116 leitos são de Unidades de Internação Clínica e Cirúrgica e 30 leitos são de Unidades de Terapia Intensiva - UTI, com pronto-socorro atuante na modalidade "porta aberta", 24 horas em todos os dias da semana, ininterruptamente.

A Unidade é referência em assistência especializada, como o CERFIS (Centro de Reabilitação de Fissuras Lábio-Palatinas) e ainda oferta um parque de exames com a realização de tomografia, broncoscopia, endoscopia, eletrocardiograma, ecocardiograma, colonoscopia, raio-x, ultrassonografia e exames laboratoriais, que proporcionam aos pacientes um atendimento mais eficiente, por meio de um diagnóstico rápido e preciso.



Figura 20 - Fachada da Unidade HECAD.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.

4. DIFERENCIAIS NA GESTÃO ADMINISTRATIVA E ASSISTENCIAL DA AGIR

A AGIR, ao longo da sua atuação e vivência em gestão, busca alavancar seus resultados e proporcionar ao paciente a garantia do cuidado integral e humanizado, por meio da transformação digital e da inovação.

O modelo gerencial da OSS foi desenvolvido respeitando-se os princípios de gestão pautados na organização, a saber:

4.1. INTEGRIDADE

A AGIR desenvolveu e mantém em seu portfólio de habilidades, o Canal da Integridade, que objetiva ser o meio formal para o registro de informações - por parte da comunidade, usuários, profissionais e fornecedores - possibilitando a investigação e tratativa de pontos de melhoria que apresentem ou sinalizem uma conduta divergente do que é preconizado na legislação vigente, normativas interna e valores da OSS.

O Programa de Integridade da AGIR, apoiado na Lei Anticorrupção nº 12.486/2012, é uma forma de organização das diretrizes, políticas e padrões de conduta, que permeiam e possibilitam: **a) prevenir; b) avaliar e c) melhorar** continuamente as suas práticas. A integridade está diretamente associada à honestidade, ética e conformidade às legislações e normas internas, portanto, essa conduta é continuamente estimulada dentro da AGIR e unidades geridas.

O principal objetivo do Canal de Integridade é proporcionar aos *stakeholders* segurança, agilidade, anonimato e interatividade durante as tratativas e investigações de melhorias, utilizando tecnologias modernas que auxiliam no processo de tomada de decisão, a fim de garantir assertividade na tratativa de cada registro.

B

agir

Por se tratar de um sistema interativo, os *stakeholders* conseguem acompanhar todas as fases de tratativa da sua solicitação, da abertura ao encerramento e, se necessário, podem adicionar informações ou documentos durante o processo de análise.

O canal foi amplamente divulgado e encontra-se em funcionamento, atendendo a demandas de todas as Unidades geridas pela AGIR.

4.2. TRANSPARÊNCIA

A transparência é um dos valores fundamentais da AGIR, e o compromisso com esse princípio está em constante evolução. A instituição inova continuamente na divulgação das informações ao público interno e externo, com a utilização da internet e diversas outras ferramentas tecnológicas. O princípio de transparecer suas ações trata da disponibilização de informações a respeito da organização às partes interessadas, sempre de maneira ampla e focando em, de fato, apresentar itens que sejam relevantes para elas.

A AGIR preconiza ir além da publicidade obrigatória por lei, ou seja, o foco não é divulgar apenas o que a legislação ou regulamentos específicos determinam. Os processos, valores, costumes e decisões também são apresentados de forma transparente.

Considerando a necessidade de adequação da transparência, a AGIR mantém-se atualizada com as novas legislações. Um exemplo disso foi vivenciado na organização dos procedimentos de acesso às informações públicas, a partir da publicação da Lei nº 12.527/2011, conhecida como Lei de Acesso à Informação - LAI, que entrou em vigor em maio de 2012. A lei trouxe vários princípios norteadores e regulamentou o direito constitucional de acesso à informação.

Recentemente, também, pautada pela Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD (Lei nº 13.709/2018) e pelo Marco Civil da Internet (Lei nº 12.965/2014), a AGIR buscou adequar seus processos de segurança da informação, guiada por 3 (três) princípios básicos: (1) confidencialidade - as informações devem ser acessadas apenas por quem é autorizado; (2) integridade - as informações podem ser alteradas somente por quem é autorizado; e (3) disponibilidade - as informações devem estar sempre disponíveis para quem é autorizado.

Para garantir esses princípios e a adequação à LGPD, a OSS, com o apoio de uma consultoria especializada nesta lei, implantou estratégias internas e ferramentas de *software* para monitoramento e proteção de dados. A premissa é mitigar riscos e garantir a proteção destes ativos em vários aspectos, tais como perda da informação, acesso indevido e finalidade diversa do objetivo, sobretudo no fundamento da ética.

4.3. ACCOUNTABILITY

A AGIR, ao longo de sua trajetória, tem se consolidado no cenário do terceiro setor, norteadada por valores descritos em sua identidade organizacional (Figura 1), adotando em seu modelo de gestão a constituição de Políticas Institucionais, dentre elas, a Política de *Accountability*.

O termo *Accountability*, em tradução literal para o português, significa prestação de contas. Todavia, essa tradução não representa toda a abrangência do termo, cuja definição incluem controle, fiscalização, responsabilização, proatividade e transparência. Ele representa a responsabilidade objetiva de uma pessoa ou organização em responder perante outras pessoas e organizações, com protagonismo, diligência e a transparência de fazer com integridade.

Assim, a Política de *Accountability* da AGIR estabelece fundamentos alicerçados nos princípios de prestar contas, transparecer e responsabilizar-se por suas ações, nos âmbitos organizacional, dos parceiros, dos órgãos de controle e da sociedade.

A AGIR, atenta ao desafio das unidades de saúde quanto ao gerenciamento de serviços somado aos padrões de qualidade, acesso e resolutividade, atua no sentido de aprimorar seus processos internos, consolidando rotinas e fluxos. Para tal, um dos pilares utilizados é a abordagem *Lean Six Sigma*, que objetiva tornar os processos mais enxutos e ágeis, diminuindo os intervalos entre as atividades, eliminando desperdícios e falhas, a fim de agregar valor aos atendimentos prestados aos usuários. Ademais, essa abordagem também busca maximizar o uso dos recursos disponíveis e promover o aprendizado.

Dessa forma, com foco em garantir eficiência e eficácia no modelo de gestão para o gerenciamento e execução de ações, serviços médicos e multiprofissionais continuados, na linha integral de cuidados, no Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto e Instituto da Mulher Dona Lindu, a AGIR propõe recursos ferramentais desenvolvidos e já praticados na promoção da excelência na execução da estratégia e provimento de soluções sistêmicas na gestão das unidades sob regência da AGIR, dos quais destacam-se:

- Gestão da Estratégia, Monitoramento e Controle
- Gestão da Assistência
- Gestão de Pessoas
- Gestão de Qualidade e Compliance
- Gestão Contábil e Financeira
- Gestão de Orçamento e Custos
- Gestão de Convênios e Prestação de Contas
- Gestão de Abastecimento e Logística
- Gestão de Infraestrutura e Manutenção
- Gestão de Projetos e Inovação
- Gestão da Comunicação e Marketing
- Gestão de Ensino e Pesquisa

4.3.1. GESTÃO DA ESTRATÉGIA, MONITORAMENTO E CONTROLE

Para garantir a eficiência e a viabilidade na implementação de um modelo de monitoramento

com foco na qualificação da gestão das Unidades de saúde, a AGIR adota o Planejamento Estratégico para uma intervenção direta no acompanhamento e melhoria das práticas assistenciais, administrativas e de apoio.

Como primeira etapa, a intervenção se dá na identificação do perfil epidemiológico da Unidade e da rede na qual está inserida. De posse desses dados, uma análise situacional de micro e macroambiente é realizada para proporcionar um olhar sistêmico, por meio da identificação das possíveis forças, fraquezas, ameaças e oportunidades, com o uso da ferramenta Matriz SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*).

	FATORES INTERNOS	FATORES EXTERNOS
POSITIVO	FORÇAS	OPORTUNIDADES
NEGATIVO	FRAQUEZAS	AMEAÇAS

Figura 21 - Matriz SWOT.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.

Portanto, torna-se viável a construção de uma identidade organizacional sólida e coerente com a expectativa do público (cliente) e do gestor/ contratante da Unidade (fornecedor).

Ao declarar a missão, a visão, os valores e o propósito, a AGIR promove o engajamento e participação de todos os envolvidos no cumprimento da estratégia definida para cada instituição a ser gerenciada.

Com a análise dos cenários e clareza quanto ao foco estratégico da Unidade em um determinado período, são estruturados os objetivos estratégicos para cada uma das perspectivas estabelecidas, com base no *Balanced Scorecard - BSC* (Aprendizado e Desenvolvimento; Sustentabilidade; Processos e Usuário e Sociedade). Dessa forma, os objetivos estratégicos direcionam os rumos que a organização tomará durante o ciclo de aplicação do planejamento ao qual foi delimitado.

A definição de metas e de seus indicadores é fundamental para que o ciclo de gestão seja feito com sucesso. Para isso, a AGIR utiliza como prática a metodologia *SMART*, que define que as metas sejam Específicas, Mensuráveis, Alcançáveis, Relevantes e Temporais.



Figura 22 - Ferramenta SMART.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.

As iniciativas estratégicas são definidas como o conjunto de ações que permitem que a organização se desloque do estado atual em direção ao alcance de suas metas. Elas são selecionadas e priorizadas de acordo com o impacto que terão para preencher as lacunas das metas estabelecidas.

Para torná-las real, o formato de plano de ação 5W2H (o quê, quem, quando, onde, por que, como, quanto custa) possibilita um compartilhamento da estratégia e disseminação da identidade organizacional em todos os níveis da instituição.



Figura 23 - Ferramenta 5W2H.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.

Compreendendo que o desenvolvimento das ações é um dos desafios categóricos para a obtenção dos resultados, a AGIR adota, ainda, o modelo das Quatro Disciplinas da Execução, ao (1) focar no que é crucialmente importante, (2) atuar nas medidas de direção, (3) manter placares envolvente e (4) criar uma cadência de responsabilidade.

A direção de cada Unidade realiza reuniões periódicas com os superintendentes da AGIR para municiar a alta gestão de informações sobre os resultados dos indicadores estratégicos e do andamento para o cumprimento das metas contratuais.

B

agir

Assim, a AGIR promove uma jornada focada na entrega da excelência do atendimento aos usuários e à sociedade, por meio do alcance da visão das Unidades de saúde que gerencia.

4.3.1.1. Sistema para Alavancagem da Estratégia - SA STRATEGIC ADVISER

A AGIR, bem como as unidades sob o seu gerenciamento, utiliza-se de um sistema de informação que possibilita o gerenciamento eletrônico, *on-time* e integrado das funções de planejamento, produtividade, projetos, qualidade e recursos.

Em linhas gerais, o sistema objetiva oferecer soluções de Planejamento, Implantação, Execução, Gestão e Controle da Estratégia, auxiliando no desenvolvimento da capacidade competitiva, por meio do alinhamento entre Gestão Corporativa e Tecnologia da Informação, encurtando o tempo necessário para alcance de objetivos e metas.



Figura 24 - Sistema para alavancagem da estratégia: SA Strategic Adviser.

Fonte: SA Strategic Adviser.

4.3.1.2. Diagnosis Related Groups - DRG

O sistema DRG foi criado pelas escolas de saúde pública e administração da Universidade de Yale, no final da década de 60, sendo o projeto liderado pelos professores Robert Fetter e John Thompson.

Com o surgimento dos seguros MEDICARE (programa para assistência a indivíduos com doença debilitante ou maiores de 65 anos) e MEDICAID (programa social para indivíduos de baixa renda), o governo norte-americano, como fonte pagadora, passou a ter interesse em uma metodologia que fosse capaz de oferecer informações para o controle de preços dos serviços hospitalares e adotou o método desenvolvido por Fetter e seus colaboradores.

Na década de 1980, o DRG sofreu grande evolução metodológica tornando-se o sistema utilizado pelo governo americano para avaliação do consumo de recursos para o tratamento hospitalar de pacientes agudos. A partir da década de 90, o uso do DRG foi disseminado em várias partes do mundo: Alemanha, Austrália, Espanha, França, Inglaterra, Itália, Portugal e o

Brasil.

4.3.1.2.1. Metodologia DRG Brasil: Inovação e Tecnologia Aliada a Gestão de Excelência

O método DRG classifica pacientes hospitalizados com condições agudas em grupos homogêneos, com base na complexidade assistencial, o que facilita a comparação de resultados e a previsão de desfechos.

Sabendo que o paciente é único, o DRG não tem a pretensão de igualar um grupo de pacientes, mas busca deixá-los similares para que, assim, seja feita a comparação dos dados coletados.



Figura 25 - Definição do DRG.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.

A estrutura do DRG parte de grandes categorias diagnósticas, conhecidas como *Major Diagnostic Categories - MDC*, que envolvem diagnósticos clínicos de mesmos sistemas orgânicos principais. Dentro de cada uma das grandes categorias encaixam-se os grupos de diagnósticos relacionados - tradução de DRG, que compartilham consistência clínica.

B

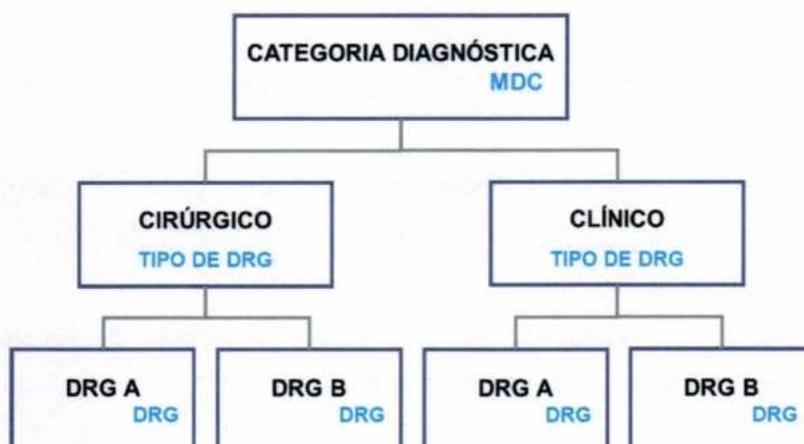


Figura 26 - Fluxograma do MDC.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.

Os DRGs são alocados em subgrupos por tipo cirúrgico ou clínico. As MDCs são a divisão dos diagnósticos principais em 25 grandes grupos, a saber:

Tabela 1 - Grupos de MDCs.

Major Diagnostic Categories - MDC	
MDC	Descrição
PRÉ	Pré-Grandes Categorias Diagnósticas
1	Doenças e Distúrbios do Sistema Nervoso
2	Doenças e distúrbios do olho
3	Doenças e Distúrbios do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta
4	Doenças e Distúrbios do Sistema Respiratório
5	Doenças e Distúrbios do Sistema Circulatório
6	Doenças e Distúrbios do Sistema Digestivo
7	Doenças e Distúrbios do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas
8	Doenças e Distúrbios do Sistema Musculoesquelético e Tecido Conjuntivo
9	Doenças e Distúrbios da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama
10	Doenças e Distúrbios Endócrinos Nutricionais e Metabólicos
11	Doenças e Distúrbios do Rim e do Trato Urinário
12	Doenças e Distúrbios do Sistema Reprodutivo Masculino
13	Doenças e Distúrbios do Sistema Reprodutivo Feminino
14	Gravidez, Parto e Puerpério
15	Recém-nascidos e Lactentes com Afecções do Período Perinatal
16	Doenças e Distúrbios do Sangue/Órgãos Hematopoiéticos e Doenças Imunológicas

17	Doenças e Distúrbios Mieloproliferativas e Neoplasias Mal Diferenciadas
18	Doenças Infecciosas e Parasitárias, Sistêmicas ou de Localização Não Específica
19	Doenças e Distúrbios Mentais
20	Uso de Álcool/Droga e Distúrbios Mentais Orgânicos Induzidos por Álcool ou Droga
21	Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas
22	Queimaduras
23	Fatores com influência no Estado de Saúde e Outros Contatos com os Serviços de Saúde
24	Traumatismos Múltiplos Significativos
25	Infeções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana

Fonte: CMS - Centers for Medicare and Medicaid Services.

Ao todo, são 3 (três) níveis de gravidade clínica, conforme demonstrado na figura abaixo:

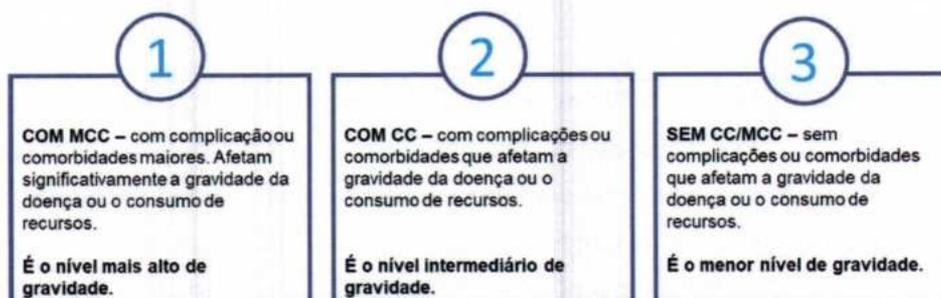


Figura 27 - Níveis de gravidade clínica.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.

Ao longo dos anos foram identificados grupos de pacientes que, independentemente do sistema orgânico principal comprometido, o fato de ser portador de graves comorbidades ou complicações, fazia com que o tempo de permanência e custos hospitalares fossem muito diferentes de pacientes com comprometimento do mesmo sistema orgânico, mas sem o conjunto de comorbidades. Desta forma, foi desenvolvida uma categoria que antecede as categorias diagnósticas maiores, ou seja, um pré-MDC, que agrega pacientes que passaram por transplantes complexos ou com necessidade prolongada de ventilação mecânica, com traqueostomia, e outros fatores.

Constatando que o consumo de recursos, normalmente, está diretamente associado à gravidade do paciente, tem-se o *case mix* na plataforma DRG. O termo *case mix* - ou coeficiente global de ponderação da produção - representa a proporção relativa de diferentes tipos de pacientes que o hospital trata. É uma medida de complexidade e criticidade assistencial hospitalar baseada na idade, doença, motivo que determinou a internação, nas doenças pré-existentes e nos procedimentos realizados. Portanto, o *case mix* é a composição

B

dos pesos relativos de estimativa de custos por DRG, além de ser, também, uma forma de estimular a entrega de valor.

Os pesos do *case mix* variam de 0,1771 para o DRG 795 - neonato normal, a 27,1011 para o DRG 001 - transplante cardíaco ou implante de sistema de suporte cardíaco com complicações/comorbidades maiores (MS-DRG, versão 34).

Tabela 2 - Perspectivas do case mix, DRG.

CASE MIX NA PERSPECTIVA CLÍNICA	CASE MIX NA PERSPECTIVA DOS ADMINISTRADORES
Complexidade dos pacientes e o grau de dificuldade do tratamento.	A demanda por recursos que os pacientes requerem da instituição e o grau de dificuldade de organização dos processos de trabalho hospitalar para realização da assistência.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.

Dessa forma, a metodologia DRG Brasil foi criada para aprimorar o modelo assistencial e remuneratório, proporcionando um atendimento de maior qualidade aos pacientes, com menor custo e maior entrega de valor. No contexto da saúde, a DRG significa oferecer resultados assistenciais com redução de desperdício e melhoria da experiência do paciente, com a contribuição da inteligência artificial e outros recursos relevantes.

O uso do método adaptado ao contexto brasileiro oportuniza inúmeros benefícios para as Unidades de saúde. Dentre eles, destacam-se:

- Identificação de oportunidades para redução dos desperdícios do sistema de saúde;
- Modelo remuneratório baseado em valor;
- Controle da sinistralidade;
- Sustentabilidade econômica do sistema de saúde;
- Foco na segurança do paciente;
- Predição de resultados e recursos;
- Melhoria do desempenho da organização;
- Avaliação da qualidade do serviço prestado;
- Melhoria da experiência para o paciente;
- Uso eficiente do leito hospitalar.

A metodologia DRG Brasil já é usada em mais de 400 hospitais e 129 operadoras de saúde do país, o que resulta em um alcance de mais de 15 milhões de vidas.

Pensando na qualidade assistencial e no melhor gerenciamento dos custos, em 2020, a AGIR

agir

inseriu a plataforma DRG Brasil nas Unidades CRER e HUGOL, e em 2023 no HECAD. Com essa iniciativa, a AGIR tornou-se a primeira OSS no Estado de Goiás a implantar essa metodologia, unindo eficiência, inovação, segurança e tecnologia.

Essa experiência vem promovendo uma tomada de decisão assertiva dos gestores perante os desafios enfrentados nas Unidades, reafirmando o compromisso da AGIR em aprimorar as boas práticas de gestão, por meio da intensificação do cumprimento das normas estabelecidas pelas instituições reguladoras, promovendo ensino e zelando pelos valores universais do SUS.

4.3.1.3. Sistema de Gestão Documental - e-Doc

A AGIR possui um sistema próprio para a gestão eletrônica do acervo documental, nomeado e-Doc AGIR. Essa plataforma permite a materialização das ações em ambiente virtual, promovendo agilidade e sinergia entre os entes envolvidos, redução de custos com impressões e transporte de documentos, rastreabilidade, bem como segurança da informação.

Além das vantagens supracitadas, o e-Doc permite a atuação simultânea de vários usuários em um mesmo processo, bem como abrange os tipos de processos institucionais, tais como: aquisições e contratações, pagamentos, contratação de pessoal, atendimento de demandas internas e externas, dentre outros.

4.3.2. GESTÃO DA ASSISTÊNCIA

A gestão da assistência compreende um modelo de gerenciamento de unidades de saúde e baseia-se em princípios voltados à transformação da atenção à saúde, de forma estruturada, aglutinando gestão, cuidado, qualidade e educação, com foco gerencial e governança clínica.

Nesse sentido, os princípios podem ser aplicados na Unidade gerenciada, contribuindo para:

- Orientação às necessidades de saúde e à integralidade do cuidado;
- Informações das pessoas usuárias sobre os riscos e benefícios da atenção à saúde;
- Qualidade e definições de padrão de segurança no cuidado em saúde;
- Gestão de riscos à saúde, sistemas de vigilância, ouvidoria e auditoria;
- Articulação e valorização dos diferentes saberes e práticas em saúde para o enfrentamento dos problemas de saúde;
- Definição de diretrizes clínicas, padronizações e protocolos, de forma a dar atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas;
- Compartilhamento de poder e corresponsabilização entre gestores, profissionais de saúde e cidadãos na produção da atenção em saúde;
- Educação de pessoas e da organização;
- Orientação aos resultados que agreguem valor à saúde e à vida, com elaboração de planos de cuidados, elaboração conjunta de metas a serem cumpridas, passos para cumprir metas e ações para superar obstáculos;

- Transparência e responsabilização com os interesses coletivos;
- Sistemas integrados.

Os princípios da gestão assistencial expressam conexões que lançam uma nova luz sobre a gestão, atenção à saúde e educação, demandando uma consciência crítica em relação à simultaneidade de permanências e mudanças de práticas.

Nesse contexto, a AGIR desenvolve intervenções com foco na reestruturação dos processos e serviços das áreas assistenciais e de apoio em formato de Projetos de Melhoria, utilizando-se de ações planejadas, pautadas em metodologias híbridas e desenvolvimento da equipe.

4.3.2.1. Projeto de Melhoria

Tem como objetivo principal mapear as atividades desenvolvidas nos setores apontados, usando premissas que garantem a participação ativa dos agentes envolvidos diretamente nas atividades de atenção aos pacientes.

O projeto define, por exemplo, alteração de fluxos operacionais, aumento de desempenho e eficiência, fortalecimento de ações que agregam valor às entregas, sempre com foco na melhoria da experiência do usuário. Durante a sua execução são propostas ferramentas flexíveis, inovadoras e ágeis, capazes de produzir tomadas de decisão rápidas e assertivas, além de reconhecer, desenvolver e potencializar os talentos que existem dentro da organização.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de compreender a visão sistêmica do funcionamento da Unidade, por meio de técnicas de comunicação efetiva, ampliando o entendimento das interdependências entre setores e, ao mesmo tempo, aumentando a segurança do paciente por colocá-lo como centro das atenções de todas as tomadas de decisão.

Com o objetivo de promover a cultura enxuta, o pensamento *Lean* é implantado como inspiração de todo o projeto, pautado pelos princípios: valor, fluxo de valor, fluxo contínuo, produção puxada e melhoria contínua. O *Lean Six Sigma*, conforme citado anteriormente, faz com que a transformação desenvolvida seja incorporada na cultura organizacional da instituição de forma permanente.

4.3.2.2. Atendimento Médico

Conforme previsto e estabelecido na Resolução CFM nº 2.057/2013, é de responsabilidade do médico o diagnóstico, indicação, aplicação e continuidade dos programas terapêuticos e de reabilitação em seu âmbito de competência.

Todo atendimento será pautado na ética, prudência e perícia, indicando o plano terapêutico adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente, sem exageros ou omissões.

Os profissionais médicos, assim como os demais profissionais da equipe, serão monitorados

quanto à sua performance em relação às atividades exercidas dentro e nos diferentes pontos de atenção à saúde, através de sistemas gerenciais de apoio, coordenação e sistemas logísticos de informática, com indicadores de performance e qualidade.

Assim como as outras frentes de assistência, o atendimento médico que está sendo proposto traz a filosofia da AGIR em inovar suas ações, utilizando recursos administrativos modernos e metodologias que vêm se consolidando no cenário internacional.

Exemplo disso é a implantação de um modelo de metas a serem alcançadas, de forma balanceada e autorregulada, valorizando a saúde da população, a experiência do cuidado e o gasto *per capita*. Esse modelo é conhecido como Tripla Meta (*Triple aim*) e foi desenvolvido pelo *Institute for Helthcare Improvement*, em 2008, em 15 instituições dos Estados Unidos, Inglaterra e Suécia, expandindo-se, em 2010, para vários países do mundo.

4.3.2.3. Atendimento de Enfermagem

O serviço de enfermagem será pautado na qualidade do atendimento ao paciente e sua atuação será realizada com responsabilidade, competência, conhecimento técnico-científico e humanização, tendo o paciente como o centro do cuidado.

Os atendimentos de enfermagem acontecerão de maneira padronizada e serão sistematizados por protocolos, normas e rotinas setoriais, primando pela segurança do paciente e respeitando a integralidade e os princípios éticos.

Para o planejamento da assistência de enfermagem será aplicada a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, que é uma metodologia desenvolvida a partir da prática do enfermeiro para sustentar a gestão e o cuidado no processo de enfermagem. O método fortalece o julgamento e a tomada de decisão clínica assistencial do profissional de enfermagem, permitindo a implementação do Processo de Enfermagem em 5 (cinco) etapas, a saber: (1) avaliação; (2) diagnóstico; (3) planejamento; (4) implementação, e; (5) evolução.

O profissional da enfermagem, juntamente com os demais profissionais de saúde, atuará nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a segurança do paciente, reduzindo ou eliminando o risco de danos desnecessários associados com a saúde. Dessa forma, a ocorrência de eventos adversos no cuidado à saúde do paciente será minimizada.

As atividades dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem serão exercidas sob supervisão, orientação e direção do enfermeiro. Caberá ao enfermeiro responsável pelos setores da Unidade planejar, organizar, coordenar e avaliar a execução dos serviços de enfermagem, ou seja, definir as atribuições dos membros que compõem a equipe de enfermagem, bem como as rotinas internas inerentes ao serviço, pautado nas disposições legais da profissão.

Tendo o paciente como o centro do cuidado, a prestação da assistência ocorrerá sob a

supervisão do enfermeiro, ficando o técnico em enfermagem responsável integralmente pelos cuidados dispensados ao paciente.

Em linhas gerais, para composição do quadro de colaboradores do serviço de enfermagem será utilizado o Parecer Normativo nº 1/2024 do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, de forma que atenda os preceitos legais e as necessidades específicas da Unidade, com suporte tecnológico de um sistema de dimensionamento de pessoal desenvolvido pela AGIR, conforme descrito abaixo.

4.3.2.4. Atendimento Multidisciplinar

A AGIR realiza a gestão do atendimento multidisciplinar por meio de um modelo que potencializa os resultados individuais e proporciona o alcance de resultados de alta eficácia clínica.

Propõe-se a diversificação e qualificação da oferta de assistência multiprofissional e interdisciplinar, com base na continuidade do cuidado e no olhar ampliado sobre as necessidades de pessoas e coletivos.

A distribuição das especialidades multiprofissionais será regida pelos critérios de densidade populacional atendida, complexidade da assistência oferecida, características epidemiológicas da população residente e forma de acesso (referenciada ou livre demanda).

A assistência da equipe multiprofissional será organizada de forma a atender as demandas terapêuticas e as normativas legais exaradas pelo poder público por meio de leis, portarias, instrutivos e outros documentos oficiais, das definições das agências regulatórias e, também, das resoluções dos conselhos profissionais.

Considerando que a equipe multidisciplinar em saúde é composta por profissionais de diferentes funções e *expertises* e que se complementam, sendo focada em um objetivo comum, o ponto chave da condução da equipe será a utilização das qualificações distintas de cada membro para trazer mais dinamismo aos processos de trabalho. Para tal, a autonomia profissional será respeitada, sendo a regulação do exercício profissional sustentada nos Códigos de Ética de cada profissão.

A experiência da AGIR na gestão em saúde mostra que, quando bem estruturada, a equipe multidisciplinar é uma estratégia fundamental para tornar o atendimento mais qualificado, efetivo e seguro para o paciente. Além disso, é possível promover diferentes ações que resultam em benefícios clínicos, humanísticos e econômicos para a instituição.

4.3.2.5. Serviços de Apoio e Diagnóstico Terapêutico - SADT

A execução dos Serviços de Apoio e Diagnóstico Terapêutico - SADT, conforme a prestação de assistência realizada no Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto e Instituto da Mulher Dona Lindu seguirá os protocolos clínicos e diretrizes aplicáveis, permitindo a execução equacionada

de exames básicos, complementares e terapêuticos para alcançar o restabelecimento e/ou controle das patologias tratadas.

4.3.2.6. Sistema de Dimensionamento de Pessoal da Enfermagem

O Sistema de Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem foi desenvolvido pela OSS com o objetivo de tornar o processo de dimensionamento do quadro de profissionais assistenciais mais ágil, eficiente, assertivo e seguro.

Com este sistema é possível dimensionar, rapidamente, o quadro de pessoal de enfermagem para as diversas áreas de serviços de uma unidade hospitalar. Além disso, a ferramenta está alinhada às normas e regulamentos que regem a segurança do paciente e dos colaboradores.

O sistema funciona como um assistente de passo a passo, onde o gestor consegue dimensionar, agilmente, o quadro de colaboradores de uma Unidade, apenas seguindo as instruções que o sistema propõe. Tais instruções levam em consideração variáveis diversas, como por exemplo a categoria, a unidade de internação, o instrumento normativo utilizado para cálculo, a classificação dos pacientes, a quantidade de leitos, a taxa de ocupação, o índice de segurança técnica, a constante de marinho e a quantidade de dias e horas de trabalho.

Os métodos e tecnologias aplicadas ao desenvolvimento dessa ferramenta a tornam flexível e escalável, ou seja, outras legislações podem ser configuradas para realizar os cálculos de dimensionamento, a partir de novas regras ou características específicas.

4.3.2.7. Sistema Integrado de Gestão

Com uma gestão moderna e, principalmente, interoperável, a AGIR garante a operação de todas as atividades que permeiam as Unidades geridas pela organização, por meio de um sistema de planejamento de recursos empresariais, denominado *Enterprise Resource Planning* - ERP.

Em conformidade com a Portaria GAB/SES-GO nº 1.046/2019, a AGIR foi pioneira no que tange à implantação e implementação da Saúde Digital nas unidades hospitalares do Estado de Goiás, prezando pela padronização dos processos e, em especial, agregando valor aos profissionais e usuário do SUS.

A AGIR disponibiliza de um sistema de informação que administra todos os processos de negócio de forma integrada, perpassando desde o primeiro atendimento do paciente e indo das compras à contabilidade. O sistema possibilita a apuração dos custos e resultados por centro de custo e análise do desempenho econômico da instituição, garantindo informações gerenciais precisas e confiáveis para a tomada de decisão e prestação de contas.

Nesse sistema, faz-se uso do Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP, com assinatura digital, onde todas as informações são armazenadas de forma eletrônica, garantindo maior rastreabilidade, segurança da informação e sinergia nos atendimentos, haja vista que estes

estarão vinculados aos processos digitais da Unidade.

A estrutura do sistema proposto para implantação é composta dos seguintes módulos:

- **Gerenciamento Eletrônico de Prontuários do Paciente**

O PEP é uma tecnologia utilizada no registro, armazenamento e controle digital das informações do paciente. Com essa ferramenta é possível reduzir erros, otimizar recursos, ampliar a segurança e aperfeiçoar o atendimento na Unidade, sendo essa uma ferramenta certa para redução de custos.

A interoperação entre os módulos que permeiam o PEP faz com que a Unidade se desponte não somente no conceito de gerenciamento dele, mas também, no gerenciamento de todos os módulos de apoio que norteiam a operação na instituição, acolhendo a governança dos dados.

A centralização de todas as informações clínicas e assistenciais dos atendimentos realizados aos pacientes em uma única base de dados fortalece o conceito de segurança e integridade desses. Além disso, serão garantidas as características mínimas relacionadas abaixo:

- Confidencialidade dos dados dos pacientes: acesso a partir de níveis de permissões;
- Acesso remoto e simultâneo às informações do prontuário por vários profissionais da saúde, considerando as regras e políticas de segurança, alinhado às normas do Conselho Federal de Medicina - CFM e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde - SBIS;
- Consulta à agenda e confirmação de pacientes;
- Registro de anamnese, história da doença atual, diagnóstico e tratamento;
- Acesso ao prontuário completo do paciente;
- Prescrição eletrônica;
- Senhas de acesso restritivas;
- Assinatura digital de todos os registros inseridos no PEP;
- Evolução médica por padrões;
- Emissão de atestados, receitas e laudos;
- Solicitações de consultas, cirurgias e exames;
- Lançamentos de procedimentos pelo médico, executados no consultório;
- Controle de pareceres da equipe multidisciplinar;
- Possibilidade de análise estatística das informações clínicas;
- Garantia da legibilidade total das informações;
- Organização do prontuário do paciente, eliminando o extravio e o não preenchimento correto das informações;
- Rastreabilidade na edição dos dados do PEP.



- **Gerenciamento de Internação**

Módulo que permite a gestão da internação do paciente, abrangendo o acompanhamento multiprofissional diário em seus diversos níveis, prescrição e checagem de medicamentos, categorização e mitigação dos riscos assistenciais, evidência da assistência prestada em diversos níveis (clínica cirúrgica, clínica médica, reabilitação e terapia intensiva, por exemplo).

- **Gerenciamento Ambulatorial**

Módulo que gerencia as agendas de consultas eletivas de forma detalhada e ágil, realizando cadastro único dos pacientes, sendo esses dados utilizados por todos os outros módulos do sistema.

- **Atendimento Geral**

Módulo que realiza o controle das recepções da Unidade em um único módulo (ambulatório, exames etc.).

- **Central de Marcação**

Módulo que gerencia todas as agendas da Unidade em um único módulo (exames, consultas etc.), podendo realizar de uma única vez vários agendamentos para o mesmo paciente.

- **Controle de Infecção Hospitalar**

Módulo que controla todos os focos de infecção, por meio dos "sentinelas" do sistema, que sinalizam os resultados de culturas, realização de procedimentos invasivos, prescrição de antibióticos e controle da dispensação dos antimicrobianos prescritos pelos médicos.

- **Diagnósticos Laboratoriais**

Módulo que permite consulta dos laudos pelos médicos no momento da elaboração da prescrição médica, controlando os valores de referência de cada exame, alertando resultados fora do valor normal.

- **Apoio Rouparia**

Módulo que possibilita a gestão de todo o processo de logística do enxoval da instituição. Além disso, ele controla o processo de disponibilização do enxoval entre a assistência, a lavanderia

(externa ou interna) e a oficina de reparo. O módulo, também, possibilita a composição do custo.

- **Apoio Portaria**

Módulo que controla todo o processo de acesso à Unidade por acompanhantes de pacientes, visitantes e fornecedores, utilizando etiquetas de identificação.

- **Gerenciamento de Estoque**

Módulo que permite a rastreabilidade dos produtos. Essa lógica é embutida em todas as movimentações de estoque, com o controle de lote e validade, permitindo à Unidade gerir os produtos próximos a vencer.

- **Controle de Patrimônio**

Módulo que rastreia a localização do bem (ativo fixo) dentro da Unidade, bem como gerencia o mapa de trabalho para manutenção preventiva e integrada, automaticamente, os lançamentos contábeis com os módulos afins. Além disso, ele controla a garantia do fabricante, diminuindo custos com manutenção corretiva.

- **Controle Contábil**

Módulo que controla as informações de obrigações e direitos da Unidade, utilizando as demonstrações contábeis e relatórios gerenciais, além de realizar a integração entre o módulo contábil e todos os módulos do sistema que geram informações financeiras.

- **Controle Financeiro**

Módulo que controla todas as movimentações financeiras dos caixas distribuídas na Unidade, possibilitando a transferência de saldos entre eles e o fechamento diário das entradas e saídas.

- **Faturamento**

Módulo que efetua o controle fidedigno das informações do faturamento SUS, conforme as regras preconizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Esse módulo também realiza o controle das contas glosadas - por procedimento, grupo de procedimento e grupo de faturamento, possibilitando a análise e reapresentação delas.

agir

- **Controle de Manutenção**

Módulo que controla as manutenções dos equipamentos e infraestrutura da Unidade, possibilitando cadastro das solicitações de serviços de manutenção, alocação dos gastos com a manutenção no devido centro de custos, planejamento de manutenção preventiva de equipamento e integração com os módulos de suprimentos e custos.

4.3.2.8. Sistema de Informações Gerenciais e-Agir

Considerando o volume de informações que devem ser gerenciadas pelos gestores da saúde, os sistemas digitais constituem-se em ferramentas essenciais para a administração das organizações que prestam serviço aos usuários do SUS.

A AGIR, desde seu nascedouro, prima pela utilização de *softwares* avançados de gestão, que possibilitam a tomada de decisão com base em dados *on-time* e que permitem, ainda, o compartilhamento dos resultados com as demais esferas, além dos níveis institucionais estratégico, tático e a operacional internos, envolvendo diferentes lideranças para a busca de soluções consubstanciadas.

Assim, a atuação da AGIR no Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto e Instituto da Mulher Dona Lindu será focada em indicadores de gestão que demonstrem a efetividade de cada fluxo de atividade realizada na Unidade, monitorando a ocorrência de falhas que possam subsidiar a criação de estratégias para contribuir na mitigação de ocorrência de novos eventos e equilibrando os resultados com o custo-efetividade.

A AGIR avançou ainda mais nessa proposta com a construção do centro de excelência em gestão, denominado e-Agir, que tem o propósito de compartilhar e analisar os resultados das unidades de saúde sob sua gestão, viabilizando a análise crítica dos indicadores disponíveis, haja vista que esses precisam ser discutidos em equipe para que sirvam como base do planejamento para os próximos passos da organização.

B

agir



Figura 28 - Foto do ambiente do e-Agir, localizado na sede da AGIR.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2022.

O foco é o desenvolvimento de uma cultura organizacional alicerçada pelo pensar prospectivo, verificando as tendências apresentadas por esses indicadores, com cálculos estatísticos e análise crítica do cenário atual.

Pautado pelo acesso rápido e objetivo, o e-Agir é um espaço importante na agenda dos gestores e de seus liderados, sedimentando aprendizados adquiridos por meio da medição de resultados diários, semanais, mensais ou em outros ciclos, para que se estabeleçam as ações corretivas e de planejamento pertinente ao tema.

4.3.2.9. Boletim Eletrônico do Paciente

Desenvolvido pela AGIR, o Boletim Eletrônico do Paciente é mais um recurso a favor da humanização do atendimento aos usuários nos hospitais. A plataforma possibilita uma solução para os familiares que anseiam por notícias dos seus entes queridos e contempla, ainda, a responsabilidade dos profissionais da Unidade em informar sobre a situação clínica de saúde e a assistência ofertada ao paciente.

Esse sistema foi desenvolvido em formato 100% eletrônico e é atualizado diariamente pelos profissionais da saúde envolvidos no cuidado ao paciente internado. O Boletim Eletrônico possibilita a comunicação do hospital e do paciente com os seus familiares, já que as informações podem ser acessadas diuturnamente e de forma ilimitada, por meio de um computador, smartphone ou tablet. É a tecnologia contribuindo com a empatia, comodidade, segurança e velocidade da informação.

Atualizado quanto ao quadro clínico do paciente, o Boletim Eletrônico foi estruturado, ainda, para ofertar maior pluralidade de informações aos familiares, pois a plataforma é acessada e

alimentada por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

As informações podem ser acessadas pelos familiares do paciente, que recebem os dados de acesso no momento da internação. O boletim pode ser acessado diretamente pelo site da AGIR (www.agirsaude.org.br), na opção "Portal do Paciente", que aparece no menu principal.

Dessa forma, observa-se que o boletim é uma ferramenta moderna e segura, com potencial para reduzir o fluxo de pessoas nas recepções dos hospitais e a quantidade de ligações. Com isso, otimiza-se os atendimentos, prestando um suporte ágil e cada vez mais humanizado para todos.

4.3.3. GESTÃO DE PESSOAS

A valorização do capital intelectual é um tema amplamente discutido nas organizações, a partir do momento em que se percebeu que o trabalho organizacional depende fundamentalmente de pessoas. Não existem organizações sem pessoas, exatamente pelo fato de que os recursos e tecnologias não são autossuficientes e requerem pessoas com talentos e competências variadas para operá-los adequadamente.

O que se observa nas organizações de sucesso, atualmente, é que a valorização do capital intelectual, ou seja, o foco no desenvolvimento das pessoas, tem influenciado de forma positiva em seus resultados. Isso se dá, principalmente, pela criação de uma postura flexível no que se refere à mudança, maior eficácia nos processos de trabalho, na comunicação e maior engajamento das equipes.

No entanto, há necessidade de saber gerenciar e desenvolver o capital intelectual para que a informação e conhecimento realmente sejam utilizados e agreguem valor às organizações. Nesse sentido, cabe ao setor de Recursos Humanos - RH integrar-se cada vez mais ao negócio para ocupar o seu papel como um componente estratégico.

Nesse sentido, a Política de Recursos Humanos da AGIR, já praticada com sucesso nas demais unidades sob sua gestão, traz o enfoque para a Gestão por Competências, por entender que esse modelo de gestão constitui uma ferramenta propulsora altamente capaz de transformar e viabilizar o crescimento organizacional.

Esse modelo apresenta o caminho para que a instituição possa criar estratégias para o aproveitamento do seu capital humano e, assim, obter o máximo resultado da produtividade de cada colaborador, dando oportunidade de crescimento profissional para os mesmos e para a Unidade como um todo.

Com a finalidade de ampliar os conhecimentos, habilidades e atitudes dos colaboradores para que eles desempenhem suas funções com maior efetividade, promovendo o autodesenvolvimento e o crescimento do negócio em si, a AGIR desenvolveu um conjunto de

ações, ferramentas e programas pautados na eficiência da gestão de pessoas, conforme destacado abaixo.

4.3.3.1. Utilização do Sistema de Recursos Humanos TOTVS RM como Ferramenta de Gestão

A AGIR utiliza o Sistema RM desenvolvido pela TOTVS, empresa líder no mercado de ERPs no Brasil. Esse sistema é uma ferramenta de gestão de RH capaz de promover, em conformidade com a legislação e com a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, o controle das rotinas de processamento do departamento pessoal, segurança e saúde ocupacional, recrutamento, seleção, treinamento e desenvolvimento humano, possibilitando cadastrar informações importantes para as entregas das obrigações trabalhistas, incluindo o processamento da folha de pagamento, extração e análise dos dados, emissão de relatórios e apresentações gerenciais.

O Sistema RM faz o gerenciamento de RH, transformando a gestão de pessoas em uma atividade estratégica. Ele permite administrar com eficiência todas as subáreas, reduzir custos do departamento e automatizar os processos, desburocratizando as rotinas de administração de pessoal da AGIR.

Através dos cadastros e registros mantidos na ferramenta, a OSS alcança maior segurança das informações, viabilizando um controle sobre o negócio, o que auxilia nas tomadas de decisão e garante resultados mais assertivos, desde o planejamento até a execução.

4.3.3.2. Pesquisa de Clima Organizacional

A Pesquisa de Clima Organizacional corrobora para a realização de mapeamento e diagnóstico da dinâmica organizacional, a partir da ótica dos colaboradores. Consciente dos impactos dessa avaliação, a AGIR fortalece o engajamento e o bem-estar organizacional, obtendo, com essa ferramenta, um importante balizador de suas iniciativas.

A referida pesquisa é um recurso democrático, comumente utilizado com propósito de desenvolver práticas alinhadas às demandas emergentes. A ideia central é a de que a opinião coletada dos colaboradores pode ser convertida em oportunidades de progresso para a OSS, tanto no aspecto de validação das percepções ali contidas, quanto na oportunidade de melhoria comunicacional. Isto se considerado que, por vezes, identificam-se déficits conceituais relativos às políticas implantadas e não necessariamente, ausência de políticas.

Na prática da AGIR, a análise dos resultados da pesquisa e a delimitação do plano de ação não se confundem com diagnóstico setorial ou avaliação de desempenho. Porém, numa perspectiva sistêmica, o desfecho da pesquisa favorece a consolidação da imagem organizacional perante seu público interno e externo, bem como o aperfeiçoamento das políticas de gestão da OSS.

A AGIR aplica a pesquisa de clima de forma virtual, garantindo amostra em ampla escala,

The logo for AGIR, featuring the lowercase letters 'agir' in a bold, blue, sans-serif font.A handwritten signature in blue ink, appearing to be a stylized 'B' or similar character.

acesso prático e ágil, com levantamento dinâmico de dados e leitura segura de resultados. A efetividade desse processo demanda controle, monitoramento e avaliação, ciclicamente, conforme é realizado pela OSS.

4.3.3.3. Programa de Formação de Líderes

A AGIR promove um programa de desenvolvimento voltado ao preparo, aperfeiçoamento e instrumentalização de lideranças, no âmbito formal e sucessório.

A abordagem teórico-prática foi escolhida como possibilidade de aliar a instrumentalização a reflexões de cunho comportamental, focada no desenvolvimento de competências, ou seja, conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes incorporadas ao "Saber", "Saber Fazer" e "Querer Fazer", respectivamente.

Esta iniciativa fundamenta-se em ações sistematizadas, orientando-se por ofertar uma experiência de aprendizagem focada no desenvolvimento e autodesenvolvimento, bem como aquisição e aprimoramento de competências, foco em resultados e alinhamento aos objetivos da OSS.

Em suma, a formação de líderes da AGIR baseia-se numa modelagem de fortalecimento da identidade organizacional e responsabilidade pessoal, consideradas a junção do capital humano, institucional e da informação, permeada pelo cenário interno e externo.

4.3.3.4. Campanha do Respeito Gera Respeito

A "Campanha Respeito gera Respeito" originou-se de uma iniciativa da gestão da AGIR, objetivando a intensificação de atitudes promotoras de bem-estar no ambiente laboral, pautadas no respeito mútuo.

Mensalmente, uma equipe é responsável por tratar um tema relacionado às práticas e valores humanos que refletem o propósito da AGIR e contribuem com a construção de um ambiente mais saudável, harmônico, integrador e acolhedor.

Os temas apresentados na figura abaixo são abordados por meio de textos, vídeos e dinâmicas, sendo a divulgação realizada nos diversos canais de comunicação da AGIR.



Figura 29 - Temas da Campanha do Respeito.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.

B

As temáticas favorecem atitudes afirmativas como fator de melhoria do ambiente de trabalho, o que repercutirá na formação de hábitos - traduzidos em comportamentos - que acompanharão o profissional em sua atuação junto à sociedade.

A Campanha não se restringe a um serviço, tampouco prevê uma atuação departamentalizada. Antes, oportuniza a experiência de uma ação conjunta, realizada de pessoas para pessoas, estimulada na prática do que faz a diferença.

Essa visão integrada favorece a conscientização de todos os profissionais da AGIR sobre a importância de se cultivar o respeito no ambiente de trabalho, na consideração às diferenças individuais e empatia, para a construção de uma cultura justa e alinhada aos valores e propósito da OSS.

4.3.3.5. Programa Estamos Juntos

O Programa Estamos Juntos apresenta como eixo estruturante a premissa de que profissionais de uma instituição necessitam estar alinhados aos preceitos norteadores desta para ordenamento pessoal e funcional.

O Programa está em consonância com os objetivos estratégicos da OSS e seu direcionamento aponta para a transformação da cultura organizacional, incidindo de forma positiva sobre os colaboradores de todas as unidades geridas pela AGIR.

A sua execução propõe a promoção de inúmeros momentos e espaços para discussões e reflexões, realizados de forma presencial e on-line, sendo que alguns desses momentos são exclusivos para os líderes das instituições.

As ações do programa beneficiam profissionais diretos e prestadores de serviços indiretos, estabelecendo o acolhimento, o engajamento, a capacitação e a integração dos colaboradores, independente do vínculo empregatício.

4.3.3.6. Programa Trainee AGIR

O Programa de Trainee em Gestão em Saúde da AGIR, intitulado Incubadora de Líderes, visa a atração, contratação e o desenvolvimento de potenciais talentos de gestão em saúde, somando-se às estratégias de pipeline de liderança da instituição. O programa conta com uma jornada de desenvolvimento com duração de 12 meses distribuídas em:

- *Onboarding* de imersão no negócio e na Cultura da AGIR;
- *Job rotation* pensado para proporcionar uma vivência prática e dinâmica nas principais áreas core do negócio;
- Programa de mentoria;
- Desenvolvimento de um projeto de melhoria;
- Todo o apoio, orientação e assistência ao longo do programa do RH corporativo;
- Avaliações ao longo de cada rotação, pensadas para oportunizar, ajustar e orientar o

desenvolvimento pleno das suas *Hard Skills*;

- Possibilidade de assumir uma oportunidade, até mesmo de uma posição de liderança na conclusão do ciclo do programa.



Figura 30 - Programa Trainee AGIR.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.

4.3.3.7. Sistema Integrado de Gerenciamento de EPI's - SIGEPI

O SIGEPI é um sistema desenvolvido pela AGIR que utiliza tecnologias modernas para auxiliar no processo de solicitação e entrega de Equipamento de Proteção Individual - EPI, com registro de assinaturas, relatórios e indicadores.

O principal objetivo do sistema é garantir a entrega assertiva dos EPIs aos profissionais, proporcionando segurança e confiabilidade dos dados relativos ao uso desses equipamentos.

O sistema traz agilidade no processo das entregas, redução das filas na dispensação, relatórios *on-time* dos solicitantes e arquivos armazenados em nuvem, reduzindo gastos com papéis e espaço para alocação.

Assim, a utilização do sistema nas unidades geridas pela AGIR torna possível ganhos na eficácia do gerenciamento e controle dos EPIs, proporcionando ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT o acesso a dados importantes de serem monitorados pelo setor. Por exemplo, com o sistema é possível identificar colaboradores com gasto excessivo de produtos, ou aqueles que não estão retirando a quantidade de EPIs necessária para a conformidade preconizada pelas normas regulamentadoras.

B

agir



Figura 31 - Tela principal do SIGEPI.

Fonte: Sistema SIGEPI.

4.3.4. GESTÃO DE QUALIDADE E COMPLIANCE

A AGIR possui práticas integradas em *Compliance* e Qualidade, conectando a padronização e melhoria com as ações para a conformidade dos processos, por meio de uma postura preventiva ao gerenciar riscos e canais de escuta para as partes interessadas.

A instituição desenvolveu um método em que a qualidade se interliga com o *Compliance*, a partir da perspectiva de que este trabalha para prevenir, avaliar e responder, como frente de atuação para a integridade e para a melhoria contínua.

As atividades pautam-se em uma abordagem educativa, promovendo alinhamentos e capacitações com foco no aumento da performance, redução dos desperdícios e entrega de valor aos clientes da AGIR.

Ao implantar uma nova unidade, a AGIR aplica uma metodologia pautada pela trilogia de Juran, que versa sobre a sistematização, controle e aperfeiçoamento da qualidade, ao priorizar esforços para que os processos estejam devidamente mapeados e contratualizados entre as partes, para que os possíveis riscos sejam mitigados a partir da realização de práticas de controle e, ainda, para que os resultados sejam analisados criticamente e possibilitem mudanças positivas nas tarefas.

Essas ações são realizadas por meio da implantação e manutenção da Política Institucional de *Compliance*, composta pelo Programa de Integridade e pelo Programa de *Compliance* e Qualidade.

Compreende-se que as práticas estruturadas na metodologia unificada da AGIR para a atuação do *Compliance* e Qualidade são efetivas ferramentas para a melhoria contínua dos processos de saúde. Tais práticas incluem:

- Gestão por Processos;
- Gestão de Riscos;
- Gestão de Resultados;
- Auditoria Interna;
- Gestão Documental;
- Programa de Integridade;
- Cultura Justa;
- Segurança do Paciente;
- Canal de Denúncias;
- Políticas Institucionais, e outras.

4.3.4.1. Processos de Certificações

Ao iniciar a gestão de uma nova unidade, a AGIR também realiza um diagnóstico de possíveis certificações e acreditações pertinentes ao perfil da instituição, visando a busca do reconhecimento da sociedade para os resultados de excelência ofertados.

Como um processo educativo, os projetos de certificação/acreditação contribuem para uma maior agilidade na implantação dos sistemas de gestão voltados ao *Compliance* e Qualidade, bem como dos temas envolvidos nessas práticas.

A partir do olhar de avaliadores externos especializados, as melhorias propostas por meio das avaliações para certificação/acreditação oportunizam uma análise sistêmica da instituição, baseados em requisitos sólidos e validados em nível nacional e internacional. Como exemplo, cita-se ONA, *International Organization for Standardization - ISO, Health Information and Management Systems Society - HIMSS*, Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS, e tantos outros selos e certificados que podem ser conquistados por meio de estratégias bem definidas pela direção estratégica, associado aos objetivos definidos pelo contratante.

4.3.5. GESTÃO CONTÁBIL E FINANCEIRA

No que tange especificamente à gestão administrativa e financeira, a AGIR norteia-se por princípios, valores e fundamentos voltados inteiramente ao bom uso e aplicação dos recursos públicos a ela delegados.

Para tanto, como foco corporativo, a OSS implementa, cotidianamente, ferramentas de controle financeiro e de segurança patrimonial, que visam dar garantia, integridade, conformidade e, principalmente, transparência às suas operações financeiras, fiscais e contábeis.

Os recursos financeiros direcionados, recebidos e/ou gastos no gerenciamento e

B

operacionalização da Unidade serão geridos por meio de previsibilidade e acompanhamento de execução de caixa, visando a aplicabilidade plena nas atividades e processos da Unidade.

As regras e diretrizes absorverão e atenderão ao preconizado no instrumento de contrato entre as partes, bem como às normativas contábeis aplicáveis à área de serviços em saúde, com destaque para a Interpretação Técnica Geral - ITG 2002 (R1) - Entidade sem fins lucrativos e Comitê de Pronunciamentos Contábeis - CPC 07 (R1) - Subvenção e assistência governamental.

Os recursos oriundos do SUS para operação ou investimento, necessários ou passíveis de complementação, serão captados e aplicados respeitando-se as regras de financiamento, gestão e gerência do sistema, com consentimento da contratante ao custeio das atividades ou investimentos voltados à ampliação e melhoria dos serviços, da estrutura física ou renovação tecnológica.

A AGIR terá o gerenciamento financeiro da Unidade centralizado na sede da OSS e submeterá à contratante, periodicamente ou a qualquer tempo em que for demandada, conforme interesse público, prestação de contas de suas atividades, contendo composição das metas e resultados alcançados, devidamente acompanhados de demonstrativos financeiros e contábeis referentes aos gastos e receitas efetivas, bem como as mutações patrimoniais, em conformidade com os norteamientos emanados pelos órgãos reguladores a que estiverem sujeitas.

Destaca-se a irrestrita probidade alinhada ao planejamento estratégico e *compliance* institucional como pilar no cumprimento de todas as normativas contábeis exaradas pelo Conselho Federal de Contabilidade - CFC e pelo CPC, aplicáveis ao terceiro setor.

4.3.6. GESTÃO DE ORÇAMENTO E CUSTOS

A Política de Orçamento e Custos da AGIR visa o compromisso com a sustentabilidade orçamentária por meio de diretrizes que vislumbram resultados, garantindo o cumprimento dos processos orçamentários, financeiros e de custos.

Os objetivos da Política balizam-se em:

- Esclarecer a origem de receitas recebidas e faturamento gerado pelo atendimento aos pacientes e procedimentos hospitalares realizados (fonte pagadora);
- Direcionar a aplicação de recursos recebidos;
- Otimizar a aplicação de recursos disponíveis;
- Garantir assertividade nas informações geradas pela consolidação dos custos;
- Fornecer conhecimento das composições, evoluções e apropriações de recursos.

A AGIR preconiza que a previsibilidade orçamentária e seu acompanhamento serão fundamentados com base nos resultados de consolidação de custos, sendo as projeções

orçamentárias pautadas em diretrizes da Instituição e da Contratante, quanto a manutenção e/ou ampliação de estruturas e serviços, vislumbrando cenários macroeconômicos.

A apuração e a consolidação dos custos da Unidade, seguirá a metodologia de Custeio por Absorção, alocando os custos para os diversos centros e agentes do processo produtivo, com foco no direcionamento das informações gerenciais para fins de tomadas de decisões assertivas pelos gestores, visando a melhoria do desempenho das atividades e, conseqüentemente, a qualidade no serviço prestado à sociedade.

As informações específicas para a apuração e consolidação dos custos serão tratadas nas plataformas *Business Intelligence* - BI e, também, na *Key Performance Indicators for Health* - KPIH da Planisa, que possibilita levantar e acompanhar indicadores de custos e performance de unidades de saúde geridas através do modelo de OSS.

Após a coleta dos dados, a metodologia utilizada na AGIR para fins de acompanhamento e avaliação acontece por meio de tratativas, lançamentos, importações e cálculos, com obtenção dos resultados estruturados no plano de contas e grupos de centros de custos estabelecidos (Indicador: Taxa/Coeficiente de Execução Orçamentária), em consonância às diretrizes corporativas e àquelas que forem solicitadas pela contratante.

4.3.7. GESTÃO DE CONVÊNIOS E PRESTAÇÃO DE CONTAS

A AGIR detém expertise na gestão integral de convênios estabelecidos pelas esferas municipal, estadual e federal, atuando no acompanhamento de propostas e nas habilitações documentais junto aos órgãos da administração pública.

A OSS responsabiliza-se pela execução administrativa, técnica e financeira, com emissão conclusiva de prestação de contas dos convênios firmados, atendendo aos prazos pactuados, utilizando-se o sistema informatizado de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse por meio de Transferências Voluntárias da União, durante todo o processo.

Ao que se refere a prestações de contas e ações de transparência exigidas pelo Contrato de Gestão estabelecido pela entidade junto aos gestores Municipal e Estadual, quanto às determinações definidas pelo Tribunal de Contas do Estado, a AGIR realiza o acompanhamento administrativo e técnico integral junto aos entes governamentais.

A prestação de contas é realizada conforme as diretrizes dos contratos de gestão e suas determinações de periodicidades e informações a serem enviadas. O trabalho é executado conjuntamente com os setores de planejamento das Unidades e com a Gerência Corporativa de Planejamento da AGIR, mediante processo de construção e validação das informações e relatórios a serem encaminhados ao Contratante e Órgãos de Controle.

B

agir

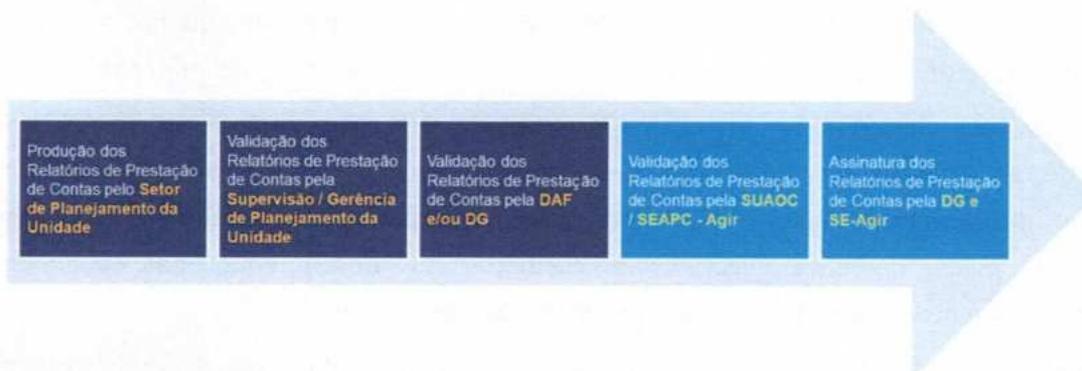


Figura 32 - Validação relatórios de prestação de contas.

(DAF: Diretoria Administrativa e Financeira; DG: Diretoria Geral; SUAPC/SEAPC- AGIR: Supervisão de Avaliação e Prestação de Contas/Serviço de Avaliação e Prestação de Contas- AGIR; SE: Superintendência Executiva)

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.

4.3.7.1. Sistema de Informações Assistenciais - e-Sina

O Sistema e-Sina é um sistema próprio, desenvolvido pela AGIR, que utiliza tecnologias modernas para auxiliar no monitoramento diário dos indicadores dos Contratos de Gestão e indicadores de produção e desempenho.

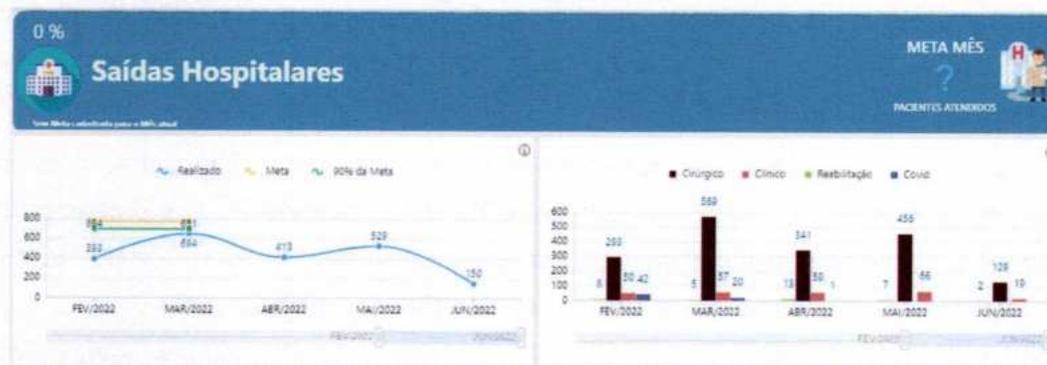


Figura 33 - Monitoramento dos Indicadores do Contrato de Gestão pelo sistema e-SINA AGIR.

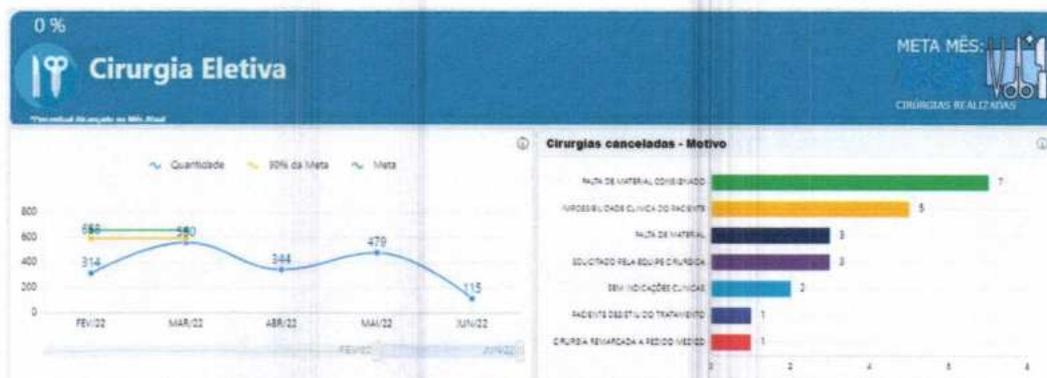


Figura 34 - Monitoramento dos Indicadores do Contrato de Gestão pelo sistema e-SINA AGIR.



Figura 35 - Monitoramento dos Indicadores do Contrato de Gestão pelo sistema e-SINA AGIR.

Fonte: Sistema e-SINA AGIR.

Esse sistema, também, é responsável por gerar, de forma automatizada, os relatórios de prestação de contas junto ao contratante. Por meio dele é possível realizar ações preventivas e preditivas, com objetivo de garantir alcance de metas ao final de cada período.

B



Figura 36 – Painel Gestão à Vista AGIR.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.

4.3.8. GESTÃO DE ABASTECIMENTO E LOGÍSTICA

Todas as unidades hospitalares geridas pela AGIR são abastecidas de bens de consumo patrimoniais e serviços, pela Diretoria Corporativa de Operações e Logística, sendo as aquisições/contratações realizadas seguindo as determinações constantes no "Regulamento para os Procedimentos de Compra, Contratação de Obras, Contratação de Serviços e Alienações de Compras".

Para estruturação das solicitações de ressuprimento, a AGIR utiliza a ferramenta de gestão da cadeia de suprimentos. Tal solução viabiliza a estruturação das solicitações de aquisição embasadas no histórico de consumo, curva ABC, XYZ, desvio padrão, dentre outras variáveis, corroborando para a redução do valor de estoque e majoração do nível de serviço dos insumos padronizados na Unidade (disponibilidade dos itens).

Destaca-se que, visando a manutenção das Unidades, a AGIR realiza todas as aquisições de produtos e serviços por meio do Portal e-Compras AGIR, uma ferramenta de desenvolvimento próprio da Instituição.

Para participar dos processos de contratações, os fornecedores podem realizar o cadastro gratuitamente neste portal, bastando para isso preencher o formulário de cadastro e anexar os documentos solicitados. A partir daí, as empresas cadastradas recebem avisos de abertura e encerramento de cotações e podem acompanhar todas as etapas do processo por meio dele.

Desta forma, a AGIR possibilita ampla participação de fornecedores, o que garante maior concorrência entre esses e a aquisição de insumos aprovados pelo menor valor apresentado no certame.

O Portal e-Compras AGIR resulta em economicidade, ética, inovação e agilidade, através de um processo organizado e eficaz. Ressalta-se, ainda, que tal solução oferece total transparência ao processo de aquisição, estando em conformidade com a LGPD.

Outra etapa de grande criticidade e relevância é o recebimento do produto ou serviço na Unidade. Nesta fase é realizada a conferência das informações constantes na ordem de compra ou contrato, analisando se as condições apresentadas pelo fornecedor estão em conformidade com o negociado com a Diretoria Corporativa de Operações e Logística.

Destaca-se a necessidade de conferência qualitativa e quantitativa dos materiais entregues. Em caso de inconformidade da entrega, o responsável pelo recebimento do produto ou serviço, com apoio da estrutura do solicitante, será orientado a realizar as tratativas necessárias, como a recusa de entrega, solicitação de carta correção, entre outras. Vale ressaltar que o fornecimento deverá ser devidamente atestado pelo solicitante ou pela pessoa responsável por tal ação, assegurando a conformidade da aquisição.

Após a etapa do recebimento, tem-se a fase do armazenamento (guarda) dos insumos recebidos, que será realizado pelo Serviço de Almojarifado da Unidade, em conformidade ao endereçamento do estoque, o qual proporá a melhor disposição considerando consumo, segmentação, quantidade, volume e peso dos itens.

As normas de segurança patrimonial e sanitária serão rigorosamente seguidas, respeitando-se a acessibilidade e observando-se barreiras físicas contra aves e roedores, buscando priorizar locais de fácil higienização e que, principalmente, poderão permitir o rastreamento do item desde sua chegada até a sua destinação final.

A armazenagem de medicamentos termolábeis será feita de acordo com as recomendações do detentor do registro, em meio que seja qualificável termicamente. Os equipamentos envolvidos na armazenagem desses medicamentos possuirão, além da fonte primária de energia elétrica, uma fonte alternativa capaz de efetuar o suprimento imediato de energia, no caso de falhas da fonte primária.

Os medicamentos sujeitos ao regime especial de controle serão guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico, conforme determina a Portaria nº 344/1998.

4.3.8.1. Portal e-Compras



O Portal e-Compras é uma plataforma *web* concebida exclusivamente para a gestão do processo de aquisição de bens e serviços na AGIR. Cuidadosamente desenvolvido, o portal caracteriza-se pela sua modularidade, capacidade de integração com sistemas ERPs, disponibilidade de banco de dados próprio e interface amigável para os usuários.

Estruturado para centralizar todas as informações transacionais em um único *software*, o Portal e-Compras garante, de forma harmônica, a criação de modalidades distintas de negociações e compras, sendo permitidas alternativas de aquisições individuais, conjuntas ou híbridas, aplicadas em formatos tanto de cotação quanto de pregão.

Conforme destacado anteriormente, como diferencial está o seu caráter democrático em permitir a possibilidade de participação de qualquer fornecedor, de forma gratuita, em todos os processos de aquisições da AGIR.

Além das funcionalidades e vantagens descritas, a plataforma proporciona valiosos benefícios para os gestores participantes, como por exemplo a visualização do histórico de compras, a automatização do fluxo de aprovação das etapas, a transparência nos registros das interações realizadas pelo usuário a partir da gravação automática das ações e o monitoramento da performance por meio de indicadores.



Figura 37 - Tela inicial do Portal e-Compras AGIR.

Fonte: Portal e-Compras AGIR.

4.3.9. GESTÃO DE INFRAESTRUTURA E MANUTENÇÃO

Para garantia do completo funcionamento das unidades de saúde, faz-se necessária toda a gestão da infraestrutura. E para isso, a AGIR realiza atividades de manutenção de forma preventiva e preditiva, em todas as edificações, sistemas e equipamentos.

A OSS utiliza de processos, procedimentos e planos de manutenção. A gestão desses serviços é realizada por meio de *softwares* de gerenciamento, através dos quais se consegue, *on-time*, verificar eventuais desvios e realizar as devidas intervenções. Estas ações, por sua vez, possibilitam, também, identificar a necessidade de atualização de sistemas de infraestrutura,

equipamentos e até mesmo de realização de novas obras de melhorias e adequações.

Para a execução de obras, sejam elas de melhorias, adequações ou até mesmo ampliações necessárias nas unidades de saúde, a AGIR conta com equipes de planejamento e gestão, que identificam as necessidades e realizam, desde a concepção dos projetos até a entrega total das obras, o monitoramento de todas as atividades.

É importante ressaltar que, para a execução das obras, a AGIR preza pelo cumprimento total das normas, utilizando-se de fornecedores e prestadores de serviços qualificados, os quais são contratados por meio de processos exigentes e transparentes.

Todas as ações relativas à infraestrutura visam sempre garantir o bem-estar dos pacientes, usuários e colaboradores das Unidades.

4.3.9.1. Engenharia Clínica

O serviço de Engenharia Clínica da AGIR trabalha em sinergia com as normas e com o planejamento estratégico das Unidades, através de processos mapeados e documentos padronizados, pautados nos requisitos aplicáveis pelo manual da ONA e Norma ISO 9001:2015. Além disso, o referido serviço desenvolve gestão de riscos e de criticidade, que norteiam as atividades do setor.

A Engenharia Clínica conta com o gerenciamento em gestão à vista em tempo real do parque tecnológico, onde são avaliados parâmetros, tais como o risco de colapso dos setores das Unidades em função da indisponibilidade de seus equipamentos, parametrizados pelas criticidades e importância deles para o setor. Além disso, informações como o tempo para atendimento das ordens de serviço, bem como, alertas informativos para garantir a operação dos equipamentos são constantemente monitorados.

Pensando na segurança dos pacientes e colaboradores, a Engenharia Clínica realiza treinamentos com planejamento anual, amparado por um sistema de validação da eficiência dos treinamentos, que norteiam os assuntos que serão abordados no ciclo subsequente.

Ademais, a operacionalização dos equipamentos médicos e os fluxos da Engenharia Clínica são abordados em treinamentos introdutórios específicos para este fim. Também, para garantir que todos tenham acesso aos conteúdos essenciais, os equipamentos das Unidades contam com QR codes que direcionam os operadores a treinamentos customizados.

Além do exposto, a AGIR trabalha com sistemas de execução e controle de manutenções preventivas, calibrações, análise de segurança elétrica e qualificação dos equipamentos médicos.

4.3.9.2. Plano de Implantação de Novas Unidades de Negócio - PLIM

A AGIR desenvolveu e utiliza como metodologia, o Plano de Implantação de Novas Unidades de Negócio - PLIM, um sistema próprio da OSS que usa tecnologias modernas para auxiliar no

processo de implantação de novas Unidades.

Os objetivos deste sistema incluem:

- Garantir assertividade no gerenciamento de ações relacionadas aos planos específicos, trazer agilidade no processo de implantação de novas Unidades;
- Controlar as ações voltadas para os novos negócios;
- Introduzir, de forma sistêmica e coordenada, as ações necessárias para alcançar os objetivos das tarefas, a mobilização de recursos e insumos;
- Realizar outras atividades que estejam relacionadas com o planejamento de implantação de unidades a serem geridas pela AGIR.

Além disso, por se comportar como um *framework* de implantação de novas unidades, o PLIM permite um gerenciamento fácil, intuitivo e organizado, com modelos pré-definidos de unidades hospitalares.

Todas as tarefas são dinamicamente alimentadas, gerando informações em gráficos que auxiliam nos resultados em real time, apoiando a tomada de decisão dos gestores envolvidos no processo.

4.3.10. GESTÃO DE PROJETOS E INOVAÇÃO

A gestão por projetos exige estratégia, foco e gestores capacitados. Isso acontece, principalmente, por não se tratar de uma abordagem inteiramente nova, mas extremamente requisitada e necessária diante da transformação digital da atualidade.

Nesse sentido, o gerenciamento de projetos demanda a aplicação de conhecimentos, habilidades, ferramentas e técnicas às atividades do empreendimento para atender aos seus requisitos. Trata-se, portanto, de uma atividade que envolve tanto competências técnicas, quanto habilidades e atitudes de liderança, requerendo inteligência social e emocional.

A gestão por projetos possibilita, de forma estruturada, a padronização dos projetos relacionados com os processos de governança, facilitando o compartilhamento de recursos, metodologias, ferramentas e técnicas. Também, possibilita a transformação de ideias, produtos e setores com inovação disruptiva, pautada nos princípios da simplicidade, conveniência e acessibilidade.

A gestão corporativa de Projetos e Inovação da AGIR tem como objetivo fomentar novos projetos, com definição de processos, produtos e serviços pautados em inovação tecnológica, gerando valor a partir da criatividade e concretização das ações. Essa área é responsável por conduzir, planejar, organizar, controlar e finalizar as atividades dos projetos de maneira sistêmica e tecnológica, direcionados pelo plano estratégico da OSS.

Visando a melhoria contínua dos processos e a inovação assistencial e operacional, a AGIR corrobora com o desdobramento dos projetos estratégicos desenvolvidos e os implementa em

agir

todas as Unidades que compõem o portfólio da OSS, garantindo os padrões de gerenciamento sob sua diretriz e o alcance da estratégia e visão de futuro.

A gestão corporativa de Projetos e Inovação, baseia no fluxo de gestão em 6 (seis) etapas, que está representado na figura 33 e é descrito a seguir. Tal fluxo norteia as definições e entregas dos projetos e, em casos esporádicos, sofre alterações devido a demandas específicas.



Figura 38 - Fluxo de Gestão de Projetos da AGIR.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2023.

- **Demanda:** A partir da demanda, é gerada a proposta do projeto que, por meio de uma reunião estratégica entre a gestão corporativa de projetos e as possíveis partes interessadas onde são definidas as prioridades e a metodologia mais adequadas (preditiva, ágil ou híbrida) para a execução do projeto.
- **Processos de Iniciação:** Com o projeto estabelecido, seu escopo é delineado e são definidos equipe e prazo de entrega, cuja formalização é realizada por um Termo de Abertura de Projeto - TAP.
- **Processos de Planejamento:** Esta etapa consiste em definir e sequenciar as atividades a serem executadas dentro de um cronograma, que passa por aprovação em reunião

específica para essa finalidade.

- Após validado as atividades anteriores, estas são formalizadas em sistema e é, então, iniciada a coleta de requisitos para execução.
- **Processos de Execução:** Nesta etapa, apresenta-se o projeto para a equipe envolvida, orientando-a quanto ao gerenciamento da execução até a sua entrega final, implementando melhorias necessárias e celebrando cada resultado.
- **Processos de Monitoramento e Controle:** Nesta etapa, há o controle do cronograma, reportando o desempenho aos envolvidos e monitorando as mudanças por meio de indicadores.
- **Processos de Encerramento:** Corresponde à etapa em que é realizada a entrega final do produto, com encerramento do projeto e celebração dos resultados atingidos.

4.3.10.1. Gestão do Conhecimento

A utilização de metodologia para Gestão por Projetos inclui registro e documentação de todas as fases do projeto. Além disso, para cada projeto é feito o registro e compartilhamento de lições aprendidas, sejam elas positivas ou negativas. Essas ações, em conjunto, permitem que, com o passar do tempo, uma base histórica de dados com todos os projetos da AGIR e Unidades se forme, promovendo maior maturidade de gerenciamento aos escritórios de projetos.

Além do que foi citado, a equipe de cada projeto é certificada por meio de participação, de acordo com a função executada nele. Assim, a metodologia favorece a gestão do conhecimento e, também, a valorização profissional ao propiciar oportunidade de reconhecimento e desenvolvimento aos colaboradores da OSS.

4.3.11. GESTÃO DA COMUNICAÇÃO E MARKETING

A Gestão da Comunicação e Marketing é um instrumento de gestão estratégica que dinamiza, organiza e coloca em ação a visão da organização com um todo, com a sociedade.

A AGIR considera a Comunicação e o Marketing poderosos auxiliares da qualidade operacional e da inovação porque incrementam o diálogo vertical e horizontal, produzindo sinergias, de acordo com a cultura organizacional. Assim, a OSS utiliza essas ferramentas para firmar sua identidade, seus valores e seu posicionamento estratégico.

A Gestão da Comunicação e Marketing propostos para o Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto e Instituto da Mulher Dona Lindu estará pautada na Política de Comunicação e Marketing da AGIR, que é aplicável às Unidades gerenciadas pela OSS. Esta Política tem como propósito a promoção da OSS no que diz respeito à sua atuação junto à sociedade, com divulgação das ações e de seus impactos, bem como a comunicação de processos, fluxos e serviços aos diversos públicos internos e externos.

O propósito é apresentar conceitos que possam promover a implementação de medidas relacionadas diretamente à imagem da Unidade, contribuindo para potencializar a sua visibilidade junto aos mais diversos públicos, ampliando os resultados e promovendo uma comunicação mais efetiva.

O norteamento proporcionado pela referida Política na implementação de ações de Comunicação e Marketing emana a possibilidade de criação de produtos, programas, campanhas e projetos, contribuindo para a sustentabilidade institucional e social, com valorização permanente e crescente da Unidade.

4.3.12. GESTÃO DE ENSINO E PESQUISA

Produzir e compartilhar conhecimento é uma das prioridades da AGIR, conforme declarado em sua missão e visão. Neste contexto, a OSS apoia o aprimoramento de profissionais da saúde e gestores da área e estimula a investigação científica para contribuir para uma assistência à saúde de qualidade.

Sempre em busca da transformação das práticas profissionais, a AGIR - por meio da inteligência coletiva e colaborativa multiprofissional - instituiu a sua Política de Ensino e Pesquisa. Essa política define as diretrizes que orientam o planejamento, a organização, a coordenação, a execução, a supervisão/ acompanhamento e a avaliação das atividades, processos, projetos e programas de Ensino e Pesquisa efetivadas nas unidades administradas pela AGIR, bem como aquelas desempenhadas no corporativo da OSS, com vistas ao desenvolvimento da excelência na gestão, inovação e resultados em saúde.

As normas de procedimentos para se estabelecer as ações de Ensino e Pesquisa estão pautadas nas seguintes diretrizes:

Interação ensino-pesquisa-comunidade: Caracteriza-se como um processo multifacetado de relações e de correlações que busca a unidade entre a teoria e a prática na assistência e gestão, tendo como foco a qualidade do serviço prestado à comunidade;

Interprofissionalidade: Trata do ensino e pesquisa com ações direcionadas à formação/capacitação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe, com foco no cuidado integral em saúde;

Desenvolvimento técnico-científico: Alinhamento entre as ações de pesquisa e qualificação profissional e as demandas na área da saúde, por meio de saberes especializados, porém integrados;

Compartilhamento dos conhecimentos práticos de gestão em saúde: Produção e disseminação de boas práticas de gestão, inovação e resultados em saúde, baseado na experiência da AGIR;

Cidadania e responsabilidade social: Adoção de uma postura socialmente responsável,

com consciência coletiva e protagonismo no desenvolvimento da cidadania.

O Ensino AGIR é a unidade da AGIR prestadora de serviços de formação profissional e gerencial no âmbito da saúde, sendo responsável pela implantação e desenvolvimento da política nas unidades administradas pela OSS.

Mediante propagação do conhecimento da AGIR, sedimentado em assistência e gestão em saúde, o Ensino AGIR busca formar e desenvolver pessoas e processos, com atuação nos seguintes focos:

- Compromisso com a excelência na gestão e assistência em saúde;
- Ética nos processos formativos e nas pesquisas científicas em saúde; e
- Desenvolvimento de recursos humanos em saúde.

A Diretoria de Ensino e Desenvolvimento - DCED e a Supervisão Educacional - SUEDU, respondem pelo suporte técnico que efetiva a identidade e o modelo de gestão das atividades de ensino, pesquisa e desenvolvimento em todas as unidades administradas pela AGIR. Além disso, também cabe ao Ensino AGIR:

- Buscar intercâmbio técnico-científico com Instituição de Ensino Superior - IES e de saúde, nacionais e estrangeiras, para execução de projetos educacionais e de produção de conhecimento;
- Incentivar a realização de pesquisas científicas, visando o desenvolvimento profissional e educação permanente de profissionais que atuam nas Unidades sob a gestão da AGIR;
- Monitorar e divulgar os resultados de pesquisas desenvolvidas nas Unidades geridas pela OSS, objetivando a disseminação do conhecimento produzido e a intensificação dos impactos gerados pelas pesquisas realizadas nas instituições;
- Mapear editais e credenciamento a programas para desenvolvimento de pesquisas científicas e fornecer subsídios técnicos para o fomento à pesquisa junto aos órgãos competentes;
- Coordenar a formulação e a implementação de políticas, programas e ações de avaliação de tecnologias e inovação em saúde na organização.

De maneira geral, a Política institucional de Ensino e Pesquisa da AGIR considera alguns processos que impactam positivamente a gestão das unidades de saúde:

- **Educação para Gestão em Saúde:** Processos educacionais direcionados para a capacitação em gestão de serviços e sistemas de saúde;
- **Educação para Assistência em Saúde:** Processos educacionais direcionados para aprimoramento das práticas assistenciais do profissional de saúde;
- **Desenvolvimento de Projetos e Pesquisas Científicas:** Desenvolvimento e acompanhamento de pesquisas e projetos realizados na AGIR ou nas Unidades geridas por

agir

ela, conforme fluxo estabelecido em diretriz própria.

Cada um destes processos abrange atividades, projetos e programas que podem resultar nos seguintes produtos:

- Programa de Educação Permanente em Saúde, com formações próprias do Ensino AGIR ou em parceria com entidades públicas ou privadas, tais como estágios curriculares e eletivos; Programas de Residência Médica e em Área Profissional de Saúde (Uni e Multiprofissional); Aperfeiçoamento Profissional; Treinamento Avançado em Medicina.
- Banco de Pesquisadores e Facilitadores da Aprendizagem, com cadastro de profissionais da AGIR que atuam ou desejam atuar como pesquisadores e/ou facilitadores de aprendizagem nos macroprocessos da política.
- Programa Científico, com ações voltadas ao desenvolvimento e monitoramento de pesquisas realizadas nas unidades geridas pela AGIR, com criação de linhas de pesquisa prioritárias de acordo com o perfil das unidades de saúde e estruturação do Comitê de Ética em Pesquisa próprios das Unidades geridas pela AGIR.
- Eventos Científicos para promover e incentivar pesquisadores, profissionais, estudantes e interessados em diversos âmbitos do saber, para discutir e atender as diversas questões científicas, atuando também como plataforma de divulgação para os trabalhos científicos produzidos nas unidades geridas pela AGIR.
- Neste sentido, a Gestão de Ensino e Pesquisa é um diferencial da AGIR, sendo uma área estratégica dos processos de sustentação e finalístico, conforme a cadeia de valores da organização. Ela tem sido cada vez mais decisiva para a inovação e o desenvolvimento dos métodos de trabalho e geração de conhecimento nas unidades.

5. DIFERENCIAIS NA GESTÃO EM TECNOLOGIA E INOVAÇÃO DA AGIR

Com foco em garantir a eficiência e a viabilidade na implementação de um modelo de gestão pautados em gerenciamento, monitoramento, controle e resultados, vocacionados para os processos das unidades de saúde gerenciadas, a AGIR por meio da sua expertise de Gestão e do Escritório de Projetos e Inovação trabalha o desenvolvimento e a aquisição constante de sistemas, plataformas e ferramentas com o objetivo de obter recursos e soluções em saúde para uma intervenção direta no acompanhamento e melhoria dos processos e práticas assistenciais, administrativas, logísticas e de apoio.

Atualmente a AGIR possui um catálogo diversificado destes recursos, que são implantados, em escala e por perfil de atuação nas unidades gerenciadas, tais como:

5.1. FERRAMENTAS DESENVOLVIDAS PELA AGIR

- **e-Agir - Sistema de Informações Gerenciais**

Trata-se de um Centro de Excelência em Gestão, denominado e-Agir, que tem o objetivo de sintetizar, consolidar, monitorar,



analisar e compartilhar os resultados das unidades de saúde sob sua gestão, por meio de painéis e *dashboards* de indicadores que viabilizam a gestão a vista e a tomada de decisão preditiva. Os painéis são desenvolvidos e programados de acordo com os dados nos níveis estratégico, tático e operacional, adequado para processos e serviços dos mais variados perfis.

- **e-Doc - Sistema de Gestão Documental**



A AGIR dispõe de um sistema próprio para a gestão eletrônica de processos e documentos. Trata-se de uma plataforma que permite a materialização das ações em ambiente virtual, promovendo agilidade e sinergia entre os envolvidos, redução de custos com impressão, utilização de papel, transporte de documentos e rastreabilidade, bem como segurança da informação. O e-Doc ainda possibilita a assinatura digital nos documentos e permite a atuação simultânea de vários usuários em um mesmo processo.

- **e-Compras - Sistema de Suprimentos**



Visando a manutenção e o abastecimento das Unidades gerenciadas, a AGIR desenvolveu e realiza todas as aquisições de produtos e serviços por meio do Portal e-Compras, que se trata de uma plataforma *web* concebida para centralizar todas as informações transacionais em um único *software*. O portal e-Compras garante, de forma harmônica, a criação de modalidades distintas de negociações e compras, sendo permitidas alternativas de aquisições individuais, conjuntas ou híbridas, aplicadas em formatos tanto de cotação quanto de pregão.

- **e-Juris - Gestão de Indicadores Jurídicos**



Trata-se de um *software* desenvolvido pela AGIR para a gestão dos resultados do Departamento Jurídico da AGIR e unidades geridas. Além de gerenciar os processos, o e-Juris garante o controle dos prazos por meio do registro de agenda vinculada ao processo com interface integrada e efetiva.

- **Plim - Plataforma de Implantação**



Trata-se de uma plataforma desenvolvida pela AGIR e disponibilizada para uso de todos os colaboradores. A plataforma utiliza de tecnologias direcionadas para planejar, ordenar e gerenciar as ações de implantação, podendo ser aplicado a novas unidades, serviços e processos.

- **SIGEPI - Sistema Integrado de Gerenciamento de EPIs**



É um sistema desenvolvido pela AGIR que utiliza tecnologias modernas para auxiliar no processo de solicitação e entrega de Equipamento de Proteção Individual - EPI, com registro de assinaturas,

agir



relatórios e indicadores. Dos principais benefícios deste sistema, podemos destacar a garantia da entrega assertiva dos EPIs aos profissionais, proporcionando segurança e confiabilidade dos dados relativos ao uso desses equipamentos e promover agilidade no processo das entregas, redução das filas na dispensação, relatórios *on-time* e redução de gastos com papéis.

- **e-SINA - Sistema de Informações Assistenciais**



A ferramenta e-SINA, tem o intuito de inovar e modernizar o processo de Prestação de Contas da AGIR. Além de mapear e qualificar os processos de extração de dados/informações de indicadores de desempenho e metas de produção para a prestação de contas dos contratos de gestão, o e-SINA ainda congrega um conjunto de dados e informações que serão essenciais para o planejamento. Esta ferramenta contempla um portfólio de componentes interrelacionados que perpassa pelos processos de coleta, processamento, armazenamento e distribuição da informação, tendo como resultado o apoio ao processo de tomada de decisão e auxiliar no controle, subsidiando a formulação e avaliação das políticas, planos e programas da Instituição.

- **Boletim Eletrônico do Paciente**



Desenvolvido pela AGIR, o Boletim Eletrônico é mais um recurso a favor da humanização do atendimento aos usuários dos hospitais públicos. Disponibilizado em ambiente 100% eletrônico o Boletim Eletrônico possibilita a comunicação do hospital e do paciente com os seus familiares, já que as informações podem ser acessadas diuturnamente e de forma ilimitada, por meio de um computador, smartphone ou tablet. Atualizado quanto ao quadro clínico do paciente, o Boletim Eletrônico foi estruturado, ainda, para ofertar maior pluralidade de informações aos familiares, pois a plataforma é acessada e alimentada por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

- **Portal AGIR**



Portal de trabalho da AGIR, onde neste portal está contemplado todos os acessos a sistemas utilizados pela instituição, visualizar notificações/avisos, notícias entre outros, auxiliando o trabalho do colaborador.



- **Feedback AGIR**



Criado pela AGIR, o sistema Feedback AGIR permite o registro de feedbacks dos colaboradores e criação de planos de ação para constante desenvolvimento da equipe gerenciada. A partir da ferramenta, é possível gerenciar todos os feedbacks aplicados pela equipe, área e unidade assistencial administrada.

- **DEP - Dimensionamento Estratégico de Pessoas**



Trata-se de um sistema calculadora para o Dimensionamento da equipe assistencial. O sistema foi desenvolvido para dimensionar o quadro de pessoal adequado, por quantidade e distribuição. Por meio da ferramenta é possível realizar dimensionamento das Unidades de Internação, Centro Cirúrgico, Centro de Materiais e Esterilização, Saúde Mental, Hemodiálise, Centro de Diagnósticos, Atenção Primária e Unidades Especiais, Serviços de Atenção Domiciliar, seguindo como parâmetro as resoluções vigentes e praticadas legalmente nas diversas modalidades assistenciais.

MODELO GERENCIAL

Com base nas indicações e estudos preliminares dos informes básicos disponibilizados para elaboração da proposta de trabalho, o modelo gerencial versará no gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde da Policlínica Regional Unidade Goiás, e apresentará as seguintes perspectivas, a saber:

- Área de Atividade
- Área de Qualidade
- Qualificação Técnica

A Policlínica Regional - Unidade Goiás, na sua concepção, está definida como uma unidade ambulatorial, de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, com pacientes devidamente referenciados por meio do Complexo Regulador Estadual - CRE, apta a realizar procedimentos de média complexidade, atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, com funcionamento mínimo de segunda a sexta-feira, com 12 horas diárias.

Com o propósito de fomentar a regionalização dos serviços ofertados, a Policlínica será referência para a Macrorregião Nordeste de Goiás, composta por 04 regiões de saúde, sendo, Região de Saúde Central, Rio Vermelho, Oeste I e Oeste II, com abrangência total de cobertura para 72 municípios.

Com o foco em garantir eficiência e eficácia no modelo gerencial, a AGIR propõe a implementação dos pilares norteadores e fundamentais relacionados aos macroprocessos de gestão, a saber:

I. Gestão da Estratégia

Para garantir a eficiência e a viabilidade na implementação de um modelo de monitoramento e com foco na qualificação da gestão, a AGIR adota o planejamento estratégico para uma intervenção direta no acompanhamento e melhoria das práticas assistenciais, administrativas e de apoio.

II. Gestão da Clínica

A gestão da clínica compreende um modelo de gerenciamento de unidades de saúde e baseia-se em princípios voltados à transformação da atenção à saúde, em sistemas integrados, de forma estruturada que aglutina gestão, cuidado e educação, com foco gerencial e governança clínica.

Os princípios da gestão da clínica expressam conexões que articulam a atenção à saúde, educação e participação da comunidade, que demandam uma consciência crítica em relação à simultaneidade de permanências e mudanças de práticas.

III. Gestão de Pessoas

A Política de Recursos Humanos da AGIR, já praticada nas demais unidades geridas por essa OSS, traz o enfoque para a Gestão por Competência, utilizada como uma ferramenta propulsora altamente capaz de transformar e viabilizar o crescimento organizacional. Esse modelo apresenta o caminho para que a Unidade possa criar estratégias para o aproveitamento do seu capital humano e, assim, obter o máximo resultado da produtividade de cada colaborador, dando oportunidade de crescimento profissional para os mesmos e para a instituição como um todo.

IV. Gestão de Compliance e Qualidade

A AGIR possui práticas integradas em Compliance e Qualidade, conectando a padronização e melhoria com as ações para a conformidade dos processos, por meio de uma postura preventiva ao gerenciar riscos e canais de escuta para as partes interessadas.

Ao implantar uma nova Unidade, a AGIR aplicará uma metodologia pautada pela trilogia de Juran, que versa sobre a sistematização, controle e aperfeiçoamento da qualidade, ao priorizar esforços para que os processos estejam devidamente mapeados e contratualizados entre as partes, de modo que os possíveis riscos sejam mitigados a partir da realização de práticas de controle, e que os resultados sejam analisados criticamente para possibilitar mudanças positivas nas tarefas.

Essas ações são realizadas através da implantação e manutenção da Política de Compliance e Qualidade, composta pelo Programa de Integridade e pelo Programa de Compliance e Qualidade. Compreende-se que as práticas estruturadas na metodologia unificada da AGIR na atuação do Compliance e Qualidade (Gestão por Processos, Gestão de Riscos, Gestão de Resultados, Auditoria Interna, Gestão Documental, Programa de Integridade, Cultura Justa, Segurança do Paciente, Canal de Denúncias, Políticas Institucionais e outras) são efetivas ferramentas para a melhoria contínua dos processos de saúde.

V. Gestão Contábil e Financeira

No que tange especificamente à gestão administrativa e financeira, a AGIR se norteia por princípios, valores e fundamentos voltados inteiramente ao bom uso e aplicação dos recursos públicos a ela delegados. Para tanto, como foco corporativo, implementa, cotidianamente,



agir

ferramentas de controle financeiro e de segurança patrimonial, que visam dar garantia, integridade, conformidade e, principalmente, transparência às suas operações financeiras, fiscais e contábeis.

Os recursos financeiros direcionados, recebidos e/ou gastos, serão geridos por meio de previsibilidade e acompanhamento de execução de caixa, visando a aplicabilidade plena nas atividades e processos da unidade.

VI. Gestão de Convênios e Prestação de Contas

A AGIR detém expertise na gestão integral de convênios estabelecidos pelas esferas municipal, estadual e federal, atuando no acompanhamento de propostas e nas habilitações documentais junto aos órgãos da administração pública, responsabilizando-se pela execução administrativa, técnica e financeira, com emissão conclusiva de prestação de contas dos convênios firmados, atendendo aos prazos pactuados, utilizando-se o sistema informatizado de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse por meio de Transferências Voluntárias da União durante todo o processo necessário.

Ao que se refere a Prestações de Contas e ações de Transparência exigidas pelo Contrato de Gestão estabelecido pela entidade junto aos gestores Municipal e Estadual, quanto às determinações definidas pelo Tribunal de Contas do Estado, a AGIR realiza o acompanhamento administrativo e técnico integral junto aos entes governamentais.

VII. Gestão de Abastecimento e Logística

Todas as unidades geridas pela AGIR são abastecidas de bens de consumo, patrimoniais e serviços por meio da Gerência Corporativa de Suprimentos, sendo as aquisições/contratações realizadas seguindo as determinações constantes no "Regulamento para os Procedimentos de Compra, Contratação de Obras, Contratação de Serviços e Alienações de Compras".

VIII. Gestão Predial e Engenharia Clínica

A AGIR realiza toda a gestão de infraestrutura das unidades de saúde através de ações de aquisição, manutenção e obras, com cumprimento total das normas, utilizando-se de equipes técnicas altamente qualificadas e de execução de serviços especializados para cada uma das áreas de atuação.

IX. Gestão por Projetos e Inovação

A Gestão por Projetos possibilita, de forma estruturada, a padronização dos projetos relacionados com os processos de governança, facilitando o compartilhamento de recursos, metodologias, ferramentas e técnicas, bem como a transformação de ideias, produtos e

setores com inovação disruptiva, baseada nos princípios da simplicidade, conveniência e acessibilidade.

Essa forma de gestão tem como objetivo fomentar novos projetos com definição de processos, produtos e serviços pautados em inovação tecnológica, gerando valor a partir da criatividade e concretização dessas ações, bem como conduzir, planejar, organizar, controlar e finalizar as atividades dos projetos de maneira sistêmica e tecnológica, direcionados pelo plano estratégico da organização.

X. Gestão da Comunicação

A Gestão da Comunicação na Unidade estará pautada na Política de Comunicação e Marketing da AGIR, aplicável a todas as unidades gerenciadas pela OSS, com o propósito de promoção da instituição, divulgação dos produtos e serviços, bem como da comunicação de processos, fluxos e serviços aos públicos internos e externos.

O propósito é apresentar conceitos que possam promover a implementação de medidas relacionadas diretamente à imagem da Unidade, contribuindo para potencializar a sua visibilidade junto aos mais diversos públicos, ampliando os resultados e promovendo uma comunicação mais efetiva.

O modelo gerencial proposto será desenvolvido pela AGIR, respeitando-se os princípios de gestão nos quais a organização direciona suas atividades, a saber:

• Integridade

A AGIR desenvolveu e mantém em seu holl de habilidades o Programa de Integridade, que objetiva ser o meio formal para o registro de informações - por parte da comunidade, usuários, profissionais e fornecedores - possibilitando a investigação e tratativa de pontos de melhoria que apresentam ou sinalizam uma conduta divergente do que é preconizado na legislação vigente, normativas interna e valores da OSS.

O principal objetivo do Canal de Integridade é proporcionar aos stakeholders segurança, agilidade, anonimato e interatividade durante as tratativas e investigações de melhorias, utilizando tecnologias modernas que auxiliam no processo de tomada de decisão, a fim de garantir assertividade na tratativa de cada registro.

Por se tratar de um sistema interativo, os stakeholders conseguem acompanhar todas as fases de tratativa da sua solicitação, da abertura ao encerramento e, se necessário, podem adicionar informações ou documentos durante o processo de análise.

- **Transparência**

O princípio de transparecer suas ações no âmbito organizacional trata da disponibilização de informações a respeito da organização às partes interessadas, sempre de maneira ampla e focando em, de fato, apresentar itens que sejam relevantes para elas. Aqui, é preciso ir além da publicidade obrigatória por lei, ou seja, o foco não deve ser divulgar apenas o que a legislação ou regulamentos específicos determinam. Os processos, valores, costumes e decisões também precisam ser transparentes.

A Lei 12.527/2011, conhecida como Lei de Acesso à Informação – LAI, entrou em vigor em 16/5/2012 e veio regulamentar o direito constitucional de acesso às informações públicas. A Lei traz vários conceitos e princípios norteadores do direito fundamental de acesso à informação, bem como estabelece orientações gerais quanto aos procedimentos de acesso.

A AGIR tem a transparência como um dos seus valores declarados, estando em constante evolução o processo de transparecer, inovando na publicidade das informações ao público interno e externo, com a utilização da internet e diversas ferramentas tecnológicas para esse fim.

- **Accountability**

A AGIR, ao longo de sua trajetória, tem se consolidado no cenário do terceiro setor norteadada por seus Valores descritos em sua identidade organizacional, adotando em seu modelo de gestão a constituição de Políticas Institucionais, dentre elas, destacamos a Política de Accountability.

O termo Accountability em tradução literal para o português é prestação de contas. Todavia, não representa toda a sua abrangência e significado. Tem-se ainda como definições: controle, fiscalização, responsabilização, proatividade e transparência.

A Accountability representa a responsabilidade objetiva de uma pessoa ou organização em responder perante outras pessoas e organizações, com protagonismo, diligência e a transparência de fazer tudo com integridade, indo além da tradução literal de prestação de contas.

A Política de Accountability estabelece fundamentos alicerçados nos princípios de prestar contas, transparecer e responsabilizar-se por suas ações, nos âmbitos organizacional, dos parceiros, dos órgãos de controle e da sociedade.

EM BRANCO

EM BRANCO

EM BRANCO

agir



CRITÉRIO 1:

ÁREA DE

ATIVIDADE

1.1 Organização dos serviços e execução das atividades assistenciais

1.1.1. Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde

Propõe-se para a Policlínica a implantação de fluxos segmentados em:

- **fluxos operacionais**, que contemplarão a circulação de usuários e profissionais em áreas de acesso comum: internas e externas e as áreas restritas;
- **fluxos documentais**, que contemplarão a criação, registro e armazenamento de documentos dos pacientes e administrativos da Unidade; e
- **fluxos unidirecionais** previstos para Central de Material e Esterilização - CME, distribuição de roupas e serviços de resíduo de saúde.

Como proposta de trabalho para a Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, os fluxos serão definidos com base nas ferramentas que compõem a cultura *Lean*, com destaque para o diagnóstico situacional e análise de *layout*, mapeamento de processos, padronização de procedimentos, fluxos otimizados, contínuos e trocas rápidas, evitando desperdícios em tempo de espera, tempo de interrupção, movimentação desnecessária, excesso de produção e excesso de estoque, dentre outros que se fizerem necessários para o pleno funcionamento da Unidade.

A seguir, faz-se a apresentação detalhada referente a cada fluxo.

1.1.1.1 Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas

Com base nas informações obtidas quanto a Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, constantes do INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2024-SES/GO, na visita técnica realizada na Unidade, e no entendimento de que o referido documento editalício tenciona obter, neste tópico, serão apresentadas as proposituras relacionadas aos fluxos necessários à composição arquitetônica da Unidade.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº50, as circulações internas e externas das unidades de assistência à saúde correspondem aos seus acessos (fluxos), circulação e estacionamento.

Tomando-se como referência as características estruturantes da Unidade e os serviços que serão ofertados, os acessos a Policlínica estarão relacionados diretamente com a população usuária, profissionais, serviços e materiais, objetivando assegurar o acesso e trânsito indesejado em áreas restritas, cruzamento desnecessário de pessoas e serviços.

Desta forma, a AGIR propõe para a Policlínica uma gestão de acesso qualificada e humanizada, utilizando de recursos que possibilitam autonomia e independência também à pessoa com deficiência. Partindo-se do pressuposto de que cada serviço ofertado será desenvolvido em

diferentes ambientes que constituem a Unidade, têm-se configurado a distribuição espacial das unidades funcionais.

Assim sendo, intitula-se os fluxos, para efeito didático, em duas grandes abordagens:

- **fluxos interfuncionais**, que são aqueles que se desenvolvem entre diferentes Unidades, e;
- **fluxos intra funcionais**, aqueles que sucedem-se no âmbito da mesma Unidade.

A implantação dos fluxos interfuncionais compreenderá a operacionalização exposta na seguinte matriz:

Item	Grupo	Descrição
01	Paciente	Esse grupo caracteriza-se pelos fluxos daqueles que buscam o atendimento regulado para serviços ambulatoriais ou apoio ao diagnóstico e terapia. Ponto de controle: A circulação desse grupo no âmbito da Unidade, deverá ser restrita às áreas funcionais onde receberão o atendimento necessário/procurado, evitando-se, por conseguinte, seu trânsito pelas áreas de circulação reservadas a funcionários.
02	Acompanhantes	Grupo constituído pelos fluxos decorrentes da movimentação de familiares dos pacientes que os acompanharão durante sua presença/permanência no âmbito da Policlínica, conforme disposição legal. Ponto de controle: A circulação desse grupo no âmbito da Unidade deverá ser restrita às áreas de espera e áreas funcionais, onde os pacientes que acompanham receberão o atendimento necessário, evitando-se, por conseguinte, seu trânsito pelas áreas de circulação reservadas a funcionários.
03	Profissionais	Constitui-se pelos fluxos dos profissionais da área de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros), como também de todos os técnicos e pessoal administrativo e de apoio, necessários ao funcionamento da Unidade. Ponto de controle: A circulação de profissionais poderá e/ou deverá, conforme as especificidades de cada setor, ser restrita às unidades em que os funcionários atuarem, observando-se o caráter funcional dos profissionais de saúde, permitindo o

		<p>acesso em toda a Unidade que envolva o atendimento do paciente.</p>
04	Insumos	<p>Grupo constituído pelos fluxos dos diversos insumos que permeiam e suprem as diferentes unidades funcionais da Policlínica, distinguindo-se dentre várias características, o volume e a importância, como por exemplo o recebimento de alimentos (processados ou não), material cirúrgico, medicamentos, roupas, equipamentos entre outros.</p> <p>Ponto de controle: Deverão ser estabelecidos fluxos específicos e controlados de entrada de materiais gerais, materiais médico hospitalares, medicamentos, roupas e equipamentos com a circulação e acesso aos locais de destino (farmácia, almoxarifado, CME) sem trânsito pelas áreas de atendimento, bem como áreas restritas aos profissionais da Unidade.</p>
05	Material Contaminado e Resíduos Sólidos	<p>Fluxos constituídos por material contaminado e resíduos sólidos, como por exemplo roupa suja, pelos resíduos sólidos (contaminados ou não), pelos resíduos de serviços de saúde, etc.</p> <p>O processamento desses materiais observará a normatização aplicável, fazendo o uso de técnicas adequadas para o seu transporte e destinação final, condições que eliminarão a necessidade de circulações exclusivas para essa modalidade de fluxo entre as diferentes unidades funcionais, quando necessário.</p> <p>Ponto de controle: As restrições de fluxo permanecerão determinantes nas áreas críticas, de acordo com o mapeamento previsto em normativas específicas.</p>

06	Visitantes	<p>Constitui-se toda espécie de visitantes que procurarem a Policlínica, tais como familiares que buscam resolver demandas de um paciente, ou pessoas que, de alguma forma, necessitem realizar atividade eminentemente administrativa, como compras, realização de serviços terceirizados, manutenção etc.</p> <p>Ponto de controle: Deverá ser estabelecido criterioso monitoramento/ acompanhamento do fluxo deste grupo, tanto com relação aos horários, quanto a delimitação setorial das áreas onde será permitido o acesso. Condição determinante para o funcionamento adequado dos diversos setores, como também com relação à segurança patrimonial da Unidade.</p>
----	------------	---

1.1.1.1.1 Fluxo operacional de atendimento do paciente

A gestão eficiente do fluxo do paciente tornou-se um desafio para as instituições de saúde. A compreensão da relação entre a capacidade e a demanda é essencial para assegurar que os pacientes recebam o cuidado certo, no lugar certo, na hora certa, promovendo maiores níveis de segurança e satisfação.

Reitera-se a premissa crucial da AGIR de garantir qualidade por meio da eficiência e eficácia dos processos, sejam eles assistenciais, administrativos, e/ou de apoio e logística, portanto, para a Policlínica – Região Rio Vermelho – Goiás, os fluxos serão descritos em fluxogramas (BPMN) e publicizado em treinamentos internos com os profissionais envolvidos. Para os pacientes haverá propõe-se a sinalização visual e tátil, contemplando a aplicabilidade específica de identificação visual aérea, chão, paredes e portas.

Em uma visão global, da chegada a saída, o atendimento ao paciente contemplará os principais pontos de contato:

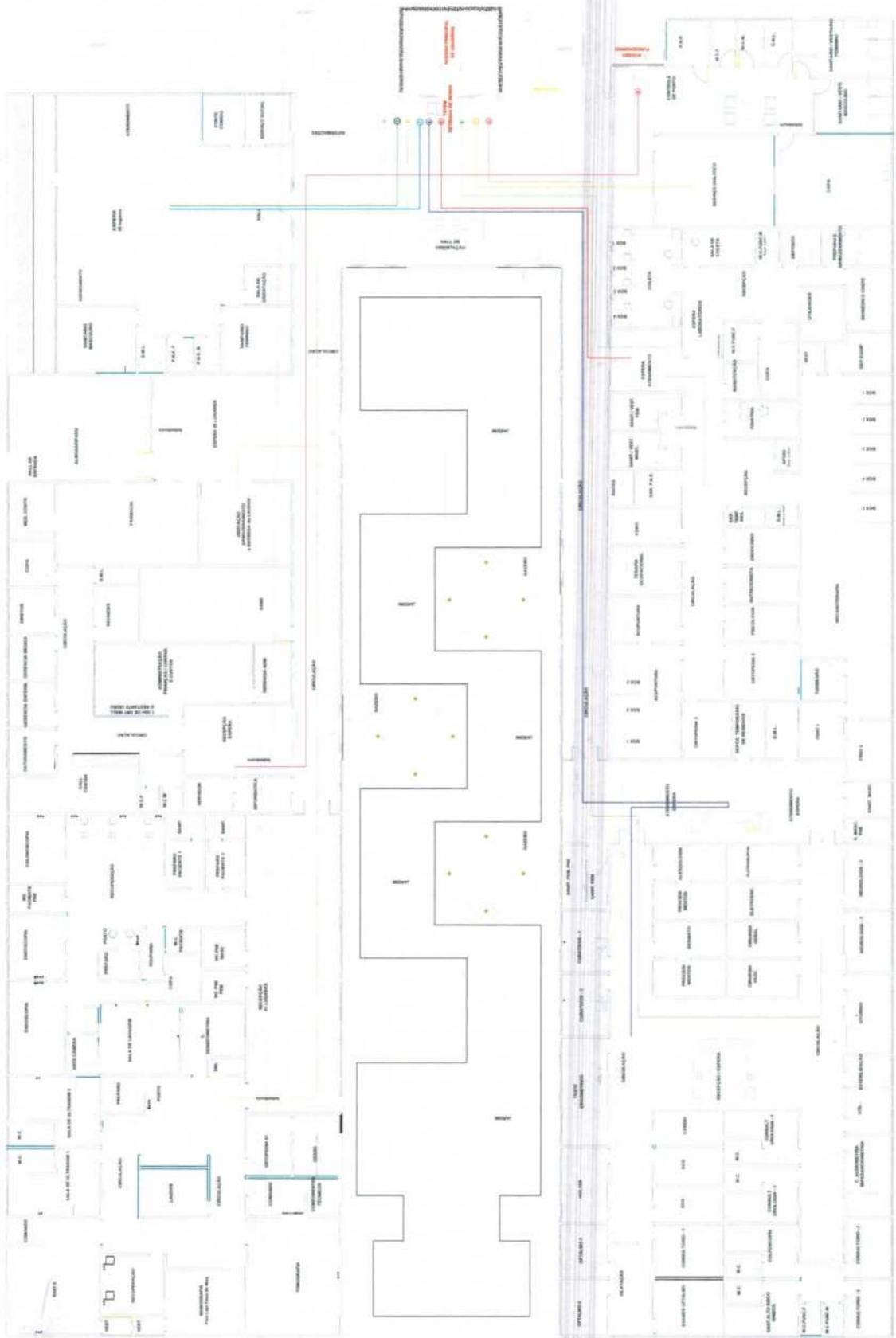
- Abordagem do serviço de vigilância na entrada (guarita) da Policlínica: Este local será identificado com sinalização de entrada e saída para acesso de carros e pedestres;
- Acesso a parte interna da Policlínica pela recepção principal;
- Retirada da identificação do usuário, se paciente, acompanhante ou visitante, e retirada da senha de atendimento no totem;
- Acionamento pelo painel para atendimento da recepção e realização do cadastro e/ou confirmação: haverá acionamento visual e sonoro;
- Realização do cadastro e/ou confirmação do atendimento agendado;
- Paciente será direcionado para o ambiente de atendimento: Haverá sinalização em todo o trajeto para as diversas unidades funcionais e de acesso permitido ao paciente;

B

- Paciente receberá o atendimento conforme o agendamento, dia e horário, realizado pelo CRE;
- Após a finalização do atendimento, o paciente deixará a unidade pela saída principal.

Segue a proposta visual caracterizando os fluxos macro operacionais da Unidade, conforme o layout e serviços que serão ofertados, dos quais:

-  Fluxo 00 – Atendimento Social;
-  Fluxo 01 – Práticas Integrativas;
-  Fluxo 02 – Exames Gráficos, de imagem e retirada de laudos;
-  Fluxo 03 – Programas/Serviços especiais;
-  Fluxo 04 – Consultas médicas especializadas;
-  Fluxo 05 – Exames laboratoriais;
-  Fluxo 06 – Terapias e consultas não médicas;
-  Fluxo 07 – Atendimento de hemodiálise;
-  Fluxo 08 – Cirurgias menores ambulatoriais;
-  Fluxo 09 – Colaboradores administrativos.



B

agir

000087

1.1.1.2 Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos

Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos

1.1.1.2.1 Fluxo para registros de Documentos de Usuários

O registro do usuário, visando garantir a segurança das informações institucionais. Nenhum usuário poderá ser atendido sem que tenha seus dados coletados e registrados no sistema eletrônico, implantado e de uso na instituição.

O usuário será registrado em seu primeiro atendimento, onde a equipe da recepção da Unidade realizará a busca da identificação dele no sistema CADSUS WEB e atualizará dados, tais como endereço e contato telefônico, sempre que se fizer necessário.

O paciente receberá um número de prontuário gerado pelo sistema, que será único para todo e qualquer atendimento subsequente. É necessário ainda que o paciente forneça no ato do registro, contato telefônico de familiar e/ou rede de apoio, que ficará à disposição da equipe para casos de orientações, busca ativa, emergências, etc. O recepcionista deverá ainda escanear e arquivar em prontuário cópia do documento pessoal e comprovante de endereço do usuário.

No prontuário iniciado deverão ser evoluídos e/ou arquivados todos os atendimentos, procedimentos e exames realizados pela equipe assistente ao paciente, incluindo equipe médica, de enfermagem e multiprofissional, devendo o documento ser claro, organizado e com plano terapêutico descrito, conforme proposto na Política de Humanização.

O prontuário deverá servir como base para a comunicação entre profissionais de saúde, integrando e garantindo a continuidade do tratamento. As informações também darão maior segurança ao paciente, que tem o direito de ser esclarecido sobre o documento.

Desta forma, segue o fluxo proposto pela AGIR para o registro de atendimento de pacientes na recepção da Policlínica – Região Rio Vermelho – Goiás, que se dará da seguinte maneira:

- Abrir o módulo no sistema eletrônico;
- Consultar pré agendamento realizado via sistema de regulação (CRE);
- Pesquisar se o paciente já deu entrada na Unidade, por meio do nome ou sobrenome;
- Caso não haja histórico de atendimento na Policlínica, consultar sistema CADSUS e realizar busca de cadastro único do paciente;
- Preencher os campos obrigatórios e coletar todas as informações referentes ao paciente, inserindo ao menos um telefone para contato;
- Colocar o médico ou multiprofissional, origem, tipo de paciente, destino, especialidade e/ou tipo de atendimento, conforme serviços disponibilizados na Policlínica: ambulatorial, cirurgias menores ambulatoriais, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT,

Práticas Integrativas e Complementares, Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas I, Serviço de Assistência Especializada – SAE, Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental - AMENT/EMAESM- TIPO 2 ou novos serviços em inclusão;

- Imprimir a etiqueta do paciente e orientá-lo que coloque em local visível; 8º: Direcionar o paciente para o local do seu atendimento.

Os registros dos usuários na Unidade seguirão o fluxo do Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP, conforme demonstrado abaixo.

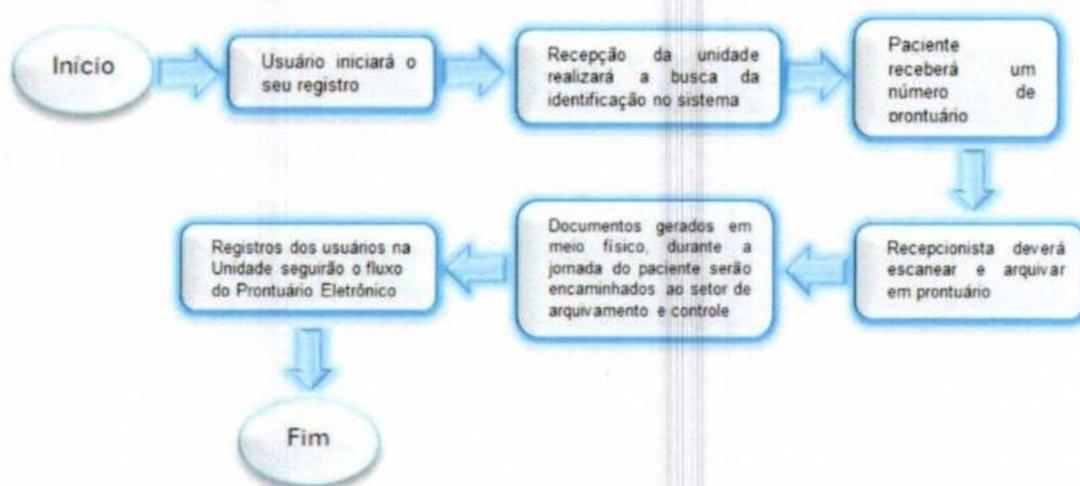


Figura 39 - Fluxo do Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP

1.1.1.1.2.2 Fluxo para registros e documentos administrativos

Todo o trabalho prestado na Policlínica – Região Rio Vermelho – Goiás, deverá ser direcionado por um documento previamente construído e validado pela gestão e qualidade da Unidade, garantindo assim a padronização e uniformização dos processos de trabalhos, tanto nas áreas assistenciais, quanto nas áreas de apoio.

Atualmente, a Agir adota o gerenciamento dos documentos em 7 categorias, de forma a padronizar o processo de elaboração e controle, a saber:

- **POL** – Documento que declara as Políticas Institucionais, o escopo e a integração dos processos e traz as deliberações estratégicas dos processos, tais como segurança da informação, comunicação, projetos, contratos e outras;
- **DIS** – Diretriz de Suporte, que descreve as recomendações técnicas e administrativas para a padronização dos processos e serviços com diretrizes táticas, tais como protocolos, programas e rotinas.
- **POP** – Procedimento Operacional Padrão, que descreve as etapas para a realização de um processo ou tarefa ao nível operacional. É a definição de quem e como a operação será

feita, por exemplo o passo a passo para inserção de dados em um sistema;

- **REG** – Registro da Qualidade, que é o documento que fornece evidência objetiva de atividades realizadas ou resultados obtidos, devendo ser armazenado temporariamente ou em caráter permanente, tais como lista de presença, ata de reunião, entre outros;
- **MDO** – Documento que serve como modelo padrão para transmissão de informações sem retenção, tais como modelo de apresentação de slides, etiquetas e outros.
- **DEX** – Documento de Origem Externa, que é utilizado para registros de atividades ou consulta a resoluções normativas, tais como Normas Regulamentadoras - NRs e outros.
- **DLE** – Documentos Legais que apresentam os requisitos para funcionamento da instituição, tais como procurações, alvarás e outros.

O fluxo para elaboração e validação dos registros administrativos - evidências fundamentais ao bom funcionamento do Sistema De Gestão Da Qualidade – SGQ - é crucial para a segurança das informações institucionais e ocorre conforme demonstrado a seguir.

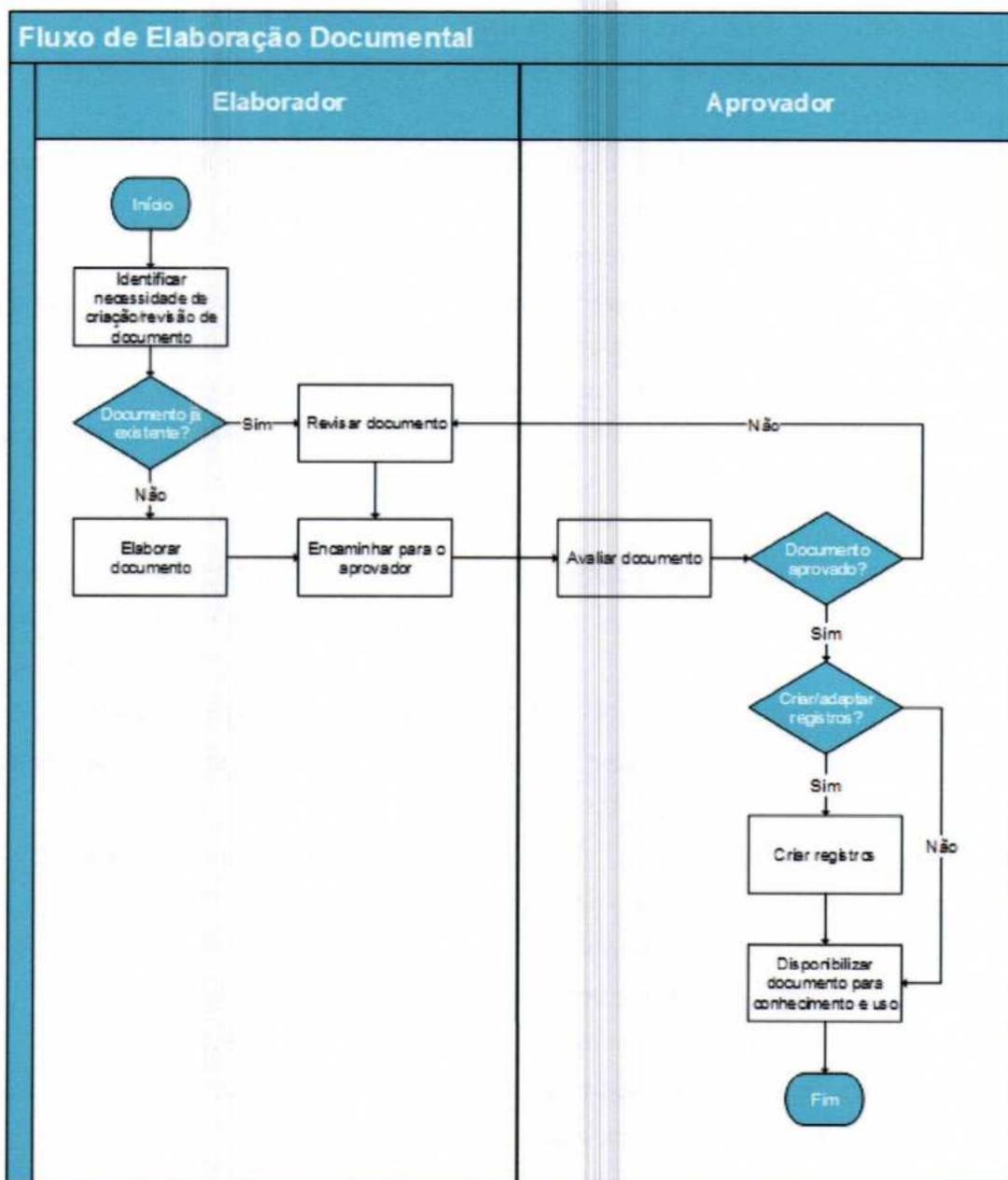


Figura 40 - Fluxo de Elaboração Documental

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2024.

Quanto aos parâmetros para controle de cada registro (identificação, armazenamento, proteção/ acesso, recuperação, retenção e disposição dos registros), estes serão definidos por meio de uma tabela que faz parte do próprio REG e/ou dos documentos de referência (DIS e POP), conforme as seguintes orientações sobre o conteúdo dos campos:

- **Identificação:** Identificação/código do registro;
- **Armazenamento:** Discrimina o local de arquivo ou setor onde o registro é armazenado,

e/ou pasta eletrônica onde o arquivo é guardado;

- **Proteção/acesso:** Discrimina as condições para manter a integridade do registro / Quem pode ter acesso ao registro;
- **Recuperação:** Discrimina a forma de recuperação, seja por data, número do prontuário do paciente ou nome do paciente, por exemplo;
- **Retenção:** Discrimina por quanto tempo o registro é guardado;
- **Disposição:** Discrimina o que fazer com os registros após o término do período de retenção. Cada área deverá controlar os registros de sua responsabilidade, conforme os parâmetros especificados nos próprios documentos. Condições adequadas de armazenamento e manutenção de registro são garantidas pela observação desses parâmetros.

Os REG poderão ser utilizados e armazenados no PEP e o seu *layout* poderá ser adaptado para o sistema eletrônico. O parâmetro de recuperação desses registros será assegurado por *backup*.

Considerando as responsabilidades, apresentam-se as seguintes definições e atribuições:

Elaborador: Função executada por colaboradores de todas as áreas, em geral por gestores e responsáveis por áreas, com as seguintes competências:

- Elaborar documentos inerentes ao processo/contrato de sua responsabilidade, de acordo com os padrões de formatação de documentos definido pela AGIR;
- Subir o documento em sistema próprio;
- Versionar o documento, quando for detectada sua necessidade de atualização;
- Revisar os documentos de sua responsabilidade, conforme sua vigência;
- Obsoleter o documento de sua responsabilidade, quando necessário;
- Definir os parâmetros de controle para cada registro do SGQ;
- Encaminhar o documento para o revisor de acordo com a demanda, ou seja, evitar o congestionamento de documentos.

A elaboração de novos documentos ou atualização de documentos existentes poderá, também, ser detectada pelos usuários desses, por meio de análise dos requisitos do sistema, relatórios de avaliação interna, registros de oportunidades de melhoria, ações corretivas, preventivas ou de melhorias.

Revisor: Função executada pela Gerência da Qualidade - GQUALI, com as atribuições de:

- Manter arquivo da documentação do SGQ e *backups*;
- Controlar a distribuição dos documentos do SGQ;
- Monitorar a elaboração ou revisão dos documentos do SGQ;

- Verificar se o documento está no padrão institucional;
- Definir o fluxo de aprovação do documento;
- Dar andamento no fluxo de aprovação dos documentos, conforme a demanda institucional, sempre evitando o congestionamento destes.

Aprovador: Função executada pelos supervisores, gerentes ou diretores do setor, aos quais caberá:

- Analisar criteriosamente o documento;
- Aprovar (ficará disponível no SGQ) ou reprovar o documento (voltará para o elaborador com a justificativa apropriada).

A aprovação dos documentos acontecerá em fluxo contínuo, a partir do recebimento destes, após a etapa de revisão/verificação, a depender de cada perfil de documento.

Distribuidor: Função executada pela GQUALI, sendo esta responsável por distribuir os documentos com cópia não controlada.

Os documentos ficarão disponíveis no SGQ ou no Sistema Interact (para aqueles que possuem usuários). Ou seja, para o colaborador ter acesso aos documentos em caráter de pesquisa ou realizar algum registro, ele deverá acessar o sistema.

Usuários: Função executada por todos os colaboradores da Policlínica, que deverão utilizar adequadamente os documentos do SGQ, observando o controle e a rastreabilidade deles, bem como atentar-se para a utilização da versão atual do documento.

Ressalta-se que, em hipótese alguma, os colaboradores deverão armazenar no setor documentos em sua forma física para acessos futuros, evitando assim a utilização de documentos desatualizados.

Desta forma, propõe-se para a Policlínica – Região Rio Vermelho - Goiás, assim como já é realizado em todas as demais Unidades gerenciadas pela AGIR, a utilização do Sistema informatizado SA *Interact* para o gerenciamento e controle de toda a informação documental interna. Por meio deste sistema, todo profissional terá acesso ao módulo para criação, revisão, busca, consulta, leitura e impressão de documentos, conforme a autorização do seu perfil de acesso.

No que se refere ao fluxo de documentos externos, como ofícios, processos de contratações e aquisições, atas de reuniões, entre outros, deverá ser utilizado o sistema e-Doc, uma solução de desenvolvimento próprio da AGIR e implantada, sem custos, em todas as Unidades gerenciadas, que possibilita a rastreabilidade e a assinatura eletrônica das partes envolvidas.



Figura 41 - Tela do Interact: módulo de documentos.

Fonte: Sistema SA Strategic Adviser.

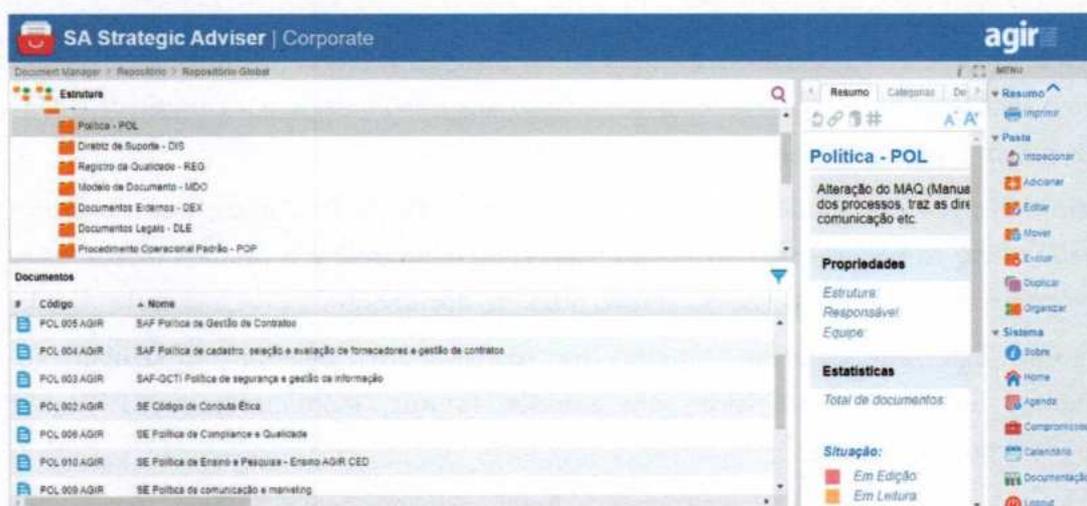


Figura 42 - Tela do Interact: repositório de documentos

Fonte: Sistema SA Strategic Adviser.

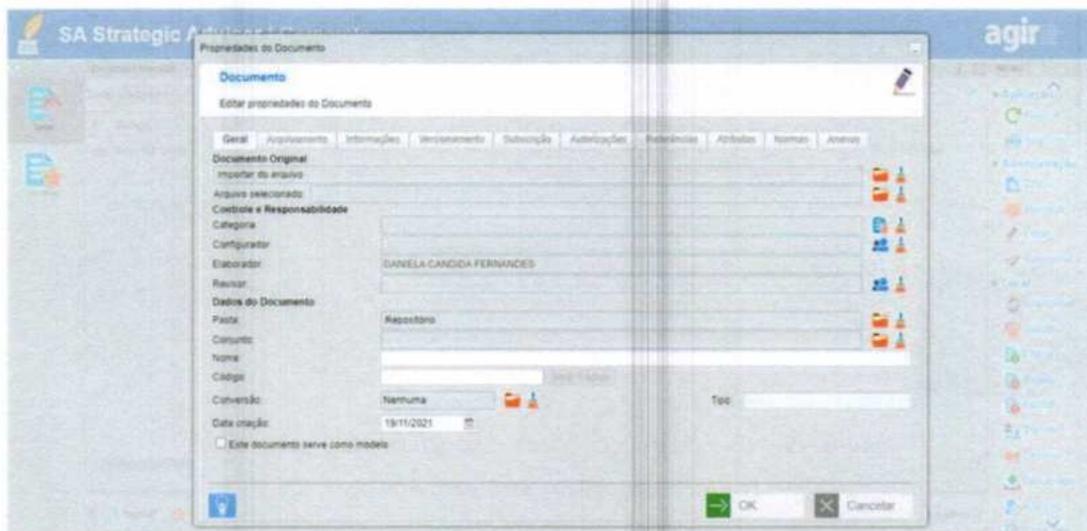


Figura 43 - Tela do Interact: criação de documentos

Fonte: Sistema SA Strategic Adviser.

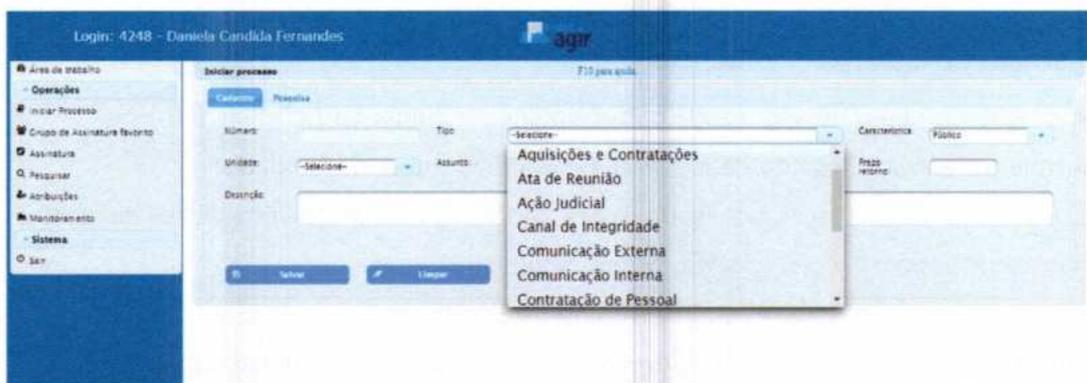


Figura 44 - Tela do e-Doc: abertura de processos

Fonte: Sistema SA Strategic Adviser.

B



Figura 45 - Tela do e-Doc: busca de documentos/ processos

Fonte: Sistema SA Strategic Adviser.

1.1.1.3 Fluxos unidirecional para materiais esterilizados/roupas

Os fluxos intrafuncionais, aqueles que ocorrem no âmbito de uma mesma Unidade funcional, serão compreendidos como fluxos contaminados e fluxos sem riscos de contaminação.

Tratando-se da segurança da organização da Unidade, esta será implantada observando-se procedimentos e critérios que visem garantir a integridade física de bens e pessoas e a funcionalidade da instituição. Entre eles cita-se:

- Elaboração do plano de segurança patrimonial e funcional da Policlínica;
- Controle de entrada e saída de materiais e equipamentos da Unidade;
- Estabelecimento dos acessos às unidades funcionais da Policlínica (área de acolhimento, ambulatório, apoio ao diagnóstico, áreas administrativas);
- Estabelecimento dos acessos dos profissionais e insumos;
- Controle da escala de serviço fora do horário de expediente administrativo;
- Observância no cumprimento das medidas relacionadas com a segurança patrimonial e funcional;
- Definição dos limites de horários para entrega/recebimento de materiais e serviços dentro e fora do expediente administrativo;
- Fiscalização e monitoramento do interior da Unidade e do estacionamento, visando preservar os bens patrimoniais e também os veículos da instituição, dos pacientes e dos colaboradores;
- Implantar rotinas e controle do acesso de pessoas pertencentes ou não ao quadro de profissionais;
- Mapeamento da Policlínica com a identificação e definição dos postos de vigilância;
- Implantação de sinalização horizontal e vertical nos ambientes internos e externos da

Unidade, proporcionando fluxo adequado de pessoas e veículos;

- Acesso à Unidade com vigilância ostensiva e implantado sistema integrado de segurança (equipamentos eletrônicos de vídeo monitoramento, circuito fechado de televisão, cercas elétricas e sensores de alarmes, etc), com o objetivo de inibir a intrusão de vândalos.

Serão seguidas todas as normativas e normas técnicas que legislam sobre fluxos e transportes de bens, insumos, produtos e pessoas, bem como em situações especiais como pontuados na Norma Brasileira - NBR 13.434-2, na Norma Técnica - NT 020, de 05/03/07, e na NR 32.

1.1.1.3.1 Fluxo unidirecional para materiais esterilizados

A CME é uma unidade de apoio técnico dentro do estabelecimento de saúde destinada a receber materiais considerados sujos e contaminados, descontaminá-los, prepará-los e esterilizá-los, bem como, preparar e esterilizar as roupas limpas oriundas da lavanderia e armazenar esses artigos para futura distribuição.

Esta Unidade deve garantir que todas as etapas do reprocessamento do material - ou seja, limpeza, secagem, preparo, acondicionamento, desinfecção e esterilização - sejam realizadas corretamente, passando por processos padronizados e controlados. E, ainda, garantir que a utilização dos artigos ocorra sem que haja risco ou comprometimento da qualidade do serviço prestado ao usuário, desde o recebimento até sua distribuição e, também, que a segurança ocupacional seja efetiva.

Serão consideradas as seguintes áreas na CME da Unidade:

- Área suja (expurgo): destinada ao recebimento e lavagem dos artigos encaminhados pelos diversos setores de assistência ao usuário;
- Área limpa: destinada ao preparo dos materiais e montagem da carga do processo de esterilização;
- Área estéril: destinada a retirada dos materiais e roupas já esterilizadas e acondicionamento destes materiais.

Serão finalidades da CME na Policlínica Regional – Unidade Goiás:

- Recebimento, limpeza, preparo, esterilização e distribuição de todo o material da Unidade;
- Manter os equipamentos de limpeza, desinfecção e esterilização em perfeita ordem;
- Monitorar os processos de limpeza, desinfecção e esterilização utilizando os testes em cada etapa, respectivamente;
- Interagir com a programação de Cirurgias Menores Ambulatoriais - CMA para apreparação do instrumental necessário à realização das cirurgias do dia;
- Levantar, mensalmente, estatística do serviço realizado;
- Manter os registros de processamento, a fim de garantir a rastreabilidade dos Produtos para Saúde - PPS;

B

- Controlar, diariamente, o arsenal para que não se perca nenhum instrumental;
- Elaborar e colocar em prática o Manual de Organização específico para o serviço;
- Padronizar a recepção, no expurgo da CME, de materiais contaminados e execução dos processos de limpeza, descontaminação, lavagem e secagem dos materiais, conforme a natureza da constituição de cada material devidamente padronizado.

As atividades desenvolvidas pela CME da Policlínica Regional – Unidade Goiás deverão seguir a normatização da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 307 e , que determina as seguintes atividades básicas:

- Receber, registrar e separar os PPS utilizados na Unidade ;
- Realizar a lavagem manual e mecânica dos materiais;Receber, dobrar e empacotar as roupas vindas da lavanderia;
- Inspecionar e preparar os materiais;
- Esterilizar as roupas e PPS utilizando dos métodos físicos e/ou químicos;
- Realizar o controle biológico e de validade dos artigos esterilizados;
- Acondicionar as roupas e PPS, de acordo com as recomendações de qualidade e segurança;
- Distribuir os PPS, conforme a necessidade diária de cada unidade consumidora;
- Proteger e zelar pela segurança dos profissionais que trabalham na CME.

O fluxo na CME deve ser unidirecional e contínuo, evitando, desta forma, o cruzamento de PPS sujos com os limpos, bem como o trânsito dos profissionais que trabalham na área suja pela área limpa, e vice-versa.

Barreiras físicas ou técnicas serão instaladas entre as áreas da CME, com o objetivo de manter o fluxo unidirecional. O acesso de pessoas será restrito aos profissionais que ali trabalham, ou àqueles que receberem uma autorização para entrar no setor.

Segue fluxograma unidirecional de processamento de PPS a ser implantado na Unidade:

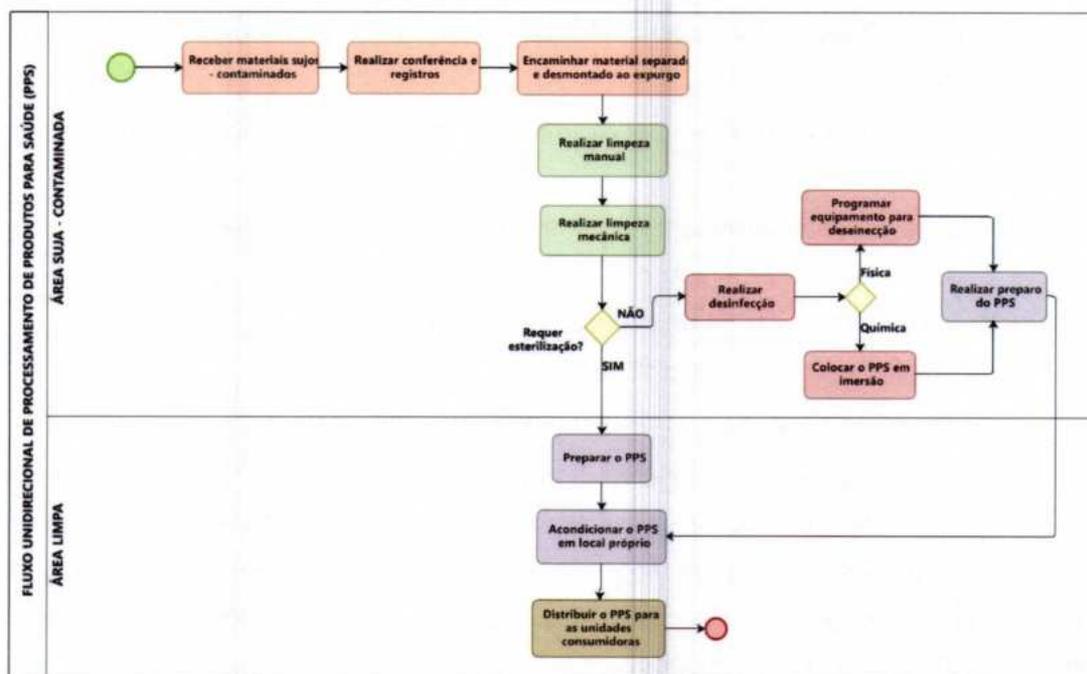


Figura 46 - Fluxograma de processamento de produtos para saúde

1.1.1.3.2 Fluxo unidirecional para roupas

O gerenciamento de roupas de serviços de saúde da Policlínica Regional - Unidade Goiás tem como finalidade coletar, separar, pesar, encaminhar para lavagem, processar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço de saúde.

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

O processamento da roupa da Policlínica Regional - Unidade Goiás deverá abranger as seguintes atividades:

- Retirada da roupa suja da unidade geradora;
- Coleta e transporte da roupa suja até a sala de armazenamento temporário;
- Separação, pesagem e encaminhamento para a lavanderia (externa);
- Recebimento da roupa limpa;
- Separação, dobra e embalagem da roupa limpa;
- Preparo de pacotes de roupas para esterilização;
- Armazenamento, transporte e distribuição da roupa limpa.

Além disso, caberá à unidade:

- Utilizar técnicas e produtos adequados;

B

- Zelar para que a roupa processada não se transforme em veículo de disseminação de contaminação;
- Distribuir a roupa de acordo com a necessidade de cada unidade e nos horários previamente estabelecidos;
- Realizar inventário semestralmente e introduzir dispositivos que permitam o melhor controle possível da roupa; Manter o local em perfeita ordem e fazer com que os colaboradores utilizem os meios de proteção da roupa;
- Fazer manutenção preventiva de instalações e equipamentos;
- Levantar, mensalmente, estatística discriminada do movimento.

O processamento da roupa inicia-se com a retirada da roupa suja das áreas onde foram utilizadas, também chamadas de unidades geradoras. Na retirada da roupa suja da unidade geradora, haverá o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções- padrão, independente da sua origem ou do paciente que a usou. Neste sentido, será feita apenas a pesagem e nunca a contagem de roupas sujas.

A roupa suja será imediatamente colocada em saco hamper, onde permanecerá até a sua chegada ao serviço de processamento. O transporte será efetuado por meio de carro de transporte ou por tubo de queda.

A roupa será transportada dobrada ou enrolada a partir da área de maior sujidade para a de menor sujidade e colocada no centro do saco aquelas que estiverem molhadas ou mais sujas, evitando o vazamento de líquidos e a contaminação do ambiente, dos funcionários ou de outros pacientes. Desta forma, todas as roupas utilizadas no serviço de saúde serão consideradas como contaminadas.

O local destinado para o armazenamento da roupa suja na unidade geradora será arejado e higienizado, conforme rotina pré-estabelecida, a fim de se evitar o aparecimento de insetos e roedores.

A coleta será realizada em horário pré-determinado, visando sempre a redução da circulação da roupa suja pelo serviço de saúde, e a mesma permanecerá o menor tempo possível na unidade geradora antes de ser transportada para a unidade de processamento. O tempo em que a roupa suja permanecerá depositada antes de ser processada estará mais relacionado a questões práticas, como remoção de manchas e aspectos estéticos, do que ao controle de infecção.

Para a coleta e o transporte da roupa suja, o trabalhador da unidade de processamento seguirá as orientações de manuseio contidas no item anterior e também estará adequadamente paramentado, conforme estabelecido nas normativas de Medidas de Prevenção e Controle de Infecção, preconizadas pelo Serviço de Controle de Infecção

Relacionada à Assistência à Saúde e Vigilância Epidemiológica - SCIRAS.

O carro utilizado para o transporte de roupa suja dentro do serviço de saúde será exclusivo para esse fim. Ele será leve, de fácil higienização e possuirá dreno para eliminação de líquido, sendo confeccionado de material que permita o uso de produtos químicos para sua limpeza e desinfecção. Além disso, estará nitidamente identificado, a fim de evitar que seja confundido com o carro de transporte interno de resíduos de serviços de saúde.

Ao transportar a roupa para a unidade de processamento externa ao serviço de saúde, será considerado que:

- A separação entre roupa limpa e suja será rigorosa, envolvendo, preferencialmente, veículos distintos ou, pelo menos, com áreas separadas;
- O veículo poderá ser dividido fisicamente em 2 ambientes com acessos independentes, para separar a roupa limpa da roupa suja;
- Caso a unidade de processamento possua apenas um veículo para o transporte de roupa limpa e suja, primeiramente, será distribuída toda a roupa limpa, e posteriormente, será realizada a coleta da roupa suja;
- No caso citado anteriormente, o veículo passará pelo processo de limpeza e desinfecção, após a coleta de roupa suja;
- O serviço possuirá, por escrito, todo o processo de limpeza e desinfecção dos veículos de transporte.

Na sala de recebimento da roupa suja ("área suja") da unidade de processamento, a roupa será classificada e pesada antes de ser encaminhada ao serviço externo de lavanderia, com mínimo de agitação e manuseio das roupas.

A lavagem das roupas será realizada de acordo com as normas e protocolos do serviço externo de lavanderia. A Policlínica receberá as roupas limpas e passadas, na CME, para que seja realizada a esterilização quando necessária e/ou acondicionamento em local apropriado.

A distribuição de roupa limpa para as unidades do serviço de saúde será feita pelo pessoal da unidade de processamento de roupas e poderá ser realizada em carros de transporte fechados ou, no caso da roupa embalada em sacos de plásticos ou tecido, em carros abertos e, preferencialmente, exclusivos para esse fim.

No caso da roupa limpa não ser distribuída de forma embalada (em sacos plásticos ou de tecido), o carro de transporte será exclusivo. Serão verificadas, rigorosamente, as condições de higiene do carro de transporte de roupa limpa para evitar a contaminação desta.

A roupa limpa não será transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presentes nas mãos ou roupas dos profissionais.

agir

A seguir, é apresentado o fluxo unidirecional de roupas, considerando que o processamento da roupa consiste em todos os passos requeridos para a coleta, transporte e separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de esterilização, armazenamento e distribuição.

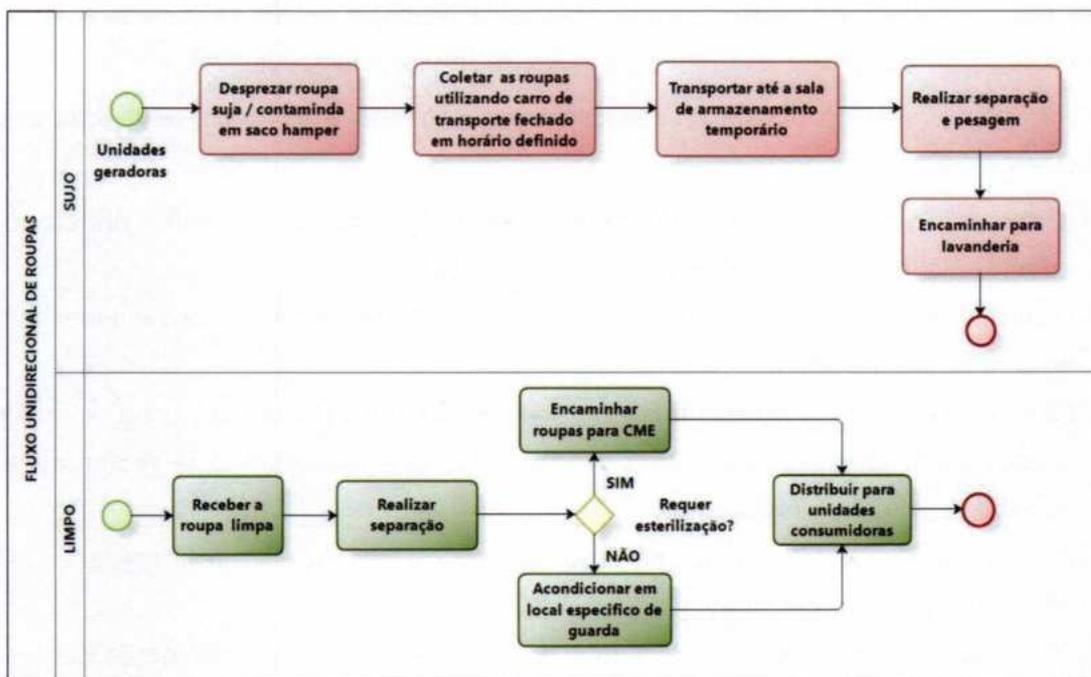


Figura 47 - Fluxograma unidirecional de roupas suja e limpa

1.1.1.4 Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde

Gestão de Resíduos de Serviço de Saúde

Considerando o disposto na RDC nº 222/2018, Resíduos dos Serviços de Saúde – RSS são todos os materiais descartados, resultantes de atividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, tais como prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos que, por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo ou não o tratamento prévio à sua disposição final.

O gerenciamento dos RSS consiste em um conjunto de procedimentos planejados e implementados a partir de bases científicas, técnicas, normativas e legais com o objetivo de minimizar a geração de resíduos e proporcionar a eles um manejo seguro e eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Para o gerenciamento de resíduos da unidade será implementado o Plano de Gerenciamento Integrado de Resíduos de Serviço de Saúde – PGRISS, que corresponde a um documento que especifica um conjunto de procedimentos que devem ser empregados em unidades que

prestam serviços ligados à saúde, sendo consideradas, portanto, como geradores de resíduos de saúde.

O PGIRSS será elaborado em conformidade com as disposições da RDC nº 222/2018, da Resolução CONAMA nº 358/2005 e da Lei Federal 12.305/2010, bem como das regulamentações norteadoras do município local, com foco em integração de todos os possíveis resíduos e rejeitos produzidos na manutenção, engenharia clínica, tecnologia da informação, jardinagem, dedetização e todos os demais setores, aglutinando maior abrangência e gestão sobre os rejeitos e resíduos em toda a cadeia de produção.

Portanto, o documento visará promover, em caráter consultivo, alicerces norteadores para promoção correta do manejo integral dos resíduos e rejeitos da Unidade, elencando como objetivos primordiais:

- Informar a comunidade os procedimentos corretos para o gerenciamento de resíduos, com finalidade de fortalecer positivamente os aspectos ambientais, sociais, econômicos e financeiros;
- Estabelecer métodos educativos para racionalizar o consumo de materiais, evitando desperdícios;
- Internalizar boas práticas na gestão de resíduos, promovendo a diminuição de resíduos na fonte geradora;
- Estabelecer treinamentos com foco em segurança ocupacional e educação ambiental, objetivando controlar e reduzir acidentes de trabalho, além de fortalecer as boas práticas para uso racional de recursos;
- Alavancar a consciência ambiental, objetivando a maximização da coleta seletiva;
- Divulgar os planos de ação presentes no PGIRSS realizados na Unidade para que os colaboradores tenham conhecimento do trabalho desenvolvido;
- Estabelecer o cumprimento legal, além de promover a percepção integral dos colaboradores sobre a gestão de resíduos (segregação, acondicionamento, transporte, armazenamento, tratamento);
- Estabelecer em conjunto com as partes interessadas na interação de processos a inserção no plano de gerenciamento dos rejeitos e resíduos especiais, como explante produzidos em áreas ortopédicas, resíduos de construção civil (RCC) oriundos de reformas, rejeitos produzidos em áreas de manutenção, como óleos de ar-condicionado central, rejeitos de dedetização e jardinagem, materiais eletroeletrônicos, tão quanto, peças de equipamentos inservíveis;
- Estabelecer o fortalecimento da gestão de compliance para fornecedores de serviços em coleta, transporte, tratamento e disposição final de rejeitos perigosos, sendo que a AGIR adota a plataforma de gestão para o monitoramento de licenças ambientais e suas

agir

respectivas condicionantes, conforme demonstrado na figura abaixo;

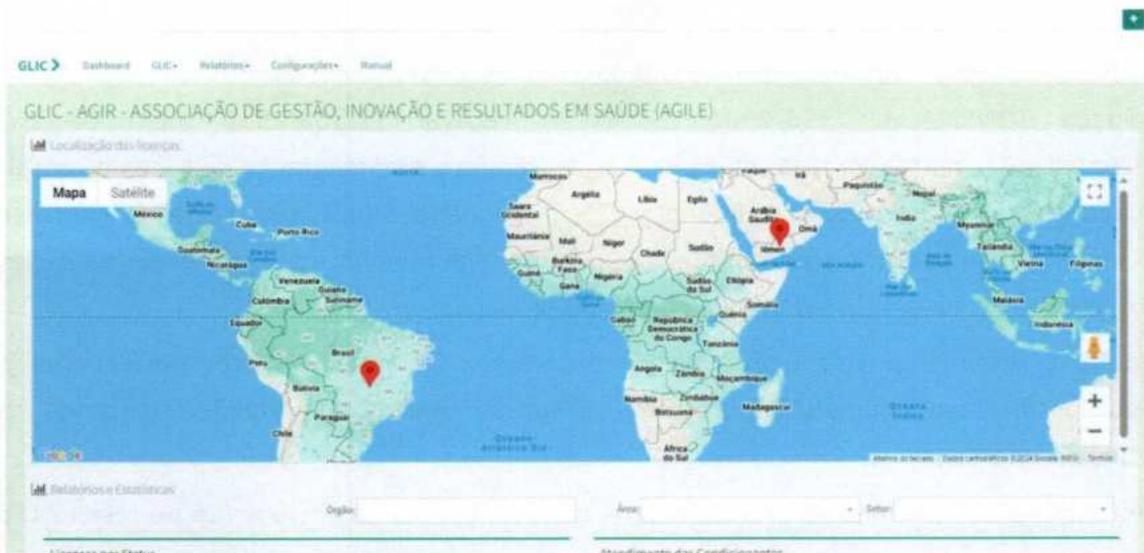


Figura 48 - Painel de gestão de licenças e alvarás de prestadores críticos terceiros. Sistema Legnet - Gestão Agir

1. Matriz de classificação dos resíduos

Segue abaixo a matriz que descreve de forma geral os tipos de rejeitos e seus grupos e subgrupos existentes. Para a Policlínica Região Rio Vermelho – Goiás, a AGIR propõe realizar o mapeamento, por criticidade das áreas, dos tipos de procedimentos e das precauções especiais, definindo o tipo de lixeira e o tipo de resíduos e rejeitos produzidos por área mapeada, sendo fator determinante para o dimensionamento de lixeiras, sacos de lixo e respectivas cores (branco, preto, laranja), tão quanto a cor das lixeiras e suportes para caixa de perfurocortantes.

Classe de rejeitos e resíduos	Descrição geral
Subgrupo A1	Cultura e estoque de microrganismos, sobras de hemoderivados de laboratório, sobra em bolsa de sangue e hemocomponentes e material com sangue na forma livre, que são enviados para tratamento fora do hospital antes da disposição final ambientalmente correta. Rejeitos deste subgrupo são acondicionados em saco vermelho e, posteriormente, enviados para incineração.
Subgrupo A2	Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou

	não a estudo anatomopatológico ou confirmação diagnóstica.
Subgrupo A3	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 seus familiares.
Subgrupo A4	Kits de linhas arteriais, filtros de ar e gases, membrana filtrante, sobras de fezes e urina e seus recipientes e bolsas transfusionais vazias, tão quanto algodão com sangue contido, que podem ser descartados em aterro sanitário sem tratamento prévio, sendo acondicionados em saco branco até limite de 2/3.
Subgrupo A5	Órgãos, tecidos, fluidos e todos os materiais envolvidos na atenção à saúde de pacientes com certeza ou suspeita de contaminação priônica, devendo ser armazenado em saco vermelho duplo e incinerado.
Grupo B tóxicos	Glutaraldeído, formol, ácido peracético e recipientes de medicamentos do grupo tóxico como antimicrobiano, antifúngicos e antivirais, sendo que medicamentos dessas classes, quando vencidos, bem como seus respectivos recipientes contaminados, devem ser incinerados. Podem ser armazenados em saco e lixeira de cor laranja.
Grupo B perfurocortante e classe I	Ampolas em vidro de medicamentos como antimicrobiano, antirretrovirais, quimioterápicos devem ser acondicionados em caixa resistente a punctura e ruptura, devidamente adesivada em caveirinha, respeitando o limite de 2/3 da caixa (até a linha pontilhada). Ampolas em vidro de medicamentos com metais pesados, amálgamas da odontologia, pilhas, baterias, lâmpadas e qualquer resíduo contaminado com metais pesados devem ser armazenados, quando livres, em recipiente com selo d'água - como amálgama por exemplo - e destinado para aterro sanitário industrial.
Grupo B resíduos	Frascos de álcool 70%, frasco de soro sem antimicrobiano, frasco de água bidestilada, frascos de saneantes, bem como demais frascos de produtos de baixo risco ambiental e humano, conforme FDS- Ficha de Dados de Segurança, podem ser estimulados a coleta seletiva, devendo estes materiais serem armazenados em contêiner vermelho.
Grupo C	Qualquer material que contenha radionuclídeo em quantidade superior aos níveis de dispensa especificados em norma da CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou 55 não prevista. - Enquadra-se neste grupo o rejeito radioativo proveniente de laboratório de pesquisa e ensino na área da saúde, laboratório de análise clínica, serviço de medicina nuclear e radioterapia, segundo Resolução da CNEN e Plano de Proteção Radiológica aprovado para a instalação radiativa.
Grupo D rejeitos	Fraldas com fezes, inclusive com presença de melena, absorventes, equipo de soro e seus similares sem sangue e sem líquidos corpóreos (amniótico, cefalorraquidiano, pericárdico, ascítico, pleural e articular), luvas de procedimento cirúrgico sem sangue, pêlos, bolsa coletora de urina, restos alimentares, gesso, gorros, propés, abaixadores de língua, entre outros, devem ser descartados em saco preto, respeitando-se o

	limite de 2/3, podendo ser trocado os sacos a cada 48 horas. Quando putrefável, a troca dos sacos deve ser realizada a cada 24 horas.
Grupo D resíduos (recicláveis)	Garrafas pets, frasco de álcool, frascos de saneantes plásticos de produtos não tóxicos, álcool degermante, frasco de clorexidina, ampolas plásticas de medicamentos, caixas tetra pak, potes de vidro, latinhas de alumínio, tão quanto qualquer material passível de reciclagem, como papelão e papel, devem ser segregados em contêiner próprio para coleta seletiva. Neste caso, contêiner vermelho para plásticos e para papel, com lixeiras e sacos azuis. Caso tenha materiais explantados, seguirá a recomendação da RDC 15/2012.

2. Acondicionamento de Rejeitos e Resíduos

Os rejeitos infectantes do grupo A1 (hemoderivados), A3 (peças anatômicas) e A5 (rejeitos priônicos) deverão ser acondicionados em saco vermelho. Já rejeitos do grupo A4 deverão ser acondicionados em saco branco leitoso.

Os rejeitos do grupo D - como fraldas, absorventes, restos alimentares, equipo de soro - e seus similares sem A1 - luvas de procedimento cirúrgico sem sangue ou líquido corpóreo, gesso, entre outros - deverão ser dispostos de forma ambientalmente correta, utilizando lixeiras com saco de cor preto.

Os resíduos, itens que são passíveis de promoção de coleta seletiva, não podem ser dispostos em aterro sanitário, pelo contrário, devem ser separados seletivamente para coleta e devolução para cooperativas, fortalecendo a economia circular, assim, a AGIR investirá em recipientes para coleta seletiva, com amplo treinamento de educação ambiental, promoverá parceria com cooperativas, para que os resíduos sejam destinados para cadeia produtiva, diminuindo impactos financeiros e principalmente, reduzindo impactos ambientais negativos.

Ressalta-se a observação de que nem todo material comum é rejeito, podendo e devendo a Unidade, em caráter socioambiental, estimular uma gestão ecoeficiente.

Tipo de recipiente/saco	O que descartar	Observações
	<p>Segundo a RDC nº 222/2018, o saco branco leitoso serve para segregar RSS que não necessitam de tratamento prévio, podendo ser destinado para aterro sanitário.</p>	<p>Caso o Município ou Estado tenham norma legal que obrigue o tratamento de todo RSS, fica proibido o envio destes rejeitos para aterro sanitário sem tratamento prévio. Todavia, o município local caso não possua norma própria que seja mais restritiva que a RDC nº 222/2018, é preciso validar e observar lei Estado de Goiás que possui a Lei nº 14.248/2002, que informa em seu artigo 30 que "os RSS deverão ser, obrigatoriamente, segregados e tratados em sistemas licenciados, antes de sua disposição final." Assim, caberá a AGIR desenvolver ações educativas para promover a segregação eficiente dos rejeitos infectantes, indistintamente do grupo, devendo ser tratados antes da disposição final.</p>

b

	<p>Os rejeitos comuns similares ao doméstico, não sendo recicláveis, devem ser desprezados em saco preto, respeitando-se o limite de 2/3 do mesmo, sendo que estes sacos não precisam ser identificados e devem ser coletados das lixeiras a cada 48 horas ou a cada 24 horas, quando houver descarte de rejeitos putrefáveis.</p>	<p>Caso o resíduo seja papel ou plástico originado da assistência que não ofereça risco químico ou biológico, como frascos de álcool 70%, hipoclorito, clorexidina, entre outros, é orientado o armazenamento em contêiner vermelho para reciclagem. Ressalta-se que frascos que contenham informações como "Proibido reutilizar" estão aptos a reciclar, já que reciclar envolve descaracterização de material.</p>
	<p>Rejeitos químicos não perfurocortantes e potencialmente tóxicos devem ser acondicionados em saco de cor laranja (rejeitos tóxicos).</p>	<p>Caso o frasco primário de produtos não contenha tóxicos que ofereçam impacto ambiental e nem à saúde humana, este recipiente deve ser reciclável como, por exemplo, frasco de lactose, soro, cloreto de potássio, entre outros, devendo o armazenamento ocorrer em contêiner vermelho.</p>

	<p>Segundo a RDC nº 222/2018, todo rejeito infectante, como sangue, peças anatômicas, rejeitos contaminados com proteínas priônicas, tão quanto rejeitos oriundos de paciente das precauções especiais, devem ser submetidos para tratamento prévio antes de efetivar a disposição final em aterro sanitário. São produtores de rejeitos desta natureza a agência transfusional de sangue, o centro cirúrgico e a UTI.</p>	<p>A norma informa que nem todo rejeito hospitalar precisa ser tratado, devendo ser avaliado a partir do risco infectocontagioso do paciente (classe de risco I, II, III ou IV). Todavia, fica instituído que todos os rejeitos dos grupos A1, A3 e A5 devem ser desprezados em sacos vermelhos, conforme plano de gestão de resíduos da AGIR.</p>
	<p>O saco de cor azul destina-se a estimular a coleta seletiva de papel e papelão usado nos setores administrativos da Unidade.</p>	<p>O papel e papelão utilizado nos setores devem ser descartados em lixeiras de cor azul com saco azul, sendo vedado amassar papel e manter grampos e cliques.</p>

B



Conforme Resolução CONAMA nº 275/2001, ficou instituída de forma universal cores para padronizar e estimar a coleta seletiva, tão quanto segregação eficiente em ambientes de grande circulação. Neste sentido, será disponibilizados contêineres de cor vermelho (para a separação de polipropilenos diversos), lixeiras azuis e sacos azuis (para separação de papel e papelão), lixeiras laranjas (para segregação de resíduos tóxicos), e lixeiras brancas com saco branco leitoso (para RSS não contagiosos). Porém, quando qualquer lixeira tiver saco vermelho, será entendido que o rejeito ali presente necessita, obrigatoriamente, passar por tratamento prévio.



B.

	<p>A RDC nº 222/2018 orienta a segregação de todos os perfurocortantes biológicos em caixa resistente a punctura e ruptura, respeitando-se o limite de 2/3 da caixa, ou seja, com armazenamento de rejeitos perfurocortantes até a linha pontilhada, entendendo que perfurocortante é qualquer material pontiagudo.</p>	<p>Além dos rejeitos perfurocortantes infectantes, a Unidade produz perfurocortantes químicos, como ampolas e vidros de medicamentos tóxicos, devendo o acondicionamento destes ocorrer em caixa específica. Ao montar a caixa, o profissional deve identificá-la com o símbolo de "caveirinha", sendo vedado descarte de plásticos nestes recipientes.</p> 
---	---	---

Para fortalecer a percepção dos colaboradores quanto à responsabilidade ambiental, serão realizados treinamentos de integração e educação continuada. Nestes momentos, além de visitar as boas práticas de gestão de resíduos, será enaltecido o uso racional de recursos.

3. Fluxo Unidirecional de resíduos de serviço saúde

Abaixo apresentamos o fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde e pontuações para cada grupo e subgrupo de resíduos e rejeitos supracitados na RDC 222/18, tão quanto, potenciais resíduos produzidos na Policlínica – Região Rio Vermelho – Goiás.

b

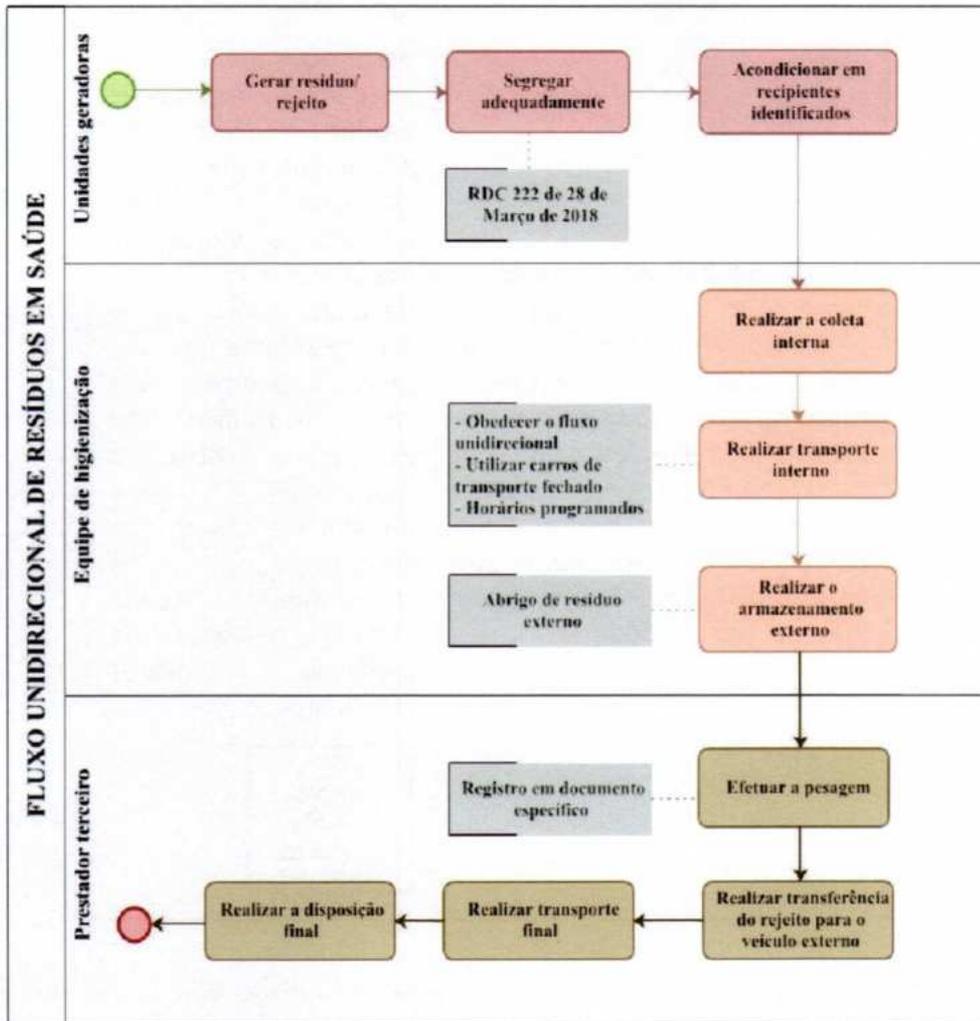


Figura 49 - Fluxograma unidirecional de Resíduos em Saúde

B

1.1.2 Implantação da Gestão

1.1.2.1 Implantação de logística de suprimentos

Definir a logística de suprimentos como o processo de planejar, implementar e controlar o fluxo eficiente e economicamente eficaz de matérias-primas, materiais em processo, produtos acabados e as informações relacionadas a essas atividades, desde o ponto de origem até o ponto de consumo, visando atender às exigências e necessidades das unidades gerenciadas pela AGIR, e da mesma forma ocorrerá na **POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS**.

Compor a logística de suprimentos pelos principais processos:

1. Gerenciar o estoque

Controlar os níveis de estoque, equilibrando o excesso e a falta de produtos.

2. Planejar as aquisições

Determinar o que, quando e como comprar, assegurando que os suprimentos necessários estejam disponíveis.

3. Padronizar os materiais

Estabelecer padrões para materiais, visando reduzir custos e garantir a qualidade.

4. Realizar as aquisições

Adquirir insumos com base em um planejamento estratégico de necessidades.

5. Fazer o follow-up dos pedidos

Acompanhar os pedidos para garantir que sejam entregues no prazo e conforme especificado.

6. Gerir os fornecedores

Desenvolver e manter fornecedores para assegurar a entrega de produtos de qualidade, no tempo adequado e com o custo correto.

7. Gerir o consumo

Monitorar e controlar a taxa de uso dos suprimentos, evitando desperdícios e garantindo o uso eficiente dos recursos.

8. Distribuir internamente na policlínica

Controlar e distribuir os insumos internamente entre almoxarifado, farmácias e áreas assistenciais.

9. Gerenciar os custos

Acompanhar e controlar os custos relacionados à cadeia de suprimentos.

A cadeia logística de suprimentos da AGIR se destaca por ser 100% digital, utilizando tecnologias avançadas e processos integrados para a gestão dos itens mencionados. Isso é

feito por meio da aplicação de *Business Intelligence* denominada Central de Ressuprimento, da Plataforma E-compras AGIR e contando com a interfase do Sistema de Gestão da Unidade.

Estabelecer a rotina de aquisição de materiais hospitalares da **POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS** por meio da Central de Ressuprimentos AGIR, uma aplicação tecnológica própria para gerenciar toda a cadeia de suprimentos, com foco no processo de aquisição e ressuprimento de forma completamente digital. Essa ferramenta possibilitará uma gestão eficiente, com monitoramento tecnológico em tempo real de todos os processos da cadeia de suprimentos hospitalar. Com mais de 97 indicadores monitorados, será possível tomar ações assertivas para evitar rupturas de estoque e altos inventários.



Figura 50 - Aplicação tecnológica da Central de Ressuprimentos AGIR

Adotar um modelo de gestão eficiente para a cadeia de suprimentos hospitalar, que envolve o gerenciamento preventivo de todos os processos necessários para garantir o abastecimento de insumos, medicamentos e serviços para as unidades de saúde, desde a solicitação até a dispensação final à equipe assistencial.

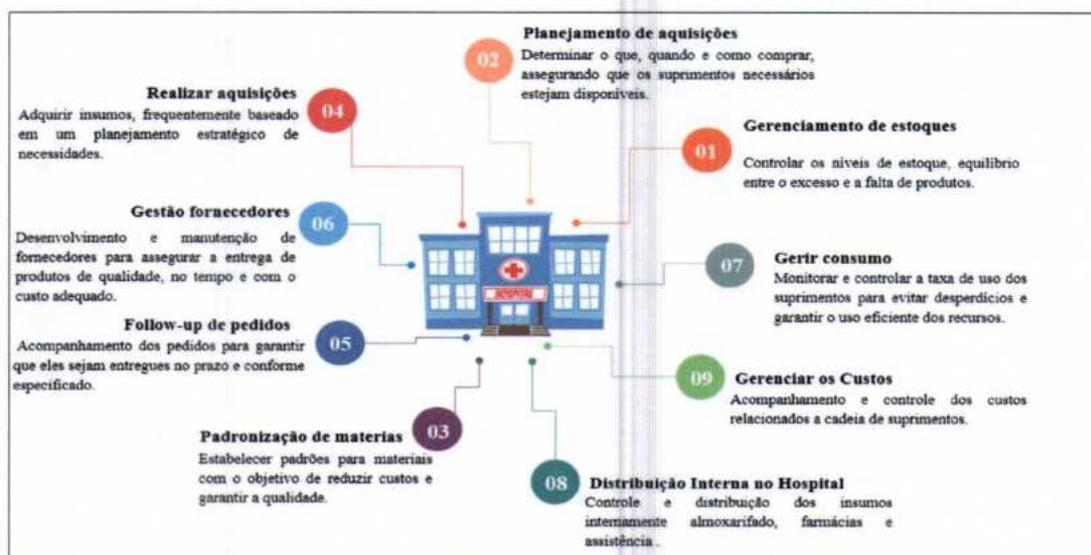


Figura 51 - Principais Processos da Cadeia de Suprimentos Hospitalar monitorados pela Central de Ressuprimentos AGIR

Utilizar essa aplicação como peça essencial para garantir a execução do processo de aquisição integral na gestão da **POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS**, assegurando que todos os recursos necessários estejam disponíveis de forma oportuna, eficiente e segura, sustentando as operações clínicas e administrativas.

Incluir essa aplicação como parte da rotina do processo de aquisição, com a gestão rigorosa de estoques de medicamentos, equipamentos médicos e materiais de consumo, coordenando processos de aquisição, recebimento, armazenamento, distribuição e controle de qualidade dos produtos. O objetivo será otimizar recursos, reduzir custos, garantir a segurança dos pacientes e melhorar a qualidade dos serviços prestados pela policlínica, assegurando que todas as ações ocorram de modo a proteger a vida e/ou recuperar a saúde dos pacientes, com qualidade, baixo custo e resultados positivos para a instituição.

O fluxo abaixo adotado pela Central de Ressuprimento da AGIR para suprir e monitorar a cadeia de suprimentos da **POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS**, focando na qualidade, custo-benefício e otimização dos recursos em um processo inteligente de aquisição.

B

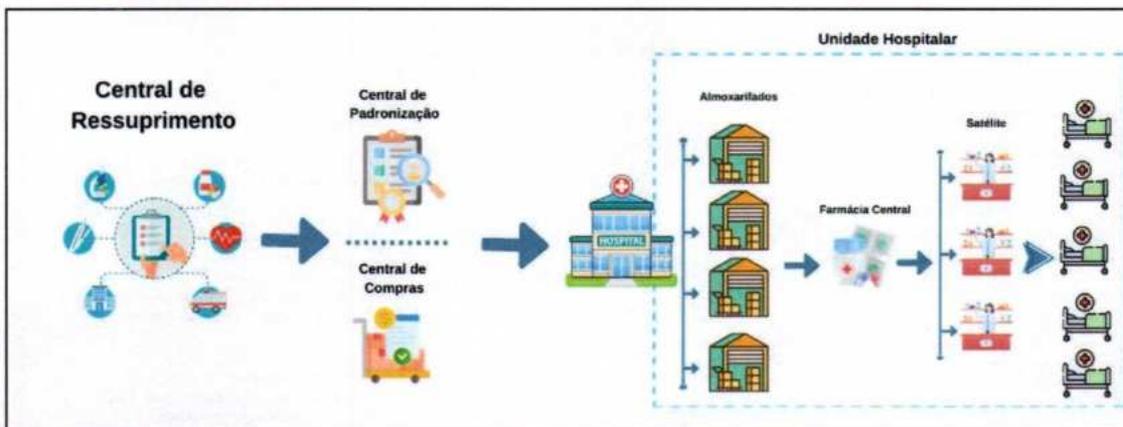


Figura 52 - Macro fluxo da Central de Ressuprimentos AGIR

Implementar uma série de ações nos processos da Central de Ressuprimentos AGIR para garantir economia na aquisição e uso de insumos, medicamentos e demais materiais, desde a solicitação de aquisição até a dispensação final.

Abaixo as principais ações e processos executados:

- Seguir um regulamento rigoroso nas aquisições, que são classificadas em diferentes tipos, como aquisições eventuais, reposição de estoque, pequenas compras de urgência e serviços.
- Planejar cuidadosamente e gerir os estoques para evitar rupturas e garantir que a policlínica tenha os materiais necessários para atender à demanda.
- Utilizar ferramentas de gestão como ERP, MRP e aplicativos de B.I. (Business Analytics) para monitorar e gerenciar os estoques, garantindo um abastecimento eficiente.
- Centralizar as aquisições por meio da plataforma e-Compras AGIR para permitir uma gestão integrada, desde a solicitação até a entrega dos itens comprados.
- Planejar a aquisição de bens e serviços pela unidade solicitante, utilizando as ferramentas de gestão e gerenciamento de estoque.
- Analisar os relatórios fornecidos por esses sistemas para nortear a aquisição com quantidades, qualidade e lead time necessários, visando garantir o ressuprimento e estoques adequados à demanda da unidade.
- Classificar as aquisições em diferentes categorias, possibilitando a adoção de tratativas distintas, considerando os fatores que envolvem cada tipo de aquisição, como a urgência do produto ou serviço, conforme o plano de ação para economia do uso de insumos/medicamentos da **POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS.**

Destacar os tipos de aquisições existentes, incluindo:

- **Eventual:** Adquirir produtos sem constância de consumo na unidade e cuja utilização se dá de maneira esporádica.
- **Reposição de estoque:** Adquirir produtos com uso e consumo constante na unidade.
- **Pequena monta:** Adquirir produtos com valor limitado por compra e com cota anual estabelecida para cada unidade. Adotar para compras de materiais médicos e medicamentos de urgência, itens que podem comprometer e/ou paralisar as rotinas da policlínica, e insumos que, quando faltantes, incorrem em prejuízos à unidade e/ou seus pacientes.
- **Serviços:** Adquirir prestação de serviços diversos, conforme imagem do fluxo Central de Ressuprimento.
- **Urgência:** Adquirir em caráter de urgência e emergência caracterizadas pela ocorrência de fatos inesperados e imprevisíveis, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso, importando em prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas ou equipamentos, conforme imagem do Fluxo de Ressuprimento Urgente e/ou Prioridade

b

agir

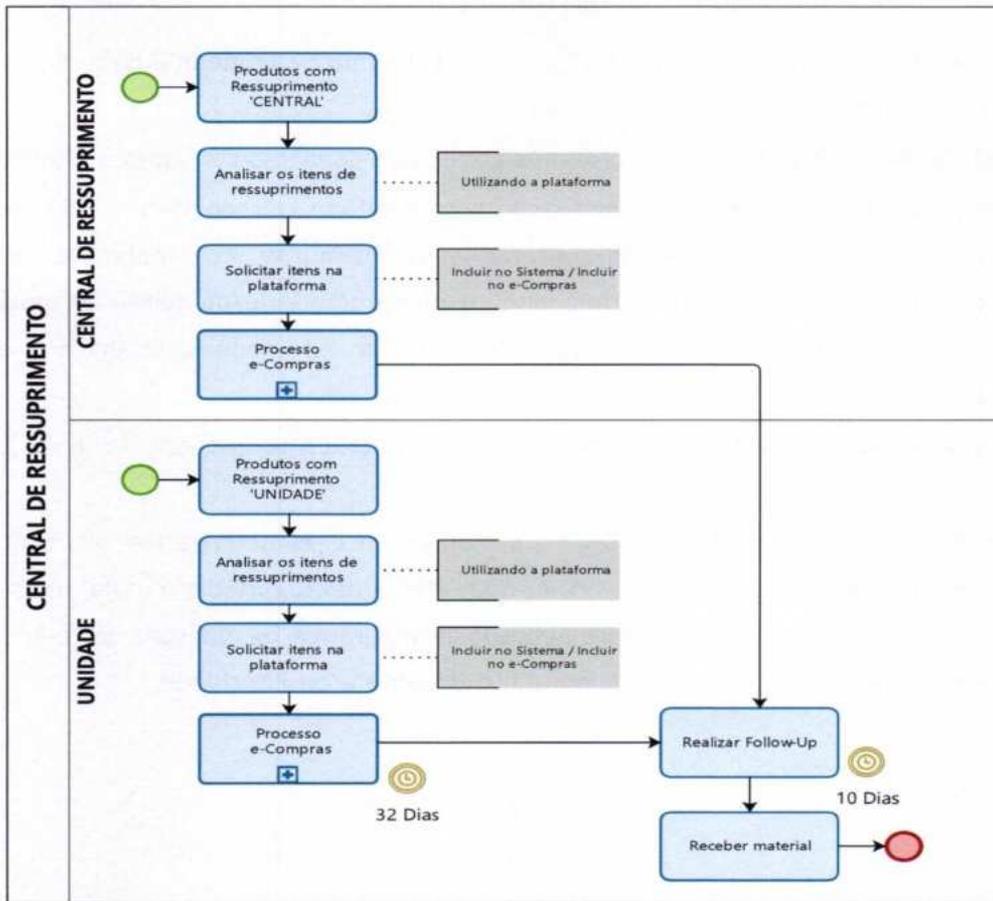


Figura 53 - Fluxo Central de Ressuprimento

[Handwritten signature]

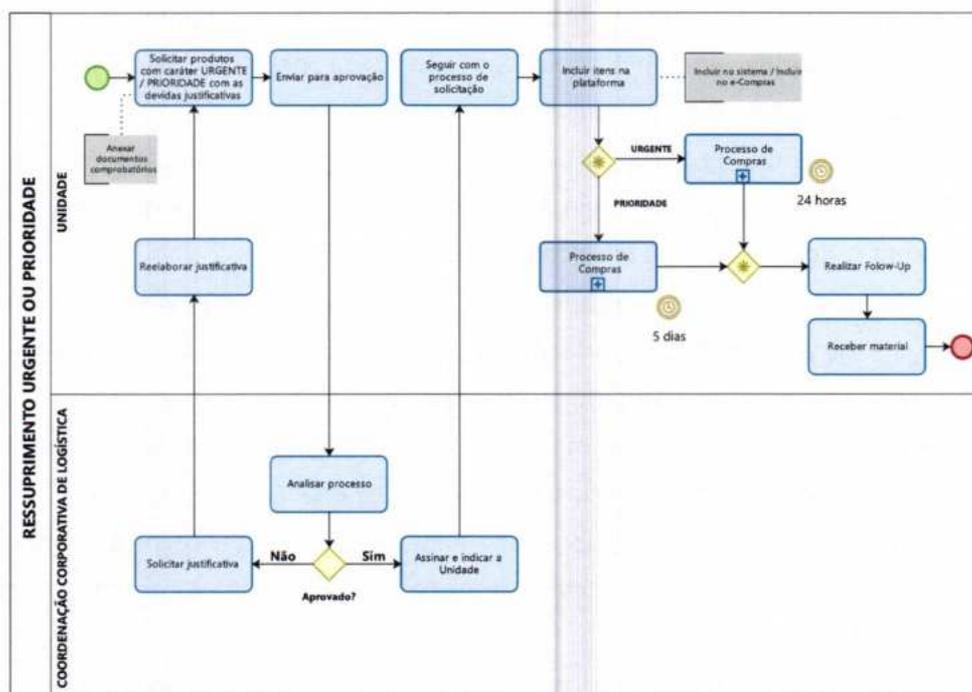


Figura 54 - Fluxo de Ressuprimento Urgente e/ou Prioridade

Compete ao setor de suprimentos formalizar as condições de fornecimento de bens e serviços por meio de documentos que respaldarão ambos os agentes: fornecedor, unidade de saúde e corporativo. Incluir todas as informações necessárias para a concretização da prestação do serviço ou entrega do bem, tais como: relatório, valores, especificações, dados de faturamento, condições de pagamento, observações complementares, dentre outros.

Formalizar a aquisição por dois meios:

1. **Ordem de Compra:** Emitir um documento formal pela organização que concretiza o ajuste comercial com o fornecedor, representando fielmente todas as condições da negociação.
 2. **Contrato:** Estabelecer um documento formal que, em razão da natureza ou complexidade do ajuste comercial, define por meio de cláusulas as condições de fornecimento de bens de consumo, bens permanentes, obras, serviços e outras avenças, em conformidade com o Direito Civil Brasileiro e os Princípios da Teoria Geral de Contratos.
- Ter como fato gerador do processo de aquisição a demanda do solicitante, feita por um gestor da área, a quem cabe identificar a necessidade de bem ou serviço em sua rotina administrativa ou assistencial.
 - Realizar a reposição de estoque de produtos para garantir o uso contínuo na unidade pelo gestor da área demandante, apoiando-se em dados de consumo do ERP institucional integrado a Central de Ressuprimentos AGIR, sempre que cabível, como curva ABC, XYZ,

estoque mínimo, estoque máximo, lote econômico de compras, dentre outras. Ressaltar a importância dos meios adotados pela unidade para delimitar os produtos a serem adquiridos, atendendo ao requisito da economicidade preconizados.

- Respeitar uma cadência de responsabilidades para a aprovação das aquisições realizadas pelas unidades de saúde geridas pela AGIR, sendo as autorizações necessárias mutáveis, de acordo com o tipo de bem ou serviço a ser adquirido.
- Assinar a solicitação pelos gestores responsáveis pela demanda, devidamente identificados com o cargo laboral, e pela Diretoria Administrativa Financeira da unidade solicitante e, posteriormente, aprovar pelas Superintendências da AGIR.
- Realizar estimativa de valor, previamente para cada produto e serviço, registrando essas estimativas em nosso banco de dados para orientar os analistas de compras.
- Manter a gestão de marcas homologadas, onde nossa equipe técnica gerencia marcas homologadas, assegurando que todas as compras atendam a padrões rigorosos de qualidade e segurança.
- Gerir base de dados padronizada com produtos e marcas padronizadas, garantindo consistência e qualidade em todas as aquisições.
- Garantir que as ações da Central de Ressuprimentos AGIR sejam essenciais para a coordenação e cumprimento das metas atreladas à missão da organização.
- Fornecer suporte necessário para a **POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS** realizar uma gestão de estoque com mais efetividade, monitorando os dados referentes ao ressuprimento, utilizando como ferramentas de controle a Central de Ressuprimentos AGIR e a plataforma E-Compras AGIR, além de fluxos estabelecidos, conforme o perfil da solicitação seja regular ou urgente.

Utilizar a Central de Ressuprimentos AGIR como uma plataforma essencial para gerar economia no uso de insumos e medicamentos. Essa ferramenta será fundamental para otimizar os recursos e melhorar a gestão da cadeia de suprimentos.

Destacar, abaixo, as principais funcionalidades da aplicação da Central de Ressuprimentos AGIR, que garantem a correta execução dos processos de aquisição e das demais ações mencionadas.

1. Lead Time

Monitorar o *lead time* de reabastecimento como um conceito logístico aplicável à cadeia de suprimentos que mede o tempo de espera entre o pedido e a entrega. Informar que a tela interativa exibe dados atualizados a cada uma hora.

Estabelecer o lead time para Ordem de Compra o de Contratos para que não haja rupturas na



policlínica.

2. Composição da Solicitação

Utilizar a tela de Composição da Solicitação para classificar os produtos pela Curva ABC e monitorar a necessidade de solicitação desses itens.

Na tela, é possível ver quantidade de itens por ação, como: Realizar *Follow-up*, Acompanhar SC, Solicitar Aquisição, solicitar como Urgente, Atenção e Monitorar. Mostra também a quantidade de itens que deve ser solicitada para evitar ruptura.

- Quantidade Comprar: Se, o item estiver com a ação *follow-up* ou acompanhar SC e os dias de cobertura (OC ou SC) for maior que o *lead time*, sugere não comprar, se, for igual ao *lead time*, sugere repor o estoque mínimo ou máximo, se não, sugere comprar a diferença.
- Quantidade Estoque: quantidade de estoque do item, de acordo, com o relatório "posição de estoque"; bem como o dia de cobertura.
- Consumo Médio(dia): média de consumo nos seguintes perfis: 15 dias, 4 meses consolidado, os últimos 6 meses e últimos 12 meses.
- Solicitação de Compras e o dia de Cobertura (SC em aberto) e a Ordem de compras e o dia de Cobertura (OC em aberto)



Figura 55 - Tela da aplicação de Composição para solicitação de aquisição

3. Compra Conjunta

Planejar Compra Conjunta para economia na aquisição de insumos e medicamentos no ressurgimento hospitalar. Explicar que a Compra Conjunta permite consolidar as demandas de diferentes unidades hospitalares, aproveitando a aquisição em maior escala para obter melhores condições de preço e redução de custos. Centralizar as aquisições ajuda a evitar o desperdício e a otimizar o uso dos recursos, ao adquirir produtos de forma mais eficiente e econômica.

Ressaltar que a tela de Compra Conjunta exibe itens classificados como "Urgente" e "Solicitar" que são comuns entre as unidades. Destacar que essa abordagem proporciona a obtenção de

um custo médio mais baixo, um total de compra otimizado e uma Compra Projetada mais eficaz. Enfatizar que a Compra Conjunta é uma estratégia crucial para melhorar a gestão de estoque e promover a economia, garantindo que os recursos sejam utilizados de maneira mais racional e eficiente.

- Apresenta os itens "Urgente" e "Solicitar" da composição que são comuns entre as Unidades;
- O valor do custo médio e o total da Compra Projetada.
- A tela é utilizada exclusivamente pela Central de Ressuprimentos AGIR e Setor de Compras.

4. Comportamento de Consumo

Demonstrar o comparativo entre os itens para reconhecer e compreender os diferentes fatores que influenciam o comportamento de consumo. Incluir o relatório para justificar a solicitação de compra.

- Quantidade de consumo: Medir em quantidade e por item.
- Monitoramento: Exibir a tendência de consumo dos itens.

5. Monitoramento de Estoque

Onde são parametrizados os estoques de cada item, estoques de segurança, estoque mínimo e estoques máximos. O monitoramento de estoque é uma atividade contínua e dinâmica, fundamental para o sucesso operacional da unidade. No painel, verificar a quantidade de itens e o estoque a que pertencem, além do valor e quantidade total por unidade, espécie e item.

6. Rupturas

Demonstrar os itens que tiveram ruptura diária e o acumulado mensal, incluindo o percentual por unidade, espécie e uma tabela detalhada dessas rupturas.

- Quantidade de rupturas: Exibir por unidade, espécie (valor e percentual), por mês e dia;
- Quantidade de rupturas por produto;
- Lista de itens de forma estratificada.

7. Farmácias Satélites/Assistencial

Tem por objetivo dimensionar, monitorar e apresentar em *dashboards* Satélites/Assistencial o acompanhamento dos estoques das Farmácias satélites da Unidade de Saúde, demonstrando o estoque mínimo e os dias de cobertura. Esse painel visa demonstrar a necessidade de reposição, bem como, a dispensação dos insumos em tempo real. A equipe assistencial utilizará o painel para verificar a localização dos insumos dentro da unidade de saúde.

- Apresenta o quantitativo de insumo, em tempo real, do estoque de cada satélite.
- Sugere ações como solicitar e demonstra o que está em excesso, com base no indicador de dias estabelecido que precisa manter em estoque.

8. Follow Up

Aprimorar a realização do processo de acompanhamento das entregas de todos os processos de aquisição, a partir da geração da ordem de compras/serviços. Monitorar o indicador para avaliar se há contato com o fornecedor após a emissão das ordens de compras/serviços para garantir que os insumos medicamentos cheguem conforme planejado evitando rupturas.

9. Avaliação de Entregas

Desenvolver para acompanhar o indicador com o objetivo de trazer celeridade ao processo de aquisição. Avaliar todas as entregas a partir da entrada da nota fiscal no sistema, usando essas avaliações como balizador para futuras aquisições.

10. Processo de pagamento

Acompanhar os processos de pagamento, trazendo mais eficiência ao processo e garantindo o controle das notas fiscais. Apresentar todas as etapas do pagamento após a entrada da nota fiscal no sistema, verificando se o pagamento foi solicitado, está pendente ou foi pago. Mensurar quantos pagamentos foram enviados fora do lead time estabelecido pela instituição

11. Gestão de Contratos

Visa garantir a Gestão de Contratos demonstrando o quantitativo de contratos vigentes, valores, saldos, vigências, dentre outras informações pertinentes.

- Lista todos os contratos vencidos, com vigência menor que 30 dias, maior ou igual a 120 dias para seja tomada ações de renovação do contrato caso necessário;
- Estimar os valores de todos os contratos, separados por categoria de serviço ou produto;
- Demonstrar a quantidade consumida dos contratos, com alerta em cores;
- Apresentar a quantidade consumida por mês dos contratos.

12. Controle de Validade de insumos e medicamentos

Funcionalidade que tem como função alertar e acompanhar a validade de todos os itens existente na Unidade de Saúde, para os próximos 12 meses.

- Percentual de vencimento para os próximos 6 meses, estratificado por setor/estoque com a quantidade, valores dos itens.
- Valor total por estoque de itens com validade próxima.

Definir a rotina de recebimento de materiais hospitalares, medicamentos e correlatos como uma etapa crucial para garantir a qualidade e integridade dos produtos. O método de

recebimento constituirá a fase inicial do processo de armazenagem, executando as seguintes funções essenciais (recebimento, conferência e processo de pagamento) para assegurar que os materiais recebidos estejam de acordo com as especificações solicitadas, garantindo o correto manuseio e armazenamento.

I. Recebimento (descarga):

O recebimento de materiais ocorrerá de segunda-feira a sexta-feira, das 08 às 17 horas. Eventualmente, conforme necessidade da Unidade e/ou conforme programado com o Serviço de Almoxarifado, o recebimento poderá ocorrer em dia e/ou horário diferente do padronizado.

Observar a seguinte ordem para recebimento:

- Produtos Termolábeis;
- Medicamentos;
- Produtos para nutrição (dietas, fórmulas);
- Material Médico Hospitalar;
- Demais materiais (escritório, manutenção, limpeza etc).

II. Conferência da Documentação:

No ato da entrega, deve-se conferir a seguinte documentação entregue pelo transportador, a conferência deve ser realizada através do aplicativo e-notas, que será acessado via tablet, onde constarão todas as informações relacionadas ao pedido, conforme segue:

- Conferir dados do destinatário;
- Conferir se existe pedido (Ordem de Compra ou contrato de fornecimento contínuo);
- Observar as condições acordadas no pedido (valor, marca, dados do fornecedor, condições de pagamento e informações complementares).

III. Recebimento (descarga):

O recebimento deverá ser realizado em área específica, na doca do almoxarifado, e todas as informações do recebimento, conforme observações a seguir, deverão ser registradas no aplicativo e-notas e, ao final, o recebedor deverá validar as informações, através de assinatura eletrônica no tablet:

- Inspecionar as condições do transporte (veículo coberto e acondicionamento dos produtos);
- Descarregar os produtos obrigatoriamente sobre paletes e/ou estrados de plástico;
- Acompanhar/Orientar o descarregamento;
- Seguir as orientações do fabricante sobre o posicionamento das setas dos volumes;
- Respeitar a altura máxima estabelecida pelo fabricante;

agir

- Descarregar os produtos dividindo por itens e lotes;
- Identificar os itens (rótulo/etiqueta) da amarração externa da carga preferencialmente com a face para fora, facilitando a identificação.

IV. Conferência qualitativa:

Deve-se inspecionar a integridade dos produtos quanto a:

- Aspecto físico dos volumes;
- Violação da embalagem;
- Rotulagem da embalagem.

O recebimento de novos produtos e/ou de usos específicos do serviço deverá ser realizado acompanhado pelo responsável do serviço solicitante ou profissional que utilizará o produto. O profissional deverá assinar o atesto da nota fiscal em conjunto com o almoxarife.

V. Conferência quantitativa

- Conferir a quantidade de volumes;
- Conferir a quantidade total de cada produto.

VI. Encaminhamento da nota fiscal para pagamento

Após o recebimento dos produtos, a entrada da nota fiscal no sistema ERP será de forma automatizada, através do sistema Smartbot AGIR, que utiliza as informações imputadas nos tablets via e-notas, para lançar a entrada da nota fiscal automaticamente e em seguida salvar o espelho de entrada no aplicativo e-notas. Após o recebimento dos produtos ou serviços, realizar a entrada da nota fiscal no sistema ERP e realizar a avaliação do fornecedor. Em seguida, deve-se emitir o documento de entrada e nota fiscal eletrônica e encaminhar a nota fiscal e documentos pertinentes para conferência.

Deve-se, também, realizar a conferência da nota fiscal e seu respectivo documento de entrada, assim como demais documentos pertinentes. Após conferência, o documento de entrada deverá ser assinado e a nota fiscal deverá ser encaminhada à central de pagamentos, bem como seus respectivos anexos. Concluída a entrada da nota fiscal, o sistema Smartbot AGIR, de forma automática, sobe o espelho de entrada e toda a documentação obrigatória para o processo de pagamento, ficando sob responsabilidade do almoxarife apenas a conferência e a avaliação do fornecedor. Ao anexar a documentação automaticamente no processo de pagamento, o sistema Smartbot AGIR, já faz uma conferência nas certidões de regularidades fiscais, e no caso de alguma estar vencida, o próprio bot faz a atualização do documento.

VII. Procedimento de devolução de materiais

Na devolução de materiais, almoxarifes estão orientados quanto aos procedimentos necessários para a devolução de produtos que não estejam de acordo, tais como avarias,



mercadorias divergentes, quantidades incorretas ou itens faltantes e notas fiscais com informações incorretas.

As devoluções poderão ocorrer de 2 formas:

Devolução total: O material deverá ser recusado quando for verificada a divergência no recebimento, em casos em que não houver Ordem de Compra ou pedido via contrato. Quando a adversidade não for passível de correção, os seguintes procedimentos deverão ser adotados:

- Redigir ressalva informando o motivo da devolução no verso da DANFE;
- Informar a data da devolução;
- Providenciar a assinatura de quem está devolvendo;
- Coletar a assinatura do entregador ou motorista (tal ação é facultativa, pois o profissional poderá negar-se a assinar);
- Bater carimbo com CNPJ da unidade;
- Escanear e salvar em pasta específica.

Devolução parcial: Em caso da DANFE com mais de um produto em que algum destes foi entregue divergente ao solicitado, avariado, impróprio para uso, expirado, ou qualquer motivo que impossibilite o recebimento, deverá proceder-se com a devolução deste de maneira parcial:

- Entrar em contato com o fornecedor, solicitando autorização para receber parcialmente os itens, sendo que ele deverá emitir nota fiscal de devolução referente ao item que foi recusado;
- No momento do recebimento, deverá ressaltar o verso da nota fiscal, informando o motivo da devolução, quais itens foram devolvidos, constando a assinatura do responsável pelo recebimento e do entregador ou motorista;
- Escanear, copiar e salvar em pasta específica a DANFE;
- Devolver a transportadora uma via da nota fiscal com ressalva.

OBS.: Para ambos os tipos de devolução, será necessária a autorização prévia do Encarregado ou Supervisor de almoxarifado do UNIDADE.

VIII. Rotina de estocagem de materiais

A estocagem é o processo de alocação/guarda dos materiais em um determinado local do almoxarifado. Para tal processo, e com a devida nota fiscal registrada no sistema ERP, a seguinte ordem de prioridade para estocar os materiais deverá ser considerada:

1. Produtos Termolábeis;
2. Medicamentos;
3. Produtos para nutrição (dietas, fórmulas);

agir

4. Material Médico Hospitalar;
5. Demais materiais (escritório, manutenção etc.)

Procedimentos:

I. Endereçamento:

- Estocar os materiais de acordo com o endereçamento no sistema. Caso não haja endereçamento, vincular o material ao endereço no sistema ERP;
- Alocar, preferencialmente, os produtos de grande volume e/ou peso em piso térreo;
- Os materiais de pequeno volume, com exceção dos medicamentos, deverão ser alocados, preferencialmente, em mezanino;
- Os medicamentos deverão ser estocados próximos à área de transferência para a farmácia central.

II. Estocar os materiais, sem exceção, sobre estrados, paletes ou prateleiras.

- Seguir as instruções do fabricante sobre a forma de armazenamento;
- Não estocar materiais encostados nas paredes.

III. Utilizar o método Primeiro que Vence, Primeiro que Sai - PVPS para estocar os materiais, seguindo a disposição das prateleiras:

- Da esquerda para a direita, de cima para baixo, ou seja, os produtos que vencem primeiro ficam à esquerda e posteriormente os de validades superiores.

IV. Identificar os produtos estocados nas prateleiras com etiqueta tipo gôndola. As etiquetas deverão conter as seguintes informações:

- Código do sistema ERP;
- Descrição do produto;
- Lote e validade.

V. Para os produtos que não fazem controle de lote e validade, as etiquetas deverão conter as informações:

- Código do sistema ERP;
- Descrição do produto.

VI. A estocagem de produtos termolábeis deverá ser realizada em local apropriado, conforme recomendações do fabricante:

- Conferir e anotar a temperatura 3 vezes ao dia;
- Registrar a temperatura no documento de controle.

VII. Realizar, periodicamente, a limpeza das estruturas de armazenagem (refrigerador,

agir

prateleiras, paletes e estrados).

VIII. Controlar a temperatura dos materiais estocados em temperatura ambiente e registrar a temperatura no documento de controle.

IX. Rotina de separação

1. Preparação dos pedidos (Picking)

A separação consiste em preparar os pedidos realizados pelos clientes internos da policlínica.

Procedimento:

I. O picking de materiais ocorrerá nos seguintes dias:

- Almojarifado CAF: atendimento 5 (cinco) dias por semana, das 08:00 às 18:00 horas, ou de acordo com a demanda e característica da Unidade;
- Almojarifado Geral: atendimento de segunda a sexta-feira ou de acordo com a demanda e característica da Unidade.

II. Receber a solicitação de produtos via sistema ERP, devendo-se:

- Identificar os produtos e quantidades no pedido;
- Localizar o produto no estoque;
- Seguir o método PVPS;
- Realizar o atendimento do item por meio do código de barras da etiqueta emitida pelo do sistema ERP ou etiqueta que consta na embalagem do fabricante.

III. Acondicionar os materiais separados em caixas plástica vazada e/ou em paletes de plástico e, após concluída a separação do pedido, identificar a carga com os dados deste;

IV. Entregar os materiais para o colaborador do serviço/estoque solicitante. O recebimento poderá ser realizado das seguintes formas:

- Colher assinatura e número da matrícula do colaborador no documento de saída de material;
- Realizar o recebimento por meio do sistema ERP.

V. Arquivar os documentos de saída de materiais com a assinatura do colaborador receptor deles.

- Documentos físicos em pasta específica;
- Para o recebimento pelo sistema ERP, automaticamente, o registro será salvo no banco de dados do sistema.

Parágrafo único: de forma a otimizar o tempo de dispensação de medicamentos e materiais hospitalares para procedimentos (exemplo: hemodiálise, endoscopia, colonoscopia, etc), que tenham um consumo constante de produtos específicos, serão padronizados kits de produtos

hospitalares, que serão dispensados por um único código de barras.

2. Dispensação Segura dos Medicamentos com Uso de Dispositivos Móveis (Palm)

- **Integração com Sistema de Prescrição Eletrônica:**
 - **Prescrição Médica:** A prescrição médica é inserida no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), que armazena todas as informações pertinentes ao paciente, incluindo histórico médico, alergias, e interações medicamentosas conhecidas.
 - **Verificação Automática:** O sistema realiza uma verificação automatizada da prescrição para identificar possíveis erros, como doses incorretas ou interações perigosas. Qualquer discrepância é imediatamente sinalizada para o profissional de saúde responsável.
- **Seleção e Preparação da Dose Utilizando Palm:**
 - **Seleção na Farmácia:** A farmácia hospitalar seleciona as doses unitárias com base na prescrição eletrônica. Cada dose é escaneada com o palm, que verifica a conformidade da dose com a prescrição médica.
 - **Verificação em Tempo Real:** O palm, ao escanear o código de barras da dose, verifica em tempo real a validade, o lote e a conformidade do medicamento com a prescrição. Se houver qualquer erro, o dispositivo alerta o profissional imediatamente.
- **Documentação e Rastreamento Automatizado:**
 - **Registro no Sistema:** Cada etapa de dispensação é registrada no sistema eletrônico, assegurando um registro completo e rastreável de todo o processo, desde a unitarização até a administração à beira leito. Este registro é vital para auditorias e conformidade com normas de segurança do paciente.

3. Administração à Beira do Leito com Palm

- **Verificação da Identidade do Paciente:**
 - **Chegada ao Leito:** O profissional de saúde, leva o medicamento até o leito do paciente. Usando o palm, a identidade do paciente é verificada através da leitura do código de barras em sua pulseira.
 - **Verificação Cruzada:** O código de barras da dose unitária é então escaneado e comparado com as informações do prontuário eletrônico do paciente, armazenadas no palm. Isso garante que o medicamento correto será administrado ao paciente certo, na dose certa e no momento certo.
- **Administração e Registro Automático:**



- **Administração Segura:** Após a confirmação, o medicamento é administrado ao paciente. O palm registra automaticamente a administração, incluindo a hora, o nome do profissional de saúde, e quaisquer observações relevantes.
- **Registro Imediato no PEP:** As informações registradas no palm são imediatamente sincronizadas com o sistema PEP, garantindo que o prontuário do paciente seja atualizado em tempo real.
- **Monitoramento Pós-Administração:**
 - **Avaliação do Paciente:** Após a administração, o paciente é monitorado para avaliar a eficácia do medicamento e para detectar qualquer evento adverso. Caso ocorra qualquer reação adversa, o palm permite um acesso rápido ao histórico do paciente para tomadas de decisão imediatas.
- **Ajustes Necessários:** Se necessário, ajustes no tratamento podem ser feitos com base na resposta do paciente, com todas as alterações sendo registradas automaticamente no sistema.

Benefícios da Integração de Dispositivos Móveis no Processo de Unitarização e Dispensação

- **Segurança Aumentada:** A utilização de dispositivos móveis como palms melhora a segurança do paciente, reduzindo significativamente a probabilidade de incidentes relacionados a cadeia medicamentosa.
- **Eficiência Operacional:** A automação de processos e a integração de dispositivos móveis reduzem a carga de trabalho manual, permitindo que os profissionais de saúde se concentrem mais no cuidado centrado ao paciente.
- **Rastreabilidade Completa:** A documentação automática e em tempo real em todas as etapas assegura total rastreabilidade, essencial para auditorias e conformidade regulatória.

Prevenção de Erros: A verificação cruzada em tempo real realizada pelo palm ajuda a evitar erros na administração de medicamentos, como dosagens incorretas ou interações perigosas

X. Rotina de entrega de insumos

Os setores e satélites da policlínica devem realizar solicitações de insumos através de um sistema de gestão ou formulário padronizado.

As solicitações devem incluir detalhes sobre o tipo e quantidade de insumos necessários, além de qualquer informação adicional relevante (como prazo e prioridade). O almoxarifado deve revisar e aprovar as solicitações, verificando a disponibilidade dos insumos e priorizando as necessidades conforme a urgência e importância.

Procedimento:

I. Preparar a separação dos itens solicitados, embalando-os de acordo com as normas de segurança e conservação.

- Conferência na separação dos materiais e/ou medicamentos deve ser seguida, pelo almoxarife, verificando se a separação segue fielmente ao pedido corrigindo as não conformidades identificadas.

II. Transporte e Entrega:

- Transportar os insumos do almoxarifado para os setores e satélites, utilizando veículos ou equipamentos adequados para garantir a integridade dos produtos.
- Entregar os insumos diretamente nos setores ou satélites, acompanhando a documentação de entrega e a assinatura do responsável pelo recebimento.

III. Confirmação e Registro:

- Os responsáveis pelos setores e satélites devem conferir os insumos recebidos, verificar a conformidade com a solicitação e registrar a entrega.
- Atualizar o sistema de gestão com as informações sobre a entrega, incluindo a data, hora, quantidade e qualquer observação relevante.
- Sistema de distribuição: Recomenda-se a utilizados do palms e leitores de código de barras para a dispensação para reduzir a ocorrência de erros.
- Dupla checagem: No momento da entrega dos insumos deve ser realizada dupla checagem, ou seja, a pessoa responsável pelo recebimento deverá conferir item a item recebido, juntamente com o entregador.

XI. Rotina de contagem cíclica dos estoques

Estabelece o procedimento adotado para contagem cíclica dos almoxarifados centrais e farmácias.

Procedimentos:

I. Emitir o relatório de contagem no sistema ERP, considerando o cronograma de contagem estabelecido pelo gestor;

II. Preencher o documento referente a contagens cíclicas de estoque no mês correspondente à contagem com o nome do responsável e data inicial da contagem;

III. Realizar a contagem física, com os seguintes métodos:

- Curva A: 100% dos itens contados, mensalmente;
- Curva B: 50% dos itens contados, mensalmente;
- Curva C: 25% dos itens contados, mensalmente;

Obs.: Mensalmente, 100% dos itens da curva A são contados; Bimestralmente, 100% dos

- itens da curva B são contados; Quadrimestralmente, 100% dos itens da curva C são contados.
- IV. Comparar, ao final, a quantidade física encontrada e a quantidade sistêmica, remetendo o relatório ao gestor;
- V. Analisar o resultado parcial da contagem e, em caso de divergência, solicitar a segunda contagem dos produtos por outro colaborador, solicitando a terceira contagem, caso ocorra divergência entre a quantidade apresentada na primeira e segunda contagem;
- VI. Verificar as diferenças com maiores saldos e/ou valores financeiros, remetendo à Diretoria Administrativa e Financeira da Unidade para avaliação e juntada às justificativas para tais diferenças;
- VII. Realizar os ajustes, após análise da Diretoria Administrativa e Financeira da Unidade, no saldo físico e contábil do estoque, preenchendo o documento de contagem, com data da tratativa e o responsável por ela;
- VIII. Arquivar o comprovante de inventário no processo administrativo correspondente.

XII. Unitarização e Dispensação Segura

A unitarização e a dispensação segura de medicamentos, quando integradas à administração à beira do leito com o uso de dispositivos móveis como palms (ou dispositivos portáteis semelhantes), representam uma solução tecnológica avançada para garantir a precisão e a segurança na administração de medicamentos em ambientes hospitalares.

Este processo envolve múltiplas etapas interligadas, cada uma delas aprimorada pelo uso de tecnologia móvel para melhorar a segurança do paciente e a eficiência operacional.

A seguir, é apresentada uma descrição detalhada de como a AGIR irá trabalhar esses processos na POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS, unitarizar Medicamentos com Código de Barras como parte da dispensação de medicamentos e insumos sob orientação farmacêutica

- **Recebimento e Controle de Qualidade dos Medicamentos:**
 - **Recebimento:** Os medicamentos chegam à farmácia hospitalar em suas embalagens originais. Antes de qualquer processo subsequente, cada lote de medicamento é verificado para garantir que atenda aos padrões de qualidade, incluindo a confirmação da validade, integridade da embalagem e adequação às prescrições médicas.
 - **Controle de Qualidade:** Medicamentos passam por uma triagem rigorosa para garantir que estejam armazenados adequadamente e que nenhuma condição tenha comprometido sua eficácia, como temperatura ou umidade inadequadas.

- **Fracionar em Doses Unitárias:**
 - **Divisão Precisa:** Os medicamentos são divididos em doses unitárias, que contêm exatamente a quantidade necessária para uma única administração. Isso pode envolver a divisão física de comprimidos, a preparação de seringas com doses precisas, ou a separação de líquidos em frascos ou ampolas individuais.
 - **Embalagem Individualizada:** Cada dose unitária é embalada de forma isolada, utilizando blisters, sachês ou frascos esterilizados, garantindo que a integridade e a esterilidade do medicamento sejam mantidas.
- **Rotular com Código de Barras:**
 - **Rotulagem Detalhada:** Cada embalagem unitária recebe uma etiqueta com informações críticas, como o nome do medicamento, dosagem, data de validade, número do lote, e um código de barras único.
 - **Código de Barras:** Este código de barras exclusivo é essencial para a rastreabilidade do medicamento e é utilizado em todas as fases subsequentes do processo, garantindo que cada dose possa ser monitorada de forma precisa.
 - **Aplicar Farmacoeconomia:** Processo essencial para garantir o equilíbrio entre a qualidade e segurança da assistência e a sustentabilidade financeira, utilizando inteligência artificial, com painéis simultâneos a prescrição médica, onde no momento da prescrição já é ofertado ao prescritor, medicamentos de eficácia similares com menor custo, ou que estejam com validade próximas, evitando assim perdas e contribuindo com a sustentabilidade hospitalar, como evidenciado na figura abaixo:



agir

Sugestão de Medicamento Última atualização: 22/06/2024 11:58 **agir**

Unidade: [Tudo] Cód. Atendimento: [Tudo] Cód. Prescrição: [Tudo] Prescrição Prescrita: [Tudo] Produto: [Tudo] Unid. de Imagem: [Tudo] Lote: [Tudo] Paciente: [Tudo]

Ao optar pelo substituto indicado, é possível obter uma economia de **R\$ 2.246,56**

Unidade	Cód. Atendimento	Cód. Prescrição	Cód. Item Prescrição	Produto	Vl. Custo Médio	Qtd. Item Prescritos	Substituto
			15799997	1179 - DEXAMETASONA SOL. INJ. 0,5MG/ML, 2.5ML	R\$ 1,90	1	5221 R\$ 0,35 31/01/2026
	1719997	15242134	15799912	4955 - CLOMIDROFENOLATO SOL. INJ. 200MG/ML, 25ML	R\$ 1,10	1	34477 R\$ 0,45 31/10/2024
		15242138	158294240	48329 - FLUCONAZOL SOL. INJ. 200MG/ML, 100ML	R\$ 7,54	1	6397 R\$ 2,59 31/07/2025
			158294240	5426 - OXITOCINA SOL. INJ. 100MG/ML, 2ML	R\$ 0,02	1	8549 R\$ 0,13 31/01/2025
	1901990		158294240	5426 - OXITOCINA SOL. INJ. 100MG/ML, 2ML	R\$ 0,02	1	5000 R\$ 0,21 31/01/2025
			158294240	4403 - DEXAMETASONA SOL. INJ. 0,5MG/ML, 2.5ML	R\$ 1,10	2	34477 R\$ 0,45

Figura 56 - Painel de sugestão de intercambialidade de medicamentos visando economicidade e prevenção de perdas.

Os medicamentos do Serviço de Atenção Especializada – SAE serão distribuídos para **POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO – GOIÁS** pela Equipe Técnica da Gerência da Assistência Farmacêutica (GERAF/SPAIS/SES), serão recebidos, armazenados e dispensados conforme as Boas Práticas de Armazenamento e Dispensação descritas neste documento. As dispensações serão registradas por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e também no prontuário eletrônico do paciente.

Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) serão distribuídos para **POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO – GOIÁS** pela equipe do Centro Estadual de Medicação de Alto – Juarez Barbosa, serão recebidos, armazenados e dispensados conforme as Boas Práticas de Armazenamento e Dispensação descritas neste documento. As dispensações serão registradas por meio de um sistema próprio do Centro Estadual de Medicação de Alto – Juarez Barbosa e também no prontuário eletrônico do paciente.

Todas essas ações propostas serão detalhadas abaixo, possibilitando um maior entendimento e como elas são fundamentais para atingir os resultados esperados na economia e segurança do uso de insumos e medicamentos utilizados no **POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS**.

A implantação de logística de suprimentos na unidade hospitalar **POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS**, será feita de forma

detalhada e estratificada em todas as fases, desde o planejamento inicial até o acompanhamento contínuo. O sucesso depende da adoção de tecnologias adequadas, sistemas integrados, práticas eficientes e uma equipe bem treinada. A implementação eficaz melhora o atendimento ao paciente, garante a disponibilidade de insumos essenciais e reduz custos operacionais, promovendo uma gestão hospitalar mais eficiente e segura.

Implementar a Central de Ressuprimentos AGIR como parte do plano de ação para economia no uso de insumos e medicamentos na **POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS** promoverá a otimização dos recursos, assegurando a economia e mantendo a qualidade dos serviços prestados. Essa medida garantirá a sustentabilidade e a eficácia das operações, contribuindo para uma gestão mais eficiente e eficaz, beneficiando tanto os pacientes quanto a instituição como um todo.

Integrar a Central de Ressuprimentos AGIR ao portal de Suprimentos E-Compras AGIR para coordenar o processo de aquisição de insumos, medicamentos e correlatos de maneira eficiente, desde a solicitação até a entrega. Acompanhar as notas fiscais emitidas para o CNPJ da AGIR em tempo real, já que o sistema E-Compras AGIR possui integração direta com a SEFAZ, permitindo consultar a nota fiscal e antecipar tratativas em caso de divergências no faturamento. Além de buscar a nota fiscal e XML no site da SEFAZ, o sistema realiza uma análise para identificar divergências entre o pedido e a nota fiscal, possibilitando que a AGIR realize correções prévias.

Gerenciar e ajustar os níveis de estoque com base em dados em tempo real será fundamental para evitar faltas e excessos de produtos, garantindo um abastecimento equilibrado e eficaz. Monitorar e avaliar as tendências de consumo permitirá ajustar as estratégias de ressuprimento conforme necessário, assegurando que as demandas sejam atendidas com precisão e eficiência.

Essas práticas promoverão uma gestão mais eficiente dos recursos, otimizando o processo de aquisição e contribuindo para a sustentabilidade e a eficácia das operações da **POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS**.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

Etapa	Descrição	Início	Término
1. Planejamento Estratégico para Implementação			
a) Definição de Metas e Objetivos	Estabelecer metas e objetivos alinhados à demanda e capacidade do almoxarifado.	Mês 01	Mês 02
b) Análise de	Avaliação específica da demanda dos	Mês 01	Mês 02



Etapa	Descrição	Início	Término
Demanda	materiais.		
c) Definição de Recursos	Determinar os recursos necessários (financeiros, humanos e tecnológicos).	Mês 01	Mês 04
2. Estruturação do Almojarifado			
a) Definição de Layout	Planejamento do layout do almojarifado, priorizando a eficiência e o acesso.	Mês 03	Mês 04
b) Armazenamento e Identificação	Implementar tecnologias de armazenamento (estantes, paletização) e sistema de identificação (RFID, código).	Mês 04	Mês 05
• Tecnologia de Armazenamento	Estantes modulares e paletização para maximizar o espaço.	Mês 04	Mês 05
• Sistema de Identificação	Utilização de etiquetas de código de barras ou RFID.	Mês 01	Mês 05
• Gestão de Validade	Implementar o sistema FIFO para controle de validade.	Mês 01	Mês 02
3. Automação e Sistemas de Gestão			
a) Implementação de ERP	Implementar o sistema ERP para automatizar processos.	Mês 01	Mês 04
b) Previsão e Reposição Automática	-Automatizar o reabastecimento com base na demanda. -Central de Ressuprimentos	Mês 04	Mês 05
c) Integração de Sistemas	Integração do ERP, E-compras AGIR e Central de Ressuprimentos.	Mês 04	Mês 05
4. Gestão de Fornecedores e Compras			
a) Seleção e Contratos	Avaliar e selecionar fornecedores, firmar contratos adequados.	Mês 01	Mês 02
b) Processo de Compras	Definir fluxos e políticas de compras.	Mês 03	Mês 04
5. Controle de Estoque e Distribuição			
a) Definição de Estoque Mínimo e	Definir o nível de estoque e buffer de segurança para emergências.	Mês 04	Mês 05

Etapa	Descrição	Início	Término
Máximo			
b) Logística Interna	Organize a separação de pedidos por unidade de consumo.	Mês 02	Mês 03
6. Monitoramento e Indicadores de Desempenho			
a) Indicadores de Desempenho (KPIs)	Definir e acompanhar os KPIs do processo de gestão de estoques.	Mês 03	Mês 04
b) Auditoria e Controle	Estabelecer auditorias para garantir conformidade e melhorias contínuas.	Mês 05	Mês 06
7. Treinamento e Capacitação			
a) Treinamento da Equipe	Capacitar uma equipe na operação de novos sistemas e procedimentos.	Mês 01	Mês 02
b) Integração Multidisciplinar	-Promover a integração entre os setores clínicos e logísticos. - Promover a colaboração entre os setores para garantir o melhor atendimento.	Mês 01	Mês 02

1.1.2.2 Proposta para regimento interno da unidade

REGIMENTO INTERNO

DA POLICLÍNICA – REGIÃO RIO VERMELHO- GOIÁS

TÍTULO I

CAPÍTULO I

DA PERSONALIDADE, GESTÃO, DENOMINAÇÃO, SEDE E FORO

Art. 1 A Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, é uma unidade policlínica da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO, com personalidade jurídica de direito público, regendo-se pelas normas gerais da SES/GO e do Sistema Único de Saúde – SUS.

§ 1 Para os fins deste Regimento Interno, a Policlínica será administrado pela Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.029.600/0002-87, qualificada como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás pelo Decreto nº 5.591/2002, em conformidade com a Lei Federal nº 9.637/98 e Lei

Estadual nº 15.503/2005.

§ 2 Na gestão da Policlínica a AGIR observará, além das normas gerais do SUS e as diretrizes da SES/GO, o seu Estatuto Social, o presente Regimento Interno e a legislação civil aplicável.

§ 3 A Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás adotará para sua identificação a sigla Policlínica.

Art. 2 A Policlínica tem sede na Avenida Nossa Senhora Aparecida, Fazenda Três Palmeiras (antiga estrada vicinal) – Goiás/GO.

Art. 3 A Policlínica tem foro no município de Goiás/GO.

TÍTULO II

DA POLÍTICA INSTITUCIONAL, DOS OBJETIVOS E DA MANUTENÇÃO CAPÍTULO I DA POLÍTICA INSTITUCIONAL

Art. 4 A Policlínica é uma unidade ambulatorial especializada em apoio diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas em diversas especialidades, que terá por finalidade básica a promoção de serviços de média complexidade e alta resolutividade em articulação com a atenção básica e a assistência hospitalar, assim como o desenvolvimento das seguintes atividades, dentre outras:

I. A prestação de serviços ambulatoriais especializados, destinados a pacientes encaminhados de forma referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde - UBS, por meio do Complexo Regulador Estadual - CRE para Consultas Clínicas, Atendimento Terapêutico Multiprofissional, Cirurgias Menores Ambulatoriais, Apoio Diagnóstico e Terapêutico, além de serviços e programas especiais compreendendo Unidade Móvel de Atendimento, Práticas Integrativas e Complementares, Serviço de Telemedicina, Serviço de Atenção às Pessoas Ostromizadas I, Serviço de Assistência Especializada – SAE,

Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental - AMEN/EMAESM- TIPO 2 e novos serviços em inclusão.

II. A Gestão Hospitalar baseada em indicadores de Desempenho e Sistema de Metas.

III. A garantia de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da unidade no Ministério da Saúde – MS;

IV. Busca de certificação de qualidade em saúde;

V. A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o

agir

Acolhimento ao Usuário;

VI. A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino, e em áreas especializadas em conformidade com as legislações vigentes.

Art. 5 A área de abrangência da Policlínica Regional - Unidade Goiás é composta por 04 (quatro) regiões de saúde e 72 municípios: Região de Saúde Central, Rio Vermelho, Oeste I e Oeste II.

Art. 6 No desempenho de suas atribuições institucionais a Policlínica, sob a gestão da AGIR, atenderá as determinações da SES-GO estabelecidas no Contrato de Gestão, em especial na definição do público-alvo, metas de produção, indicadores de qualidade e desempenho, transparências e outras a serem definidas pela SES-GO.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art. 7 A Policlínica, tem por objetivos gerais:

- I. Promover ações e prestar serviços que visem o atendimento à saúde, em especial ao apoio diagnóstico e orientação terapêutico;
- II. Proporcionar formação e aperfeiçoamento profissional, servindo de campo de pesquisa, ensino e treinamento de profissionais da área da saúde;
- III. A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o acolhimento, a resolubilidade e qualidade do serviço ofertado aos usuários.
- IV. A resolutividade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS
- V. A busca por certificação de qualidade;
- VI. A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino: estágios de Graduação e Pós Graduação do Ensino Profissionalizante e Tecnológico; da Graduação no Ensino Superior, Estágios e Internato Médico; Pós Graduação Lato Sensu, Especialização e Residência em áreas especializadas, em conformidade com as legislações vigentes.

SEÇÃO I



DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 8 A Policlínica é uma unidade ambulatorial especializada em atendimentos eletivos, referenciada pelo CRE, de média complexidade.

Art. 9 A Policlínica é uma unidade de referência que atuará em nível assistencial conforme previsto e de acordo com a hierarquização da entidade e a regionalização assistencial.

Art. 10 A Assistência à Saúde será feita de forma integrada por uma equipe multiprofissional que prestará atendimento clínico e apoio ao diagnóstico e terapêutica, obedecendo a um critério de encaminhamento e elegibilidade, de forma a proporcionar um atendimento acessível e resolutivo corroborando para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno

Art. 11 A Policlínica, procurará desenvolver programas específicos de assistência à comunidade, com instituições ou entidades interessadas.

SEÇÃO II

DA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DA SAÚDE

Art. 12 A Policlínica constitui-se em campo de ensino, pesquisa e extensão universitária, de maneira a contribuir com os objetivos curriculares dos cursos da área da saúde.

Parágrafo Único: A Policlínica desenvolverá a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS por meio de: estágios de graduação e pós-graduação do ensino profissionalizante e tecnológico; da graduação no ensino superior, estágios e internato médico; pós-graduação *lato sensu*, especialização e residência multiprofissional e em especializadas, em conformidade com as legislações vigentes.

Art. 13 A Policlínica desenvolverá programas de educação em serviço, para as diferentes categorias de pessoal da área de saúde, obedecendo a planos específicos aprovados pela Diretoria Geral, aprimorando a qualidade e mantendo o padrão de serviço da Instituição.

Parágrafo Único – Os recursos para manutenção dos programas referidos no *caput* serão oriundos de projetos específicos.

SEÇÃO III

DA REALIZAÇÃO DE PESQUISAS CIENTÍFICAS

Art. 14 A Policlínica propiciará o desenvolvimento de projetos de pesquisas, obedecendo os métodos e técnicas de investigação científica, desde que aprovados pela área envolvida na pesquisa e pela Diretoria Geral.

Parágrafo Único – As pesquisas serão desenvolvidas com recursos obtidos junto aos órgãos

agir

governamentais, privados e outros financiadores, para projetos específicos.

CAPÍTULO III DA MANUTENÇÃO

Art. 15 A Policlínica será mantido com recursos oriundos de:

- I. Dotações orçamentárias atribuídas pelo Estado;
- II. Doações e contribuições a título de subvenção, concedidas por autarquias ou quaisquer pessoas físicas, jurídicas ou órgãos públicos;
- III. Contratos de gestão e aplicações financeiras;
- IV. Outros recursos que porventura lhe sejam destinados.

TÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.16 A administração da Policlínica será composta de:

- I. Assembleia Geral dos Associados da AGIR;
- II. Conselho de Administração da AGIR;
- III. Diretoria da AGIR;
- IV. Superintendência da AGIR;
- V. Diretoria da Policlínica.

CAPÍTULO IV

DA ASSEMBLEIA GERAL DOS ASSOCIADOS DA AGIR

Art. 17 A Assembleia Geral dos Associados da AGIR, órgão máximo de deliberação da AGIR, resultante da reunião dos associados, convocada na forma do Estatuto, com poderes para deliberar sobre todos os assuntos e tomar as providências que julgar convenientes à sua defesa e ao seu desenvolvimento.

Art. 18 Caberá à Assembleia Geral:

- I. Zelar pelo cumprimento do presente Estatuto e deliberar sobre qualquer alteração do mesmo;
- II. Eleger ou indicar, quando lhe couber, membros do Conselho de Administração e, ainda, destituí-los;
- III. Deliberar sobre as contas, os balanços e relatórios da Instituição;
- IV. Julgar em instância superior os recursos interpostos das deliberações do Conselho de

Administração;

V. Exercer qualquer poder não expressamente atribuído a outro órgão;

VI. Deliberar sobre o destino a ser dado ao patrimônio da AGIR no caso de dissolução, extinção ou desqualificação, observadas as especificidades estatutárias.

Parágrafo Único – As demais condições de existência e funcionamento da Assembleia Geral são objeto de detalhamento no Estatuto da AGIR.

CAPÍTULO V

DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA AGIR

Art. 19 O Conselho de Administração da AGIR é o Órgão Colegiado de decisão superior da Instituição.

Art. 20 Ao Conselho de Administração compete:

- I. Fixar o âmbito de atuação da Instituição, conforme legislação vigente;
Aprovar o Programa de Investimentos e o Orçamento Geral da Instituição;
- II. Aprovar o Regimento Interno, que disporá, no mínimo, sobre a estrutura, forma de gerenciamento, os cargos e as respectivas competências;
- III. Aprovar, por maioria de no mínimo dois terços de seus membros, o Regulamento, contendo os procedimentos para contratação de obras, serviços, compras e alienações; o Regulamento, contendo os procedimentos para obtenção de recursos humanos; e o Plano de Cargos, Salários e Benefícios;
- IV. Aprovar a proposta do contrato de gestão da entidade;
- V. Aprovar e encaminhar à Entidade Supervisora os relatórios gerenciais dos contratos de gestão e de atividades da Instituição;
- VI. Fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas;
- VII. Autorizar a realização de operações de crédito;
- VIII. Autorizar a alienação, locação, oneração ou permuta de bens imóveis, assim como a doação de bens móveis, pertencentes ao patrimônio exclusivo da Instituição;
- IX. Solicitar, quando necessário, à Superintendência Executiva, meios para o exercício de suas atividades;
- X. Aprovar, por maioria absoluta dos membros, seu Regimento Interno;
- XI. Convocar por maioria de seus membros, a Assembleia Geral;
- XII. Deliberar sobre a exclusão de sócio, especificando seus motivos;
- XIII. Contratar e dispensar os Superintendentes;
- XIV. Fixar a remuneração dos Superintendentes.

Parágrafo Único - O Conselho de Administração é objeto de detalhamento no Estatuto da AGIR.

agir 

CAPÍTULO VI

DA DIRETORIA DA AGIR

Art. 21 A Diretoria da AGIR é o órgão de administração superior, com poderes inerentes à administração e representação legal da AGIR, competindo-lhe:

- I. Expedir normas gerais necessárias à execução das atividades da AGIR;
- II. Cumprir e fazer cumprir o Estatuto e as normas e deliberações da Assembleia Geral;
- III. Submeter ao Conselho de Administração a criação ou extinção de administrativos de qualquer nível, locais ou situados nas filiais, sucursais ou unidades outras sob a administração da AGIR;
- IV. Realizar convênios, acordos, ajustes e contratos, inclusive os que constituam ônus, obrigações ou compromissos para a AGIR;
- V. Encaminhar balancetes e prestações de contas para apreciação e aprovação do Conselho Fiscal, Conselho de Administração, Assembleia Geral e demais Órgãos ou autoridades públicas a que esteja obrigado por força de comando normativo;
- VI. Propor à Assembleia Geral a participação no capital de empresas, cooperativas, condomínio ou outra forma de associativismo;
- VII. Submeter ao Conselho de Administração as diretrizes, planejamento e políticas de pessoal da AGIR;
- VIII. Representar a AGIR ativa e passivamente, judicial e extrajudicialmente;
- IX. Movimentar, em conjunto, com o Diretor-Tesoureiro os recursos financeiros da AGIR, assinando os documentos atinentes à movimentação dos mesmos, podendo delegar tais atribuições;
- X. Desempenhar suas atividades em harmonia com as Superintendências, garantindo o pleno funcionamento da AGIR no alcance dos objetivos, finalidades e proposições emanadas da Assembleia Geral e do Conselho de Administração.

CAPÍTULO VII

DAS SUPERINTENDÊNCIAS DA AGIR

Art. 22 As Superintendências da AGIR são responsáveis pela gestão de todas as atividades da AGIR, relativas ao planejamento, promoção, coordenação, supervisão, controle e avaliação, subordinado ao Conselho de Administração.

Parágrafo Único: As Superintendências da AGIR são compostas de:

- I. Superintendência de Relações Institucionais



- II. Superintendência Executiva
- III. Superintendência de Gestão e Planejamento
- IV. Superintendência Administrativa Financeira

CAPÍTULO VIII

DAS DIRETORIAS DA POLICLÍNICA

Art. 23 As Diretorias da Policlínica serão órgãos operacionais que exercerão os poderes legais inerentes à administração e responderão pela gestão de todos os serviços realizados pelas outras gerências na unidade hospitalar.

Parágrafo Único: A Diretoria da Policlínica será composta por:

- I. Diretoria Geral
- II. Diretoria Técnica
- III. Gerência de Gestão Integrada

SEÇÃO I

DA DIRETORIA GERAL DA UNIDADE

Art. 24 A Diretoria Geral da Unidade será estrutura subordinada e de livre escolha, nomeação e dispensa da Superintendência Executiva da AGIR, responsável pela administração geral da Policlínica.

§ 1º O titular da Diretoria Geral será o executor das decisões superiores conservando autonomia administrativa no desenvolvimento das atividades rotineiras da unidade de saúde.

§ 2º O titular da Diretoria Geral será de livre escolha, nomeação e dispensa do Superintendente Executivo da AGIR, ouvido o Conselho de Administração da AGIR, devendo a sua designação recair em profissional médico, preferencialmente com experiência em administração de unidade de saúde, com especialização desejável em Administração Hospitalar.

§ 3º A Diretoria Geral da Unidade contará com a seguinte estrutura:

- I. Núcleo Interno de Regulação
- II. Serviço de Comunicação
- III. Serviço da Qualidade
- IV. Diretorias:
 - a. Diretoria Técnica
 - b. Gerência de Gestão Integrada



Art. 25 - À Diretoria Geral compete:

- I. Dirigir os fluxos administrativos e financeiros da instituição;
- II. Implementar o orçamento e administrar recursos humanos;
- III. Controlar patrimônio, suprimentos e logística e coordenar os serviços complementares;
- IV. Coordenar serviços de contabilidade e controladoria;
- V. Elaborar o planejamento administrativo e financeiro da instituição, vinculando-o ao planejamento estratégico da AGIR;
- VI. Coordenar interfaces com entidades sociais e profissionais
- VII. Outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO I

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

Art. 30 O Núcleo Interno de Regulação é a estrutura subordinada à Diretoria Geral destinada a controlar e regular os pacientes da Policlínica.

Art. 31 Compete ao Núcleo Interno de Regulação - NIR:

- I. Fortalecer o processo de regulação assistencial atuando como interface entre a Central de Regulação de Leitos e Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- II. Participar da construção dos protocolos assistenciais;
- III. Atuar em consonância com os serviços ofertados pela unidade de saúde através do instrumento formal de contratualização;
- IV. Coordenar o trabalho de regulação dos pacientes junto a rede;
- V. Organizar e acompanhar indicadores.
- VI. Outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO II

DO SERVIÇO DA COMUNICAÇÃO

Art. 32. É a estrutura subordinada à Diretoria Geral, responsável por seguir a política de Comunicação da AGIR.



Art. 33. Ao Serviço de Comunicação compete:

- I. Seguir as políticas, normas e procedimentos específicos para as atividades de relacionamento com os meios de comunicação, produção de materiais, produção e divulgação de conteúdo institucional, relacionamento com os diversos públicos e stakeholders e gestão de eventos;
- II. Assegurar que a implantação de políticas e práticas estejam em consonância às diretrizes de Comunicação da AGIR;
- III. Implantar e acompanhar as ações de Comunicação da AGIR;
- IV. Favorecer a consolidação da identidade cultural da AGIR;
- V. Estruturar e caracterizar todo o processo de atendimento e relacionamento com a imprensa, órgãos governamentais, instituições parceiras, e outros *steakeholders*;
- VI. Participar em atividades e comissões interdisciplinares para a melhoria dos fluxos comunicacionais;
- VII. Contribuir com as ações administrativas, estratégicas e operacionais voltadas à comunicação;
- V. Outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO III

SERVIÇO DA QUALIDADE

Art. 34. O Serviço da Qualidade é a estrutura subordinada à Diretoria Geral destinada a realizar a promoção, supervisão, controle e avaliação das atividades correlativas à qualidade na gestão do Policlínica.

Art. 35. Ao Serviço da Qualidade compete:

Regulamentar as diretrizes que norteiam a Instituição para a gestão eficiente dos processos;

Adotar programa de boas práticas, registro de evidências, controle documental e verificação de conformidade de processos;

- I. Orientar o desenvolvimento do trabalho de acordo com normativas e procedimentos de organismos certificadores;
- II. Supervisionar a elaboração e padronização das políticas, diretrizes e procedimentos específicos para as atividades de qualidade em busca de certificações para a Unidade;
- III. Acompanhar e monitorar as ações internas da Policlínica, avaliando os resultados a curto,



médio e longo prazo e propondo intervenções no curso do andamento das ações dentro das metas e cronogramas estabelecidos;

IV. Participar, quando necessário, das reuniões da Diretoria, das gerências, das supervisões e suas equipes, para o planejamento e estabelecimento das diretrizes e padrões de qualidade esperado;

V. Supervisionar serviços correlativos à qualidade, observando normas, rotinas e diretrizes técnicas para a realização dos trabalhos;

VI. Apoiar o desenvolvimento do posicionamento estratégico do Policlínica, de acordo com as diretrizes da AGIR;

VII. Atentar para as diretrizes e orientações estabelecidas pela Superintendência de Gestão e Planejamento da AGIR;

VIII. Realizar outras atividades correlatas.

SEÇÃO II

DA DIRETORIA TÉCNICA

Art. 36. A Diretoria Técnica é o órgão que aplica a política técnica-ético-administrativa, traçada para a condução operacional da Unidade de Saúde.

Parágrafo Único - O titular da Diretoria Técnica é o executor das decisões superiores conservando autonomia administrativa no desenvolvimento das atividades rotineiras e está subordinada à Diretoria Geral da Unidade.

Art. 37 À Diretoria Técnica compete:

I. Coordenar todas as atividades da Policlínica relativas ao planejamento, promoção, coordenação, controle e avaliação;

II. Responder pela gestão de todos os serviços realizados da Policlínica;

III. Organizar internamente o funcionamento das coordenações sob sua responsabilidade, conforme a natureza e complexidade das atividades;

IV. Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - O titular da Diretoria Técnica será de livre escolha, nomeação e dispensa do Superintendente Executivo da AGIR, devendo a sua designação recair sobre profissional médico.

Art. 38 Diretoria Técnica será composta de:



- I. Gerência Assistencial
- II. Supervisão Multiprofissional
- III. Supervisão de Enfermagem

SUBSEÇÃO I

GERÊNCIA ASSISTENCIAL

Art. 39. É a estrutura subordinada à Diretoria Técnica, responsável por dirigir, planejar, avaliar e controlar as rotinas e serviços relacionados à supervisão de enfermagem e supervisão multiprofissional, promovendo o alinhamento dos processos institucionais e das diretrizes corporativas, garantindo o cumprimento das metas contratuais e do planejamento estratégico da unidade, assegurando uma assistência segura e de qualidade aos pacientes.

Art. 40. - À Gerência Assistencial compete:

- I. Dirigir e acompanhar as ações relativas a projetos de melhoria e certificações da qualidade, gerindo iniciativas voltadas para a promoção da assistência multiprofissional e de enfermagem segura e de qualidade;
- II. Direcionar as tomadas de decisões provenientes dos relatórios gerenciais e indicadores de performance das gerências de enfermagem e multiprofissional, visando a excelência operacional dos serviços assistenciais;
- III. Dirigir a execução do contrato de gestão, no âmbito de suas atividades, visando o cumprimento das diretrizes e metas;
- IV. Planejar a necessidade de aquisição de materiais, insumos e equipamentos para os serviços subordinados a Gerência Assistencial;
- V. Representar a instituição em reuniões oficiais, com as autoridades sanitárias e outras, para atendimento às normas;
- VI. Incentivar as produções e atividades técnico-científicas assistenciais, desenvolvidas na unidade;
- VII. Monitorar e participar do planejamento dos programas de aperfeiçoamento, residência, estágios curriculares, incentivando as atividades científicas e de ensino e pesquisa;
- VIII. Planejar, dirigir e controlar os dimensionamentos de pessoal e contratações de prestação de serviços gerindo os custos dos serviços;
- IX. Zelar pelo cumprimento do regimento interno das unidades assistenciais e serviços de apoio, bem como, o código de ética;
- X. Fazer cumprir as disposições legais e regulamentares em vigor, realizando atualização, divulgação e o alinhamento com a equipe assistencial não médica; e
- XI. Demais atividades correlatas.

Art. 41. A Gerência Assistencial será composta de:



- I. Supervisão Multiprofissional
- II. Supervisão de Enfermagem

SUBSEÇÃO II

SUPERVISÃO MULTIPROFISSIONAL

Art. 42. É a estrutura subordinada à Gerência Assistencial, responsável pela supervisão das categorias profissionais, tais como: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, lotadas no Ambulatório Não Médico.

Art. 43 - À Supervisão Multiprofissional, compete:

- I. Supervisionar o cumprimento de diretrizes administrativas, técnicas e operacionais e garantir que sejam aplicadas promovendo uma assistência multiprofissional humanizada, de qualidade, pautada no propósito da instituição;
- II. Supervisionar e apoiar as equipes na execução de suas atividades assistenciais, garantir o dimensionamento adequado, o cumprimento das metas estabelecidas por meio do contrato de gestão e a prestação da assistência segura ao paciente;
- III. Supervisionar a execução de projetos de certificação e de melhoria, implementando e controlando as ações voltadas para a promoção da assistência de qualidade e segura aos pacientes, assegurando performance dos serviços, qualidade da assistência e melhor experiência ao paciente;
- IV. Apoiar as produções técnico-científicas visando fortalecer o ensino e pesquisa institucional;
- V. Monitorar as necessidades e manutenção de recursos materiais, medicamentos e equipamentos garantindo o bom funcionamento da unidade;
- VI. Supervisionar e garantir a regularidade junto ao conselho de classe, e responder ética e tecnicamente pelo exercício da profissão;
- VII. Supervisionar a execução e performance dos contratos serviços médicos, a fim de garantir a assistência contínua, segura e de qualidade ao paciente;
- VIII. Elaborar, monitorar e realizar análise crítica dos indicadores de desempenho do serviço multiprofissional, em consonância com as metas estabelecidas no contrato de gestão, propondo continuamente ações de melhoria;
- IX. Elaborar e estimular a construção de documentos institucionais norteadores do serviço assistencial, quais sejam DIS, POP, MDO e REG;
- X. Fornecer relatórios de Indicadores que apoiem a prestação de contas da Instituição;
- XI. Validar pareceres técnicos de produtos e insumos, para garantir que os insumos sejam direcionados à assistência com a qualidade e segurança adequadas; e
- XII. Demais atividades correlatas.

SUBSEÇÃO III

SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM

Art. 44 É a estrutura subordinada à Gerência Assistencial encarregada de planejar, organizar, dirigir e coordenar as atividades de enfermagem na assistência ao paciente nas áreas preventiva e curativa.

Art. 45 À Supervisão de Enfermagem compete:

- I. Executar todas as atividades específicas e auxiliares da equipe de Enfermagem da Policlínica;
- II. Atender aos pacientes da Policlínica por meio do planejamento terapêutico de Enfermagem e das atividades auxiliares à equipe multiprofissional;
- III. Definir as atribuições de seu pessoal;
- IV. Manter elevado padrão de Enfermagem, por meio do planejamento da assistência humanizada, promovendo as condições necessárias para tal;
- V. Colaborar com as Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, e outras que vierem a existir, no planejamento e implantação de ações;
- VI. Realizar, estimular e colaborar em pesquisas na área da saúde;
- VII. Participar dos programas e atividades da equipe multiprofissional da Policlínica;
- VIII. Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade;
- IX. Controlar escalas de férias, plantões e outras atividades inerentes ao pessoal;
- X. Supervisionar os serviços de atendimento ambulatorial, enfermagem da CME e de atenção às pessoas ostomizadas;
- XI. Outras atividades correlatas.

Parágrafo Primeiro: A Supervisão de Enfermagem será exercida por profissional Enfermeiro de preferência com título de especialista em administração hospitalar.

Parágrafo Segundo: Em suas faltas ou impedimentos legais, o Supervisor de Enfermagem será substituído por um Enfermeiro pertencente ao quadro da Instituição, por ele indicado e designado pelo Diretor Geral da Unidade.

SUBSEÇÃO IV

DA GERÊNCIA DE GESTÃO INTEGRADA



Art. 46 É a estrutura subordinada à Diretoria Geral da Unidade, destinada a realizar planejamento, promoção, coordenação, controle e avaliação das atividades administrativas, financeiras e de apoio da Policlínica.

Art. 47 À Gerência de Gestão Integrada compete:

- I. Planejar, organizar, coordenar e controlar as atividades administrativas, assegurando o funcionamento harmonioso de todas as áreas e serviços integrantes de sua estrutura funcional básica, em rigorosa obediência às decisões fixadas pela Diretoria Geral;
- II. Participar, juntamente com o Diretor Geral, das atividades de planejamento e execução dos planos e projetos da Policlínica;
- III. Formular, incrementar, controlar e avaliar as ações e os serviços administrativos, da Policlínica, observando as diretrizes do SUS previstas na Constituição Federal;
- IV. Assistir ao Diretor Geral, em assuntos administrativos, em particular, nos de natureza econômica e/ou de auditoria administrativa- financeira;
- V. Apresentar à Diretoria Geral da Policlínica, os relatórios de atividades, na periodicidade determinada;
- VI. Organizar internamente o funcionamento da Gerência de Gestão Integrada conforme a natureza técnica e a complexidade das atividades;
- VII. Propor à Diretoria Geral o planejamento estratégico e a programação anual de trabalho, assim como a especificação e a implantação de sistemas funcionais, gerenciais e administrativos e financeiros;
- VIII. Submeter à aprovação do Diretor Geral a aquisição de materiais de consumo, bens patrimoniais e a contratação de serviços de terceiros;
- IX. Propor à Diretoria Geral, ouvido a Coordenação de Recursos Humanos, a admissão e demissão de funcionários;
- X. Propor à Diretoria Geral, normas e procedimentos para as atividades administrativas da Policlínica;
- XI. Coordenar os serviços de Operação, Manutenção, Planejamento, Recursos Humanos, Acolhimento, Faturamento, Tecnologia da Informação e demais serviços de apoio administrativo, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas para a realização dos trabalhos.
- XII. Formular, incrementar, controlar e avaliar as ações e os serviços financeiros, da Policlínica, observando as diretrizes do SUS previstas na Constituição Federal;
- XIII. Assistir ao Diretor Geral, em assuntos financeiros, em particular, nos de natureza econômica e/ou de auditoria financeira;
- XIV. Gerir as finanças da Policlínica, movimentar os recursos financeiros colocados à sua disposição, assinando os documentos atinentes à movimentação dos mesmos, juntamente com

o Diretor Geral;

XV. Propor ao Diretor Geral a alienação, locação, oneração ou permuta de bens imóveis, assim como a alienação de bens móveis pertencentes ao patrimônio exclusivo do AGIR;

XVI. Organizar internamente o funcionamento da Gerência de Gestão Integrada conforme a natureza técnica e a complexidade das atividades;

XVII. Submeter à aprovação do Diretor Geral a aquisição de materiais de consumo, bens patrimoniais e a contratação de serviços de terceiros;

XVIII. Propor à Diretoria Geral, normas e procedimentos para as atividades financeiras da Policlínica;

XIX. Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – O titular da Gerência de Gestão Integrada, será de livre escolha, nomeação e dispensa da Superintendência Executiva da AGIR, devendo a sua designação recair, obrigatoriamente, em profissional com formação de nível superior e, preferencialmente, graduado em Administração de Empresas ou Economia; com experiência em Administração Hospitalar.

Art. 48 A Gerência de Gestão Integrada será composta de:

- I. Supervisão de Planejamento e Orçamento e Custos e Orçamento e Custos
- II. Supervisão de Recursos Humanos
- III. Supervisão de Operações e Logística

SUBSEÇÃO V

SUPERVISÃO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO E CUSTOS E ORÇAMENTO E CUSTOS

Art. 49. A Supervisão de Planejamento e Orçamento e Custos e Orçamento e Custos é estrutura subordinada à Gerência de Gestão Integrada, destinada a realizar a promoção, supervisão, controle e avaliação das atividades correlativas ao planejamento e ao orçamento e custos da unidade.

Art. 50 É subordinado à Gerência de Gestão Integrada, responsável pelo acompanhamento do cumprimento das diretrizes definidas pelos órgãos superiores da AGIR e SES e também responsável por desenvolver e acompanhar o planejamento e ao orçamento e custos da unidade.

Art. 51 A Supervisão de Planejamento e Orçamento e Custos compete:



- I. Supervisionar a elaboração e padronização das políticas, diretrizes e procedimentos específicos para as atividades de planejamento estratégico, planejamento de ações e serviços de saúde, qualidade e suas certificações, bem como, controle e monitoramento das prestações de contas, auditorias externas, convênios, transparência, orçamento e custos da Unidade.
- II. Acompanhar e monitorar as ações realizadas pela unidade hospitalar, avaliando os resultados a curto, médio e longo prazo, propondo intervenções no curso do andamento das ações para a viabilização dentro das metas e cronogramas estabelecidos;
- III. Estabelecer procedimentos que permitam a determinação, controle e análise dos custos hospitalares;
- IV. Participar, quando necessário, das reuniões da Diretoria, das Coordenações, das supervisões e suas equipes, para o planejamento e estabelecimento das diretrizes, prazos e padrões de qualidade;
- V. Acompanhar e avaliar o desempenho do Sistema de Custo Hospitalar desenvolvido e implantado;
- VI. Responder pelos subsídios, argumentos técnicos e relatórios gerenciais necessários para as definições estratégicas e a concretização dos objetivos propostos;
- VII. Controlar e avaliar a produção dos indicadores gerenciais no sentido de fornecer informações aos diversos níveis hierárquicos da Unidade;
- VIII. Desenvolver o posicionamento estratégico da unidade de acordo com as diretrizes da AGIR e SES;
- IX. Atentar para as diretrizes e orientações estabelecidas pela Superintendência de Gestão e Planejamento da AGIR;
- X. Avaliar, sistematicamente, o desempenho dos serviços da Unidade, confrontando com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas;
- XI. Emitir, sistematicamente, relatórios das avaliações realizadas sobre os indicadores gerenciais e hospitalares;
- XII. Supervisionar os serviços de planejamento estratégico, prestação de contas, faturamento, prontuário, qualidade e orçamento e custos
- XIII. Outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO VI

SUPERVISÃO DE RECURSOS HUMANOS



Art. 52 A Supervisão de Recursos Humanos é estrutura subordinada à Gerência de Gestão Integrada, destinada a realizar planejamento, promoção, supervisão, controle e avaliação das atividades correlatas aos recursos humanos da unidade.

Art. 53 À Supervisão de Recursos Humanos compete:

- I. Planejar, organizar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades correlatas ao Recursos Humanos da unidade hospitalar, assegurando o funcionamento harmonioso de todas as áreas e serviços integrantes de sua estrutura funcional básica, em ação conjunta com as demais Gerências em rigorosa obediência às decisões fixadas pelo Conselho de Administração da AGIR;
- II. Participar, juntamente com a Supervisão de Planejamento e Orçamento e Custos das atividades de planejamento e execução dos planos e projetos para a unidade;
- III. Formular, incrementar, controlar e avaliar as ações e os serviços de RH da unidade, observando as diretrizes previstas na legislação aplicável;
- IV. Assistir ao Supervisão de Planejamento e Orçamento e Custos nos assuntos inerentes a sua estrutura funcional;
- V. Organizar internamente o funcionamento da Supervisão, conforme a natureza técnica e a complexidade das atividades;
- VI. Submeter à aprovação da Supervisão a contratação de pessoal;
- VII. Atuar em conformidade às políticas de gestão de pessoas, elaborando e propondo ações contempladas nos subsistemas de recursos humanos, gestão da remuneração-cargos, salários e benefícios;
- VIII. Desenvolver estratégias de seleção, treinamento e desenvolvimento de pessoal;
- IX. Outras atividades correlatas.
- X. Participar na formulação e execução de estratégias e planos de negócios da empresa;
- XI. Supervisionar políticas de integração e eventos, na empresa e comunidade externa;
- XII. Conduzir atividades de integração de recursos humanos, em processos de fusão e integração.
- XIII. Supervisionar os serviços de medicina do trabalho, formalização e desenvolvimento.
- XIV. Outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO VII

SUPERVISÃO DE OPERAÇÕES E LOGÍSTICA



Art. 54 É a estrutura subordinada à Gerência de Gestão Integrada responsável por coordenar, monitorar e controlar processos e atividades realizadas pelas equipes de Apoio e Administrativas da Policlínica, visando a execução das atividades pautadas em planejamento eficiente, com base na sustentabilidade e na melhoria contínua.

Art. 55 À Supervisão de Operações E Logística compete:

- I. Gerenciar as ações das áreas operacionais e de apoio, contribuindo para a execução do contrato de gestão;
- II. Atuar como referência institucional, garantindo a continuidade das rotinas executadas pelas equipes Administrativas, conforme os fluxos estabelecidos;
- III. Otimizar e garantir a continuidade dos fluxos;
- IV. Atuar como referência das Diretorias da Unidades, na ausência destas, na comunicação com Autoridades Públicas do Executivo, Legislativo, Judiciário, Ministério Público, Órgãos de Fiscalizações Sanitárias, Epidemiológicas, Ouvidorias, Órgãos de representantes de classe, Conselho Tutelar, Imprensa, AGIR e outras;
- V. Atuar junto às referências das Supervisões da Policlínica no monitoramento, execução e garantia dos serviços executados por outras modalidades de contratação;
- VI. Atuar para garantir o fluxo de visitas de Autoridades Públicas e Eclesiásticas da Unidade;
- VII. Verificar e monitorar a execução das atividades dos Serviços de Almoxarifado, Farmácia, Hotelaria, Acolhimento, Manutenção, Patrimônio e Nutrição da Instituição;
- VIII. Monitorar a resolução das demandas dos serviços sob sua supervisão;
- IX. Orientar e monitorar a dispensação de medicamentos, via Farmácia;
- X. Acompanhar e orientar quanto às normas para prevenção e redução de riscos e controle de infecções e segurança do paciente;
- XI. Apoiar as ações de educação permanente relacionadas às rotinas da Comunicação, Diretrizes Institucionais e da Qualidade e Segurança do Paciente;
- XII. Executar atividades correlatas, a critério do superior imediato.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

DAS RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS VINCULADOS AO ATENDIMENTO DIRETO AOS PACIENTES

Art. 56 São responsabilidades gerais do Corpo Clínico da Policlínica:

- I. Obedecer ao Código de Ética Médica, ao Regimento Interno do Corpo Clínico e ao Regimento Interno da Instituição;
- II. Cumprir as Normas Técnicas e Administrativas da Instituição;
- III. Assistir aos pacientes sob seus cuidados com respeito, consideração e uso da melhor



técnica;

- IV. Colaborar com os colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado;
- V. Anotar de forma correta, o diagnóstico, tratamento, exames complementares e evolução dos pacientes no prontuário dos mesmos e proceder demais registros e anotações indispensáveis ao acompanhamento do caso com letra legível, identificando-se com carimbo e assinatura;
- VI. Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência comprovada;
- VII. Procurar aprimoramento contínuo dos conhecimentos;
- VIII. Agir com prudência, diligência, zelo e o melhor de sua capacidade profissional;
- IX. Não usar de privilégios e/ou hierarquia para impedir que colegas subordinados atuem dentro dos princípios éticos;
- X. Cumprir os princípios éticos da profissão, ao prestar serviços com qualquer tipo de vínculo à Medicina Social, Previdenciária e Securitária, mesmo que outras normas contrariem tais princípios;
- XI. Informar ao paciente ou responsável, de forma clara, as razões e os objetivos de suas prescrições e a evolução da doença;
- XII. Utilizar o tempo efetivamente necessário ao bom relacionamento médico - paciente e à perfeita execução do ato profissional, em todas as modalidades de atendimento;
- XIII. Responsabilizar-se pelos preceitos legais e éticos do atendimento médico realizado;
- XIV. Atender, independentemente da posição hierárquica que ocupe na estrutura organizacional da Instituição, à convocação da Superintendência Executiva da AGIR, Diretoria Técnica e da Comissão de Ética Médica;
- XV. Comparecer adequadamente trajado, para o exercício profissional na Instituição;
- XVI. Manter relacionamento harmonioso e adequado com todos os empregados da Instituição;
- XVII. Atender aos chamados da Instituição, o mais breve possível, quando em serviço ou a disposição, mantendo a central telefônica informada sobre seu paradeiro;
- XVIII. Comparecer às reuniões Clínicas atendendo convocação;

- XIX. Informar e notificar casos suspeitos de infecção hospitalar ou doença de declaração compulsória à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar ou Vigilância Epidemiológica;
- XX. Cumprir as leis, decretos e portarias que regem a saúde no País.

Art. 57 São responsabilidades gerais dos profissionais de saúde:

- I. Cumprir o Código de Ética da categoria profissional;
- II. Comparecer adequadamente trajado, para o exercício profissional na Instituição;



- III. Manter relacionamento harmonioso e adequado com todos os empregados da Instituição, respeitando indistintamente todos os profissionais que atuam na mesma;
- IV. Proceder registros e anotações, no prontuário do paciente ou receituário, indispensáveis ao acompanhamento do caso com letra legível, identificando-se com carimbo e assinatura;
- V. Atender aos chamados da Instituição, o mais breve possível, quando em serviço ou a disposição, mantendo a central telefônica informada sobre seu paradeiro;
- VI. Colaborar com os colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado;
- VII. Comparecer às reuniões Clínicas atendendo convocação;
- VIII. Informar e notificar casos suspeitos de infecção hospitalar ou doença de declaração compulsória à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar ou Vigilância Epidemiológica;
- IX. Cumprir as leis, decretos e portarias que regem a saúde no país;
- X. Cumprir e fazer cumprir as rotinas padronizadas de cada Serviço e o presente Regimento Interno;
- XI. Zelar pelo patrimônio da Instituição;
- XII. Atender com a devida atenção aos pacientes e familiares.

Art. 58 São responsabilidades específicas dos Médicos Clínicos:

- I. Assistir aos pacientes sob seus cuidados com respeito, consideração e uso da melhor técnica;
- II. Examinar o paciente, tratando-o com decoro;
- III. Solicitar exames complementares e/ou auxiliares;
- IV. Analisar e interpretar os resultados dos exames solicitados;
- V. Prescrever medicamentos, indicando dosagem e respectiva via de administração;
- VI. Manter registro dos pacientes examinados, anotando a conclusão diagnóstica, tratamento, evolução da doença;
- VII. Emitir atestados de saúde, sanidade, óbito e aptidão física e mental.

Art. 59 São responsabilidades específicas dos Enfermeiros:

- I. Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem na Instituição;
- II. Realizar prescrição de assistência de enfermagem;
- III. Receber o plantão, tomar conhecimento das ocorrências e providenciar as ações necessárias, na ausência do coordenador ou quando dele receber esta designação;

- IV. Executar os procedimentos técnicos da competência do enfermeiro;
- V. Realizar a prevenção e controle sistemático das infecções hospitalares e das doenças transmissíveis em geral;
- VI. Assistir, orientar e supervisionar o técnico de enfermagem em suas atribuições;
- VII. Interpretar, cumprir e fazer cumprir as prescrições médicas;
- VIII. Cuidar para a organização e conservação dos prontuários, equipamentos e materiais sob sua guarda no serviço;
- IX. Zelar pela manutenção, limpeza e ordem da unidade;
- X. Zelar pela conduta ética da equipe de trabalho;
- XI. Registrar todas as atividades executadas, em documentos apropriados;
- XII. Participar de programas de educação em serviço, CIPA, grupos de estudos na área de enfermagem e programas de atendimento ao paciente;
- XIII. Colaborar com o enfermeiro chefe do Serviço para o bom andamento das atividades da unidade;
- XIV. Zelar pela qualidade dos serviços de enfermagem prestados aos pacientes.

Art. 60 São responsabilidades específicas dos Farmacêuticos:

- I. Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades inerentes à política de medicamentos;
- II. Planejar e controlar a política de controle de estoque e aquisição dos produtos farmacêuticos;
- III. Cumprir normas e disposições gerais relativas ao armazenamento, controle de estoque e distribuição de medicamentos e materiais médico-hospitalares;
- IV. Elaborar manuais técnicos e formulários próprios;
- V. Fiscalizar a utilização de medicamentos controlados, assim como a atuação da Vigilância Sanitária;
- VI. Coordenar as informações sobre medicamentos junto às diversas comissões da Policlínica;
- VII. Participar de ensaios clínicos autorizados e de programas de farmacovigilância;
- VIII. Participar das atividades sobre o controle das infecções hospitalares;
- IX. Coordenar as atividades sobre educação, treinamento e política de farmácia clínica;
- X. Desenvolver atividades colaborativas com outras áreas da Policlínica.

Art. 61 São responsabilidades específicas dos Nutricionistas:

- I. Coordenar e planejar o programa da nutrição e dietética dos pacientes em conformidade



com suas necessidades e prescrições médicas;

- II. Analisar as carências alimentares e o conveniente aproveitamento dos recursos dietéticos;
- III. Elaborar os cardápios para pacientes e empregados;
- IV. Controlar a estocagem, preparação, conservação e distribuição dos alimentos;
- V. Efetuar o registro das despesas e das pessoas que recebem refeições, fazendo anotações em formulários, para estimar o custo médio de alimentação;
- VI. Zelar pela manutenção de boas condições higiênicas;
- VII. Promover o conforto a segurança e a higiene no ambiente de trabalho;
- VIII. participar das compras de gênero alimentício;
- IX. Verificar nos prontuários dos pacientes, dados pessoais, a prescrição e o resultado da dieta, a distribuição e horário da alimentação;
- X. Fiscalizar os serviços prestados pela nutrição e dietética.

Art. 62 São responsabilidades específicas dos Psicólogos:

- I. Avaliar os pacientes do ponto de vista psicológico e formular o psicodiagnóstico;
- II. Dar apoio no processo terapêutico de pacientes, quando solicitado por outro profissional;
- III. Orientar e/ou executar as técnicas que tem por finalidade promover a aceitação das deficiências definitivas ou transitórias;
- IV. Estabelecer a terapêutica adequada às condições do paciente, obedecendo aos princípios éticos e dinâmica da Instituição;
- V. Registrar no prontuário do paciente os dados técnicos do tratamento desenvolvido;
- VI. Proceder a formulação de hipóteses e sua comprovação experimental;
- VII. Analisar a influência dos fatores hereditários, ambientais e psicossociais que atuam sobre o indivíduo;
- VIII. Elaborar a ficha de atendimento, entrevistar o paciente, aplicar testes, e outros métodos de verificação para formular o psicodiagnóstico;
- IX. Participar da elaboração, adaptação e construção de instrumentos e técnicas psicológicas que favoreçam a pesquisa;
- X. Promover a prevenção, tratamento e reabilitação de distúrbios, para restabelecer os padrões normais de comportamento e relacionamento humano;
- XI. Promover o envolvimento dos familiares no processo terapêutico desenvolvido;
- XII. Atuar em conjunto com o Corpo Clínico no atendimento e apoio psicológico aos pacientes ambulatoriais da Policlínica.

Art. 63 São responsabilidades específicas dos Fisioterapeutas:



- I. Prestar atendimento aos pacientes ambulatoriais da Instituição, em comum acordo com os médicos assistentes e demais terapeutas;
- II. Estabelecer plano terapêutico de acordo com as necessidades do paciente, seguindo princípios éticos da profissão e da dinâmica da Policlínica;
- III. Envolver o paciente e os familiares no processo terapêutico sempre que possível;
- IV. Registrar, no prontuário do paciente, os procedimentos técnicos realizados;
- V. Responder pela avaliação fisioterapêutica;
- VI. Executar procedimentos do protocolo de tratamento;
- VII. Acompanhar a evolução do paciente por meio do prontuário;
- VIII. Participar das reuniões clínicas, grupo de estudo e orientações;
- IX. Manter em adequado funcionamento os equipamentos de uso do Serviço, bem como a ordem do ambiente de trabalho;
- X. Outras atividades correlatas.

Art. 64 São responsabilidades específicas dos Assistentes Sociais:

- I. Estabelecer sistemática de atuação no âmbito de assistência social, observando a política estabelecida;
- II. Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar todas as atividades do Serviço Social;
- III. Controlar técnica e administrativamente o desempenho das atividades do Serviço Social;
- IV. Promover condições sociais básicas de humanização na Instituição, de forma a beneficiar o paciente na utilização dos serviços prestados e na terapêutica;
- V. Ajudar o paciente e familiares a identificarem, diagnosticarem e definirem soluções frente às situações socioeconômicas e familiares decorrentes da patologia;
- VI. Apresentar relatórios mensais das atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- VII. Realizar vistorias, perícias técnicas, informações e pareceres sobre o Serviço;
- VIII. Realizar consulta e prestar orientação social aos usuários da Policlínica;
- IX. Participar na elaboração, execução e avaliação dos planos/projetos e programas de assistência à saúde;
- X. Participar ao paciente os direitos e deveres do mesmo perante a Instituição;
- XI. Outras atividades correlatas.

Art. 65 São direitos gerais dos profissionais de saúde que atuam da Policlínica:

- I. Frequentar as dependências da unidade hospitalar e usar os aparelhos, equipamentos e medicamentos necessários ao desempenho de suas atividades, requisitando-os por escrito se for o caso;



- II. Fazer representação ao superior direto, para adoção de medidas que visem à evolução do padrão técnico de atendimento;
- III. Receber honorários profissionais resultantes de serviços efetivamente prestados;
- IV. Receber em dia os salários, em conformidade com o estabelecido no contrato de trabalho.

DOS DIREITOS DOS PACIENTES

Art. 66 São direitos gerais dos pacientes que utilizam os serviços:

- I. A todo indivíduo se deve proporcionar um acesso imparcial ao tratamento e alojamento disponível, sem considerar sua raça, crença, sexo, situação social ou procedência para o tratamento;
- II. Receber tratamento respeitoso a qualquer hora e sob todas as circunstâncias, como reconhecimento de sua dignidade pessoal;
- III. Saber a identidade e a função dos indivíduos que lhe atende;
- IV. Consultar um outro profissional, por solicitação e por sua conta;
- V. Saber quais exames complementares serão realizados, para que servem, como será feito, quem vai fazer, quais os riscos e inconveniências;
- VI. Recusar o exame, caso não se sinta bem informado, ou por qualquer outro motivo;
- VII. Saber ou não qual a sua doença e tudo o que diz respeito a ela;
- VIII. Saber que vai ser tratado e como vai ser o tratamento;
- IX. Recusar o tratamento clínico ou cirúrgico por motivos pessoais;
- X. Pedir alta a qualquer momento, por motivos pessoais ou não. Neste caso, terá de comunicar o médico e/ou enfermeiro, preencher o Termo de Responsabilidade, dizendo que a alta foi a seu pedido e que a equipe da Policlínica não tem nenhuma responsabilidade pelas possíveis consequências;
- XI. Esclarecer dúvidas ou fazer queixas a um Membro da Comissão de Ética;
- XII. Colaborar com os médicos e outros profissionais da Policlínica, esclarecendo dúvidas sobre seu caso, para pesquisas e estudos científicos;
- XIII. Ser informado sobre qualquer estudo que venha a ser desenvolvido em relação ao seu caso;
- XIV. Ser informado se a Comissão de Ética concorda com este estudo;
- XV. Consultar o seu prontuário mediante solicitação, ficando o mesmo sob a guarda da unidade hospitalar.

DAS RESPONSABILIDADES DOS PACIENTES

Art. 67 São responsabilidades gerais dos pacientes internos e externos:

- I. Fornecer, conforme seu entendimento, informações sobre suas queixas atuais, doenças anteriores, hospitalizações, cirurgias e outros assuntos relacionados à sua saúde;
- II. Seguir o plano de tratamento recomendado pelo profissional de saúde, responsável pelo seu atendimento;
- III. Assumir as consequências de suas ações, recusando o tratamento ou não seguindo as instruções do profissional de saúde;
- IV. Contribuir com a conservação das dependências físicas, mobiliário, instalações, utensílios, aparelhos e outros objetos que venha a usar;
- V. Ajudar a manter limpa a enfermaria, não cuspir no chão e não jogar objetos dentro de privadas;
- VI. Colaborar com toda a equipe;
- VII. Fazer uso apenas dos medicamentos dados pelos enfermeiros, sob prescrição médica;
- VIII. Não fumar dentro da Policlínica;
- IX. Respeitar os colegas de enfermaria;
- X. Evitar atos ou gestos que desrespeitem o pudor e a moral.

DOS ACOMPANHANTES

Art. 68 Os pacientes menores de 18 anos (Lei 8.069/90, art.12) e/ou maiores de 60 anos (Portaria GMMS nº 280/99, art.1º), poderão ter acompanhante, não sendo a unidade hospitalar obrigada, contudo, a fornecer alimentação ou infra-estrutura de repouso para os mesmos.

Art. 69 Não é permitido a presença de acompanhante nas salas de procedimentos.

Art. 70 O acompanhante deverá seguir as instruções dos profissionais da Policlínica, em especial do Corpo de Enfermagem.

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS

Art. 71 Os direitos e deveres dos empregados são regidos pela legislação específica em vigor e pelos códigos de Ética Profissional.



Art. 72 O uso de qualquer impresso com timbre é exclusivo do pessoal da Policlínica, no exercício das suas atividades, devendo a correspondência externa ser assinada pelos responsáveis, isoladamente ou em conjunto quando for o caso.

Art. 73 Nenhum impresso poderá ser confeccionado sem a autorização do Diretor Geral.

Art. 74 Todo documento relativo a pagamento deverá ser aferido e visado pelo Diretor Geral, sendo os cheques assinados pelo Superintendente Executivo e pelo Superintendente Administrativo Financeiro da AGIR.

Art. 75 Na impossibilidade ou ausência do Diretor Geral, este será representado pelo Diretor Técnica.

Art. 76 Na impossibilidade ou ausência do Diretor Técnico, este será representado pela Gerência de Gestão Integrada.

Art. 77 Todo material permanente existente será tombado, assim como todas as aquisições ou doações de bens permanentes. Qualquer alteração de baixa ou transferência de uma unidade para outra deverá ser anotada na ficha patrimonial.

Art. 78 A transferência de material tombado de uma unidade para outra só poderá ser efetuada mediante prévia autorização do Superintendente Administrativo Financeiro da AGIR.

Art. 79 Será vedada a comercialização de produtos de qualquer natureza ou origem nas áreas internas e externas, seja por empregados, pacientes, familiares ou terceiros. Somente os bazares beneficentes devidamente autorizados pela Superintendência Executiva da AGIR e as oficinas, poderão comercializar produtos, cuja receita reverte para a assistência a pacientes carentes.

Art. 80 Este Regimento Interno só poderá ser alterado, em parte ou no todo, por deliberação do Conselho de Administração, representado por no mínimo 2/3 dos seus membros.

Art. 81 O presente Regimento entrará em vigor na data em que for aprovado pela Superintendência Executiva da AGIR, "ad referendum" do Conselho de Administração.

1.1.2.3 Proposta para regimento do serviço de enfermagem

REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º O Serviço de Enfermagem (SE) é parte integrante da estrutura organizacional da instituição, dotado de recursos humanos e técnicos que tem por finalidade a realização de



ações relacionadas aos cuidados assistenciais de enfermagem ao indivíduo, família ou comunidade, garantindo a prevenção, promoção e recuperação de saúde.

O SE interage com todas as áreas de forma integrada e com qualidade no atendimento ao paciente e sua atuação é executada com responsabilidade, competência, conhecimento técnico-científico e humanização, norteado ainda em normas técnicas e administrativas para sua realização.

Parágrafo único. O presente regimento interno norteará o SE da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, estabelecendo o seu posicionamento no organograma institucional. Em linhas gerais, são apresentados os aspectos diretivos, estruturais e políticos da Enfermagem, em norma de ordem ética que regula as relações dos profissionais de Enfermagem entre si, com os demais profissionais e com os usuários atendidos na unidade de saúde. Visa orientar, instruir e fomentar o SE, baseado nos preceitos da lei e referenciais teórico-práticos que objetivam a construção do conhecimento e promoção da assistência com eficiência e humanização, de acordo com as diretrizes do SUS.

Art. 2º O Serviço de Enfermagem (SE) terá por finalidade:

- I. Promover a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade;
- II. Planejar, coordenar e executar as atividades de enfermagem existentes na Instituição, conforme a Legislação e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem vigentes;
- III. Assistir o paciente de forma integrada e humanizada;
- IV. Promover um padrão de atendimento, estimulando a equipe ao desenvolvimento técnico científico, favorecendo o crescimento dentro das especialidades;
- V. Estimular e promover o trabalho atendendo os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade;
- VI. Promover e colaborar em programas de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe;
- VII. Executar os cuidados de enfermagem com atenção voltada ao paciente, considerando as suas limitações e necessidades biopsicossociais;
- VIII. Fundamentar-se numa filosofia condizente com a missão, valores e princípios da unidade, corroborando para o alcance da visão.
- IX. Desenvolver programas humanizados de atendimento, tanto para o paciente quanto para o profissional de enfermagem;
- X. Desenvolver, monitorar e gerenciar indicadores de qualidade e dados estatísticos do serviço.



Parágrafo único. O Regimento do Serviço de Enfermagem (RSE) é um instrumento administrativo flexível que orienta o processo de trabalho da equipe de enfermagem e respalda legalmente o exercício profissional.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E COMPOSIÇÃO

Art. 3º O SE da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás estará subordinado à Diretoria Técnica da Unidade, conforme o organograma estratégico, e coordenado exclusivamente por profissional enfermeiro, na Supervisão de Enfermagem, responsável por planejar, organizar, dirigir e supervisionar as atividades na dispensação da assistência ao paciente.

Art. 4º O SE da Policlínica será constituído por enfermeiros e técnicos de enfermagem, compostos da seguinte forma:

- I. Supervisor de Enfermagem (Responsável técnico);
- II. Enfermeiros Assistenciais
- III. Técnicos de enfermagem

Art. 5º Compete a todos os profissionais de enfermagem:

- I. Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética de Enfermagem;
- II. Anotar no prontuário do usuário as atividades da assistência de Enfermagem prestadas, identificando-se por meio de assinatura contendo registro do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (COREN/GO);
- III. Participar proativamente em projetos da Unidade ou serviços;
- IV. Zelar pela guarda, controle, manutenção, conservação e inventário de equipamentos e materiais da unidade.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES E REQUISITOS

Art. 6º Compete ao Supervisor de Enfermagem:

- I. Caracterizar o SE da Unidade por meio de diagnóstico situacional e elaborar consequente plano de trabalho;
- II. Organizar o SE de acordo com a especificidade de cada setor da Unidade, de acordo com o perfil e especificidades aplicados à Policlínica, elaborando e fazendo cumprir os protocolos assistenciais;
- III. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Unidade e as determinações da Direção

Geral;

- IV. Responsabilizar-se pela implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme legislação vigente;
- V. Planejar, gerenciar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem;
- VI. Manter rotina de reuniões periódicas com a equipe, registrando em ata a proposta de pauta, alinhamentos e tratativas;
- VII. Manter o quantitativo necessário de profissionais de enfermagem, na escala de trabalho, observando o disposto na Resolução COFEN nº 543/2017, disponibilizando seu conhecimento em local acessível aos profissionais de Enfermagem;
- VIII. Fazer cumprir as leis do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (COREN/GO), organizando e dirigindo os serviços de enfermagem em suas atividades técnicas e auxiliares;
- IX. Manter-se atualizado com relação às ausências de funcionários nos setores, registrando em impresso próprio as licenças, faltas e abonos para facilitar o cálculo da taxa de absenteísmo no SE;
- X. Avaliar a necessidade de remanejamento do pessoal de enfermagem, de acordo com a precisão e possibilidades dos setores, sem prejuízo ao atendimento;
- XI. Providenciar coberturas para os casos de ausências de funcionários, sempre que possível e necessário, favorecendo uma assistência de qualidade e segura;
- XII. Elaborar, em conjunto com a equipe de enfermagem, o "Plano de Ação Anual" para o SE, com o estabelecimento de objetivos, metas, ações estratégicas, aprazamentos, responsabilidades e avaliação de resultados;
- XIII. Sugerir, elaborar e revisar os protocolos assistenciais, normas/rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) que irão organizar o SE;
- XIV. Intermediar, junto ao COREN/GO, a implantação da Comissão de Ética de Enfermagem;
- XV. Instituir e programar o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem, de acordo com as normas do COFEN e COREN/GO;
- XVI. Colaborar com todas as atividades de fiscalização do COREN/GO, bem como atender a todas as solicitações ou convocações que lhes forem demandadas pela Autarquia;
- XVII. Elaborar, implantar, implementar e atualizar o Regimento Interno, manuais de normas e rotinas, procedimentos, protocolos, e demais instrumentos administrativos de enfermagem, de acordo com a rotina e sempre que necessário;
- XVIII. Colaborar com as atividades da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS), Serviço de Educação Continuada, Núcleo de Vigilância Epidemiológica e demais comissões instituídas na

Unidade;

XIX. Zelar pelo cumprimento das atividades privativas da Enfermagem;

XX. Promover a qualidade e desenvolvimento de uma assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais, em seus aspectos técnicos e éticos;

XXI. Promover e participar de aperfeiçoamento técnico da equipe de enfermagem por meio de programas de educação continuada e permanente e de pesquisas.

Art. 7º Requisitos exigidos para o cargo de Supervisor do Serviço de Enfermagem:

- Diploma de graduação em Enfermagem
- Certificado de responsabilidade técnica do COREN/GO;
- Diploma ou título de especialização em área de Gestão e/ou Gerenciamento em Enfermagem e/ou Administração Hospitalar;
- Conhecimento geral para a direção dos serviços oferecidos na Unidade, bem como dos programas do Ministério da Saúde relacionados à assistência prestada na Policlínica;
- Competência técnico-científica, capacidade de liderança, relacionamento e facilidade de trabalho em equipe;
- Habilidades para desenvolver Programas de Qualidade.

Parágrafo 1 – O Regulamento de Enfermagem está fundamentado na Lei 7.478 de 25 de junho de 1986 e no Decreto 94.406 de 08 de junho de 1987, do Conselho Federal de Enfermagem.

Parágrafo 2 – A função de Gerente de Enfermagem deverá ser exercida por enfermeiro graduado em escola reconhecida e com experiência de gestão em saúde.

Parágrafo 3 – Em suas faltas ou impedimentos legais, o Supervisor de Enfermagem será substituído por um enfermeiro pertencente ao quadro da instituição, por ele indicado e designado pelo Diretor Técnico da unidade.

Art. 8º Compete ao Enfermeiro Assistencial:

- I. Atender às solicitações do Supervisor de Enfermagem;
- II. Realizar a assistência aos pacientes aplicando a SAE;
- III. Planejar a escala de serviço do setor de sua responsabilidade;
- IV. Coordenar os procedimentos técnicos de enfermagem;
- V. Prestar assistência ao paciente, respeitando os princípios éticos, científicos e técnicos;

- VI. Elaborar rotinas e técnicas e revisá-las anualmente ou quando necessário;
- VII. Participar e colaborar com os programas de educação continuada da Unidade;
- VIII. Elaborar os planos de assistência de Enfermagem aos pacientes;
- IX. Participar do Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- X. Controlar a disciplina, pontualidade e assiduidade dos colaboradores sob sua responsabilidade;
- XI. Requisitar materiais e medicamentos;
- XII. Colaborar com docentes e discentes nas atividades de ensino e pesquisa;
- XIII. Realizar orientação sobre as normas e rotinas do ambiente assistencial, esclarecendo dúvidas;
- XIV. Prover orientações específicas quanto à assistência prestada ao usuário, preparando-o para a continuidade dos cuidados em sua residência, quando necessário;
- XV. Notificar no Sistema de Informação a ocorrência de eventos adversos que aconteçam na Unidade, colaborando com o serviço de vigilância e núcleo de segurança do paciente;
- XVI. Realizar a investigação de causas raiz e planejamento de melhorias em caso de ocorrência de eventos adversos no setor;
- XVII. Estimular o autocuidado ao usuário, sempre que possível;
- XVIII. Participar de pesquisas técnicas e científicas na área da saúde.

Art. 9º Requisitos exigidos para o cargo de Enfermeiro Assistencial são:

- Certificado do COREN/GO;
- Conhecimento e desejável especialização na área de atuação na Unidade;
- Ter experiência mínima de 6 meses na área de atuação;
- Ter visão abrangente dos cuidados ao paciente;
- Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- Dinamismo, versatilidade, bom relacionamento e trabalho em equipe;
- Competência técnico-científica e qualidades para interagir e agir com rapidez;
- Bom relacionamento interpessoal e profissional, e facilidade de trabalho em equipe.

Art. 10º Compete ao Técnico de Enfermagem:

- I. Receber os pacientes e orientá-los na Unidade;



- II. Exercer as atividades técnicas, de nível médio de assistência de Enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro;
- III. Executar os cuidados de Enfermagem que forem planejados, prescritos ou de rotina, em atenção a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- IV. Preparar os pacientes para consultas, exames e procedimentos complementares e diagnósticos;
- V. Colaborar com o Enfermeiro Assistencial no cumprimento da escala de serviço de prescrição de Enfermagem;
- VI. Comunicar ao Enfermeiro Assistencial eventuais anormalidades com o paciente;
- VII. Executar as ações de competência do Técnico de Enfermagem, checando todas as prescrições realizadas, bem como realizando as evoluções em prontuário;
- VIII. Registrar no prontuário do paciente os cuidados prestados e intercorrências;
- IX. Zelar pela manutenção, limpeza e conservação das dependências da Unidade.

Art. 11º Requisitos exigidos para o cargo de Técnico de Enfermagem:

- Certificado do COREN/GO dentro de sua categoria;
- Experiência mínima de 6 meses na área de atuação;
- Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- Habilidades técnicas e conhecimento científico, espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, ética, proatividade e respeito à hierarquia.

CAPÍTULO IV DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 12º O Serviço de Enfermagem (SE) será executado em regime de 12 (doze) horas por dia, de segunda a sexta-feira, por meio de escalas de revezamento, respeitando-se a legislação trabalhista vigente no país. Deverá ser garantido durante todo o seu horário de funcionamento, inclusive durante o almoço, reuniões gerais e treinamento dos profissionais, realizando o revezamento dos trabalhadores. Todo colaborador deverá se apresentar ao trabalho no horário determinado, de acordo com as normativas institucionais.

Art. 13º Os colaboradores trabalharão de acordo com a escala elaborada mensalmente pela Supervisão de Enfermagem, seguindo a escala diária de trabalho específica.

CAPÍTULO V

DO REGISTRO E ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Art. 14º A equipe de Enfermagem deve registrar em prontuário todo o procedimento realizado no usuário sobre sua responsabilidade.

Art. 15º O registro do SE no prontuário do usuário e em outros documentos próprios da Policlínica deverá ser de forma completa, clara, pontual, cronológica e objetiva, observando-se ortografia e redação, contendo data e hora e assinadas ao final.

Art. 16º É vedado o registro de procedimento ou cuidado feito por terceiros.

Art. 17º As atividades e registros de estudantes de formação profissional de Enfermagem deverão ser acompanhados pelos supervisores de atividade prática.

Art. 18º O prontuário do usuário está sob a guarda da instituição que o assiste e o acesso às informações nele contidas deve seguir normas institucionais, uma vez que trata de direitos constitucionais - sigilo, confidencialidade e privacidade -, exclusivos do usuário.

Art. 19º É vedada à equipe de Enfermagem a entrega do prontuário ou ficha clínica, para quaisquer finalidades (fotocópia, transferência e outros), sem avaliação dos diretores da Unidade, e autorização por escrito. Solicitação de cópia de prontuário deverá seguir normativas da instituição.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20º O Regimento Interno do SE deverá ser cumprido por todos os colaboradores que o representam.

Art. 21º O pessoal de Enfermagem não poderá receber de usuários ou familiares pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art. 22º É vedado o uso de qualquer informação relativa à instituição em benefício próprio ou de terceiros e a veiculação indevida de imagens ou informações relativas à ela em redes sociais e similares, sem autorização do representante legal/técnico da área.

Art. 23º É vedada a violação do sigilo profissional e a exposição de imagens de pacientes, profissionais sem expressa autorização por escrito, não causando efeitos negativos aos que serão expostos.



Art. 24º Todos os funcionários deverão apresentar-se ao trabalho no horário determinado, devidamente uniformizados de acordo com o Manual de Biossegurança e Norma Regulamentadora NR 32 do Ministério do Trabalho e identificados com crachás. O profissional deverá apresentar-se com vestimentas e calçados apropriados de acordo com seu trabalho diário, jaleco e calçado fechado.

Art. 25º Esse Regimento trata-se de uma proposta, podendo 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 do Supervisor de Enfermagem, Coordenador Assistencial ou Diretoria da Unidade.

Art. 26º As alterações propostas neste artigo deverão ser submetidas à Diretoria Geral da Policlínica.

Art. 27º Os casos não previstos neste Regimento serão tratados pelo Supervisor de Enfermagem em conjunto com a Coordenação Assistencial e Diretoria Geral da unidade.

Art. 28º O presente Regimento entrará em vigor na data da aprovação.

1.1.2.4 Proposta de projeto de tecnologia da informação com vista ao controle gerencial da unidade e melhoria do atendimento ao usuário

A AGIR, pautando-se no instrumento de chamamento público nº 02/2024-SES/GO, regulamentada por toda legislação aplicável à espécie, especialmente pelas normas da Lei Federal de nº 13.019/2014 e a Lei complementar nº 141/12 e para tal, fasear-se-á oferta de plano de Tecnologia da Informação, com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao Usuário SUS, na Policlínica – Região Rio Vermelho – Goiás.

Com foco em garantir a eficiência e a viabilidade na implementação de um modelo de gestão e monitoramento dos processos das unidades de saúde gerenciadas, a AGIR se compromete em atuar constantemente no desenvolvimento de ferramentas, recursos e soluções para uma intervenção direta no acompanhamento e melhoria das práticas assistenciais, administrativas e de apoio.

Ainda, ao que tange a modernização da Unidade, serviços e processos, a AGIR como uma Organização dotada de soluções tecnológicas em saúde, e de desenvolvimento próprio, disponibilizará imediatamente a etapa de assunção dos serviços suas ferramentas já existentes e utilizadas em todas as Unidades sob sua gestão, mediante a identificação da viabilidade e aprovação da Secretaria de Estado de Saúde - SES/GO para utilização de tais recursos.

O uso da tecnologia para modernização da Policlínica – Região Rio Vermelho – Goiás, será essencial para potencializar os resultados e aumentar a eficiência dos serviços de saúde e, em

especial, impulsionar a inovação e progresso da assistência, podendo adotar abordagens mais personalizadas e baseadas em dados para atendimento dos pacientes, bem como, ofertar uma gestão de dados em saúde através de Sistemas de Gestão Ambulatorial integrado com Prontuário Eletrônico do Paciente.

O uso de tecnologia se tornou um atrativo para profissionais de saúde qualificados, oferecendo um ambiente de trabalho inovador e colaborativo, além de grandes oportunidades de aprendizado e desenvolvimento profissional, melhorando a experiência do paciente, desde o agendamento de consultas até a prestação de cuidados mais personalizados e centrados ao paciente, proporcionando uma experiência positiva e satisfatória. São outros resultados ainda proposto pela AGIR:

- Buscar a melhoria na qualidade do atendimento ao paciente, com a adoção de tecnologias modernas melhorando substancialmente a qualidade e a eficiências dos serviços, comprovada através de indicadores de qualidade;
- Aumentar da eficiência operacional com automação de processos, uso de dispositivos médicos avançados e a implementação de Sistemas de Gestão em Saúde integrados;
- Reduzir o tempo gasto com tarefas administrativas, permitindo que os recursos sejam alocados de forma eficaz com sistemas de comunicação interna e mensagens instantâneas, sistemas de comunicação por voz sobre IP (VoIP);
- facilitar a comunicação entre os membros das equipes assistenciais, possibilitando uma maior segurança, implementando medidas de segurança da informação robustas para proteger os dados dos pacientes e garantir conformidade com as regulamentações de privacidade dos dados e leis internacionais.

A AGIR no uso de seu modelo de gestão e com o propósito de "cuidar de vidas" ofertará estruturalmente os seguintes pontos essenciais para implantação da modernização Policlínica – Região Rio Vermelho - Goiás, quais sejam:

1. Gestão em Saúde Informatizada

A solução de Gestão em Saúde, irá atender todas as especificidades da Policlínica – Região Rio Vermelho – Goiás, com vistas a otimização das operações diárias, proporcionando um gerenciamento eficiente do tempo e dos recursos, com as funcionalidades essenciais em um único local, modular e integrado, perfazendo desde o agendamento, atendimento nas modalidades: ambulatorial, urgência/emergência, prescrições e checagem eletrônicas, personalizador de documentos clínicos, classificação de risco, gestor de fluxo, painel eletrônico, mobile assistencial, mobile logística, portaria e controle de acesso, compartilhamento de exames de SADT/Diagnóstico por imagem, gestão financeira, gestão de estoque, gestão de faturamento SUS AIH/SIA, gestão patrimonial, portaria, gestão contábil dentre outros.



Além disso, oferecerá aos usuários a confidencialidade necessária para todos os dados sensíveis dos pacientes.

A gestão em saúde informatizada agrega uma série de benefícios à modernização de uma unidade de saúde, proporcionando uma abordagem mais eficiente, integrada e segura para a administração e prestação de serviços à saúde. Alguns de seus benefícios são: integração de sistemas, acesso rápido e seguro à informação, redução de erros e redundâncias nos processos administrativos e clínicos, melhora da qualidade no atendimento ofertado aos pacientes, facilidade de adaptação às regulamentações, análise moderna de desempenho e performance através de dados e relatórios consistentes e íntegros e ainda mantendo recursos avançados de segurança da informação, protegendo os dados dos pacientes contra acesso não autorizado, perda ou roubo.

Desta forma, é imprescindível que a unidade de saúde possua instalações e infraestruturas adequadas a cada posto de trabalho.

Os principais benefícios que a gestão em saúde informatizada ofertará no que tange ao projeto de Tecnologia da Informação da Policlínica – Região Rio Vermelho – Goiás, serão:

2. Sistema de Gestão Ambulatorial

Será adotada uma plataforma tecnológica projetada para administrar todas as operações e processo da unidade de saúde de maneira integrada e eficiente e conforme portaria 1046/2019. Serão disponibilizados um conglomerado de módulos e funcionalidades abrangendo desde a gestão administrativa e financeira até o suporte aos processos clínicos e assistenciais.

Será implantado/adequado também Prontuário Eletrônico do Paciente, tornando a rede 100% digital e livre de papel. A solução atenderá todas as demandas de gestão da informação em saúde, garantindo os padrões mais exigentes nas indústrias brasileiras de software para soluções de PEP: certificações SBIS/CFM.

O recurso permitirá ao profissional de Saúde incluir no sistema as informações sobre o paciente, e que podem ser compartilhadas entre clínicas, laboratórios e outras unidades. Com esse conjunto de componentes e funcionalidades, a unidade de saúde será referência no cuidado ao paciente, podendo buscar por creditações de padrão nacional quanto internacional de qualidade.

O Prontuário Eletrônico do Paciente apresentará melhor interface intuitiva, usabilidade, disponibilidade de recursos e aderência às necessidades clínico-assistenciais da Policlínica – Região Rio Vermelho – Goiás. Será capaz de registrar, armazenar e disponibilizar, em tempo real, informações sobre o paciente e seu tratamento, representando um enorme potencial em

diversas pontas, da melhoria do atendimento à redução de custos.

As informações registradas pode ser acessadas pelos diversos profissionais que compõe a assistência ao paciente, de forma a oferecer diagnósticos e tratamentos contextualizados. Seja em consultas, seja em intervenções, esses profissionais tornam-se mais capazes de tornar decisões tendo à mão um histórico compreensivo. O PEP é um software escalável, podendo ser adaptado à realidade operacional da instituição de saúde.

Assim sendo, destacamos as principais funcionalidades da solução:

2.1 Gestão do módulo de Cadastros Pacientes

- O sistema permitirá o cadastro de pacientes minimamente com os seguintes campos (Nome, nome social, data de nascimento, sexo, telefone, raça e cor, nome da mãe, nome do pai, número CNS, CPF e endereço).
- Validará cadastro de pacientes no ato da gravação das informações para não permitir duplicidade de cadastros, a validação será baseada em checagem de homônimos, utilizando o nome do paciente, nome da mãe, data de nascimento e sexo como base desta validação.
- Registrará o número do prontuário do paciente em diferentes estabelecimentos de saúde.
- Possibilitará anexar documentos do paciente, em formato de imagem JPG, JPEG, PNG ou arquivo PDF, para posterior visualização.
- Será permitido o bloqueio de um cadastro de paciente informando o motivo do bloqueio. Para o paciente que já possua agendamentos de consultas e exames, o sistema informará ao usuário sobre esses agendamentos futuros e permitir o cancelamento dos compromissos do paciente no ato do bloqueio.
- Exibirá no próprio cadastro, as alergias do paciente.
- Permitirá a localização geográfica do endereço do paciente.
- Possuirá menu para agendamento rápido de: consultas, exames, lista de espera e triagem.
- Carregará os avisos de histórico e/ou pendências do paciente para: vacinas, exames citopatológicos, antropometria, consumo alimentar e frequência de consulta.
- Permitirá cadastro de biometria de reconhecimento facial e impressão digital para identificação do paciente possibilitando a identificação/busca do paciente por meio de qualquer biometria cadastrada.
- Emitirá relatórios de pacientes Sintético e Analítico por: Localidade, Cadastros atualizados e Cadastros duplicados.
- Emitirá relatórios sintético e analítico de pacientes por localidade.



2.2 Gestão do módulo de Cadastros Básicos

- Cadastro de Raça e Cor.
- Cadastro de Tipos de Bloqueio do Paciente. Possuirá parametrização para permitir definir se o bloqueio irá acarretar o cancelamento dos agendamentos futuros.
- Cadastro de Religião.
- Cadastro de Grau de Instrução.
- Cadastro de Órgão Emissor RG.
- Cadastro de Etnia.
- Cadastro de Profissão/CBO.
- Cadastro de Grau de Instrução.
- Cadastro de Vínculo Empregatício.
- Cadastro de Órgão de Classe.
- Cadastro de CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.
- Permitirá acesso à toda lista do CID-10, pesquisando por código ou descrição e filtrando os ativos/inativos e aqueles de notificação obrigatória.
- Permitirá cadastrar um novo CID com código, abreviação, classificação, filtrar grupo de CID, tipo de notificação (24 horas, anotação), tempo de notificação, Sexo, reação adversa e campos para marcação de Notificação Obrigatória, DST, obriga investigação e notificação única.
- Permitirá configurar protocolos de condutas por CID, anexando arquivo com protocolo do tipo .pdf. Este protocolo será exibido no atendimento médico sempre que for prescrito o referido CID na hipótese diagnóstica.
- Cadastro de alergias relacionado com o CID. Possuirá campo de observação para descrição detalhada da alergia.
- Permitirá cadastrar tipo de condição de posse ou uso da terra, imóveis e domicílios com filtros busca para área, microárea, risco familiar e condição (somente membros ativos, somente inativos, etc.) e visualização de colunas com: inscrição imobiliária, endereço com rua, complemento, quadra, lote, proprietário, nº da família e Risco (baseado na estratificação de Risco familiar SAVASSI/COELHO).
- Permitirá configurar protocolos com relação pré-determinada de listagem de medicamentos. Este protocolo servirá como plano receituário com produtos relacionados a uma condição de saúde, a partir da prescrição médica no prontuário eletrônico. Ex.: Hipertenso (definir medicamentos pré-definidos para este tratamento).
- Permitirá configurar protocolos com relação pré-determinada de solicitação de exames (laboratoriais e de imagem). Este protocolo servirá como plano diagnóstico com os exames

relacionados a uma condição de saúde, a partir da solicitação no Prontuário Eletrônico. Ex.: Gestante (definir exames pré-definidos com finalidade diagnóstica).

2.3 Gestão de módulo de Unidades de Saúde

- Permitirá cadastro de unidades com informações padrão CNES contendo informações: Número do CNES, nome, razão social, mantenedora, tipo do estabelecimento, situação, telefone, endereço, caracterizações, estruturas administrativas, serviços e habilitações.
- Permitirá cadastrar os setores existentes dentro do estabelecimento de saúde. • Permitirá configurar os procedimentos que o estabelecimento pode realizar.
- Permitirá gerenciar as equipes e os membros das equipes vinculadas ao estabelecimento de saúde.
- Manterá cadastro parametrizável da estrutura administrativa e cargos de gestão de unidade de atenção à saúde e todos os membros que compõem a equipe.
- Permitirá atualizar as equipes e membros manualmente, sem a necessidade de uma importação do arquivo CNES.xml.

2.4 Gestão de módulo de Profissionais

- Permitirá cadastrar profissionais com informações padrão CNES contendo informações OBRIGATORIAS: Nome, Sexo, Nascimento, Raça/Cor, Telefone e tipo, OUTRAS INFORMAÇÕES: CNS, CPF, Nome da Mãe, Nome do Pai, Profissão, Grau de instrução, Cargo/Função, E-mail, Vínculo Empregatício, Detalhamento do Vínculo Empregatício, Órgão de Classe, Inscrição, UF Conselho. Cadastrar dados de documentos como RG com data de emissão, órgão emissor e UF; Carteira de Trabalho,
- Anexará documentos do profissional, em formato de imagem JPG, JPEG, PNG ou arquivo PDF, para posterior visualização.
- Permitirá gerenciar as agendas dos profissionais, podendo configurar as agendas por semana, período entre datas ou dias específico e atribuir nome do turno.
- Visualizará e manterá cadastro de motivos de movimentação profissional.
- Visualizará e manterá cadastro de situação funcional do profissional.
- Permitirá criar agendas por tipo de atendimento: primeira consulta, demanda espontânea e retorno.
- Permitirá configurar nas agendas os intervalos entre os atendimentos do profissional.
- Permitirá gerenciar a liberação das agendas dos profissionais por período e turno, podendo criar, excluir ou bloquear os turnos gerados.



- Permitirá criar agendas por serviços de saúde e especialidade.
- Permitirá selecionar a especialidade padrão do profissional, para os casos de mais de um vínculo numa mesma unidade e para mais de uma especialidade.
- Permitirá a transferência de agendamentos de consultas e exames por unidade de saúde, profissional ou exames, de uma data ou horário para outro definido. Considerar os períodos de bloqueios de agendas de profissionais e consultas/exames.
- Emitirá relatório de profissionais com os vínculos de unidade.
- Emitirá relatório de relação de profissionais com as equipes de atenção básica. • Emitirá relatório com relação de vagas disponíveis em agendas por turnos e especialidades.
- Emitirá relatório com relação das vagas disponíveis em agendas por profissional.

2.6 Gestão de módulo de Agendamento de Consultas

- Será possível visualizar já na tela de agendamento de consulta, os pacientes agendados para o profissional de saúde, possibilitando a impressão da FAA (Ficha de Atendimento Ambulatorial).
- Será possível identificar o paciente também por meio de leitura biométrica.
- Durante o agendamento deve ser permitido ao usuário do sistema visualizar os últimos atendimentos do paciente (frequência), com indicador de absenteísmo, mostrando situação dos atendimentos anteriores com o status de cada agenda: agendado, solicitado, cancelada, faltante.
- Ao selecionar o profissional e a unidade de atendimento, o sistema irá mostrar os turnos e os números de vagas disponíveis para o profissional na unidade.
- Permitirá selecionar o convênio no qual será vinculado a consulta.
- Permitirá controlar o número de agendamentos baseado em cotas distribuídas pelo convênio selecionado.
- Permitirá a confirmação da consulta através da autenticação da Guia de consultas e da biometria validando a consulta como atendida.
- Permitirá a impressão de ficha de atendimento.
- Permitirá a impressão de guia de autorização de consultas com código de barras (convênios).
- Relatórios com filtros de: data, intervalo em horas, tipo de consulta (básica, especializada), unidade de saúde, paciente, profissional, CBO (especialidade), convênio, procedimento, área, microárea, controle de presença (faltante, cancelado, desmarcado), idade e classificação por sexo.
- Relatórios de consulta analítico e sintético com a relação de agendamentos por dia.

- Emitirá relatório de consulta analítico e sintético por unidade solicitante.
- Emitirá relatório de consulta analítico e sintético por profissionais de destino e origem.
- Emitirá relatório de consulta analítico e sintético de atendimentos realizados localidade.
- Emitirá relatório de consulta analítico e sintético por especialidades.
- Emitirá relatório de consulta analítico e sintético por paciente.
- Emitirá relatório de consulta analítico e sintético com encaminhamentos por especialidade.
- Emitirá relatório de consulta analítico e sintético por profissional.
- Emitirá relatório de consulta analítico e sintético de comparativo de consultas x atendimentos.
- Emitirá relatório de consulta analítico e sintético de comparativo de consultas x realizadas.
- Emitirá relatório de consulta analítico e sintético de consultas por município de residência do paciente.
- Emitirá relatório de consulta analítico e sintético de profissional por dia. • Emitir relatório de consulta analítico e sintético de agendamentos x encaminhamentos por profissional.
- Emitirá relatório de consulta analítico e sintético de consultas agendadas/realizadas por profissional.

2.7 Gestão de módulo de Agendamento de Exames

- Permitirá cadastrar os prestadores que realizam exames laboratoriais e não laboratoriais.
- Permitirá configurar os exames laboratoriais e não laboratoriais de cada prestador, podendo ser configurado individualmente ou em lotes.
- Possibilitará a cópia dos exames configurados de um prestador para outro.
- Permitirá criar as agendas para os prestadores, as agendas podem ser criadas por dia da semana, período de datas ou dia específico.
- Permitirá criar as agendas para os prestadores por procedimento (exame), as agendas podem ser criadas por dia da semana, período de datas ou dia específico.
- Será permitido buscar os exames agendados por diversos filtros, inclusive com a opção de leitura biométrica para identificar os exames do paciente.
- Será permitido visualizar frequência de agendamentos de exames para o paciente e o índice de absenteísmo.
- Permitirá selecionar o convênio para o agendamento do exame, deve também mostrar a quantidade atual de cotas disponíveis para o convênio selecionado.
- Possibilitará a impressão de guia de autorização de consultas com código de barras.
- Permitirá registrar falta do paciente no comparecimento do exame.



- Permitirá registrar o comparecimento do paciente no exame.
- Permitirá anexar o resultado do exame (laudo), para futura visualização do mesmo dentro do sistema.
- Permitirá cancelar ou estornar faturamento um exame realizado.
- Emitirá relatório analítico e sintético por exames agendados.
- Emitirá relatório analítico e sintético de exames agendados por solicitante.
- Emitirá relatório analítico e sintético de exames por prestador.
- Emitirá relatório analítico e sintético de exames por paciente.
- Emitirá relatório analítico e sintético de exames por convênio.
- Emitirá relatório analítico e sintético de exames com frequência por pacientes.
- Emitirá relatório analítico e sintético de exames x realizados.
- Emitirá relatório dos exames configurados para o(s) prestador(es).
- Emitirá relatório de exames com prévia de faturamento dos procedimentos.

2.8 Gestão de módulo de Lista de Espera

- Este módulo tem por finalidade gerir a fila expectante, onde deverá permitir a pesquisa das solicitações realizadas por: número de protocolo, filtrar por tipo (consultas, exames), situação (em espera, confirmados, aguardando), Unidade solicitante, paciente, CBO, entrada na lista por data inicial e final.
- Deverá listar as solicitações por: tipo, nome, idade, data de entrada, CBO.
- Permitirá identificar pré-requisitos do agendamento, imprimir guia da solicitação ou agendar consulta a partir da lista de espera, carregando automaticamente os dados da solicitação na tela do agendamento.
- O Protocolo de solicitação será composto de: código de barras, número do protocolo da Lista de espera, dados do paciente, CBO/Especialidade.
- Deve permitir a inserção na lista de espera automaticamente através do atendimento da consulta na digitação do prontuário eletrônico, pela solicitação médica quando do encaminhamento para especialidade ou solicitação de exames.
- Deverá permitir a inserção na lista de espera de forma manual, solicitando o tipo/grupo (Consulta, Exames), informar a unidade de origem, prestador e profissional responsável.
- Deverá permitir excluir o usuário da lista de espera, possuindo o campo para colocar motivo da exclusão Ex.: Falecimento, consultou particular, desistiu da consulta.
- Deverá possuir vários relatórios por Unidade, Demanda, Tempo de Espera, Especialidade, agendados por período, para consultas e exame.

2.9 Gestão de cadastros Coletivos/Globais

- Pesquisar em tela os serviços coletivos por profissional e data.
- Permitir registrar novo serviço, registrando as atividades coletivas com data, horário início e fim, quantidade de participantes e local da atividade.
- Permitir registrar mais de um profissional para atividades compartilhadas, indicando quem é o profissional responsável pela atividade.
- Para atividades do tipo Atendimento em grupo, exibir lista de Práticas em Saúde. Em caso de optar por 'outros', buscar atividade em lista pré-cadastrada.
- Permitir adicionar mais de um usuário do serviço a partir do cadastro já populado no sistema, campo para avaliação de peso, altura e cálculo automático do IMC.

2.10 Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

O PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente) é uma ferramenta essencial para a saúde digital, pois desempenha várias funções importantes que melhoram a qualidade do atendimento e a eficiência dos serviços prestados em saúde. Dentre as razões de uso do PEP, podemos destacar o acesso rápido às informações do paciente de forma segura, melhoria na tomada de decisão clínica, redução de erros médicos, proteção eficiente das informações confidenciais do paciente contra acessos não autorizados, facilidade no compartilhamento das informações, desta forma o PEP desempenha um papel crucial na saúde digital ao fornecer um repositório centralizado de informações de saúde do paciente que pode ser acessado, atualizado e compartilhado de forma segura e eficiente por profissionais de saúde em diferentes contextos clínicos. Isso resulta em uma prestação de cuidados mais eficaz, segura e centrada do paciente. As principais características do PEP serão:

- Permitirá a visualização do Resumo Clínico do usuário contendo minimamente estrutura modular e em ordem cronológica, contendo informações cadastrais e foto do usuário e possíveis alergias.
- Permitirá a inserção de todas as informações relevantes do paciente, como dados pessoais, histórico médico, alergias, medicações em uso, entre outros.
- Permitirá o registro detalhado de todas as consultas e procedimentos realizados, incluindo diagnósticos, prescrições, exames solicitados e realizados, evolução do paciente, entre outros.
- Permitirá o acesso rápido e seguro às informações do paciente.
- Permitirá pesquisar pacientes por diferentes critérios e acessar o prontuário com apenas alguns cliques.

agir

- Será capaz de se integrar com outros sistemas, como sistemas de laboratório e de imagens, para permitir o acesso a resultados de exames e imagens diretamente do prontuário do paciente.
- Permitirá a definição de níveis de acesso para diferentes usuários, garantindo que apenas os profissionais autorizados possam acessar determinadas informações.
- Referente aos atendimentos, trará informações tais como: unidade de atendimento, data, sinais vitais, profissional e possível classificação de risco. Destacando os possíveis absenteísmos.
- O Resumo Clínico apresentará todos os encaminhamentos especializados, consultas odontológicas, exames solicitados, serviços e lista de medicamentos prescritos.
- A tela multidisciplinar possibilitará chamar o paciente em painel com contador de tempo, opção para cancelar, desmarcar e indicar faltante em um agendamento.
- Possuirá grid com todos os agendamentos com as seguintes informações: hora prevista do atendimento, indicar acolhimento ou pré-consulta.
- Possuirá acesso rápido ao Resumo Clínico, ao acolhimento e pré-consulta.
- A tela de atendimento de consulta mostrará foto, código, nome e data de nascimento, idade do paciente.
- A certificação digital das informações de cada atendimento por prontuário eletrônico através de assinatura digital do profissional por dispositivo token, em conformidade com o Padrão ICP – Brasil para autenticação das assinaturas digitais.
- A tela de atendimento de consulta possuirá, atalho para dados da pré-consulta, campo da descrição de queixas e exame físico, com busca do CID-10; CIAP 2, podendo inserir mais de um CID/CIAP 2 por atendimento.
- Permitir pesquisar e registrar o CIF - Cadastro de Funcionalidade.
- CID´s com protocolos de conduta pré-configurados, deverão habilitar em tela. • Deverá ter um campo para descrever histórico familiar / antecedentes, com CIAP2, lista de problemas envolvidos.
- Possibilitará registros no formato SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano).
- Deverá possuir tela com lista de problemas: ativos, latentes e /ou resolvidos.
- Permitirá realizar prescrição de material.
- Deverá alertar para as interações medicamentosas pré-cadastradas.
- Possibilitará impressão de receituário comum em uma ou duas vias, e receituário especial para medicamentos controlados, indicando quais medicamentos devem ou não ser impressos.
- Indicará a quantidade de receitas para a referida prescrição, os receituários devem ter intervalos de 30 dias.



- Possibilitará a visualização de prescrições anteriores, sendo do mesmo profissional em atendimento e dos demais profissionais, minimamente as últimas três prescrições, possibilitando selecionar os itens e inserindo-os numa nova prescrição.
- Possibilitará lista de medicamentos pré-definidas de acordo com os protocolos de prescrição.
- Possuirá tela para demais orientações, sendo texto livre com opção de impressão.
- Mostrará em tela o resultado dos exames, com filtro de período e tipo de exames, possibilitar a impressão de exames.
- Possuirá atalho para os protocolos pré-cadastrados de solicitação de exames, podendo selecionar quaisquer exames, mostrando a frequência de solicitação, imprimindo a solicitação e enviando automaticamente para a lista de espera, conforme configuração.
- Exibirá guia de solicitação de exames, que não estejam pré-configurados nos protocolos, com justificativa obrigatória e gravidade da solicitação, minimamente em três níveis de classificação, mostrando a frequência de solicitação, imprimindo a solicitação e enviando automaticamente para a lista de espera, conforme configuração.
- Possibilitará encaminhamentos para consultas especializadas, indicando especialidade a ser encaminhado, tipo da solicitação com três níveis de classificação, com possibilidade de retorno, bem como protocolo de encaminhamento pré-configurado, o encaminhamento deve conter motivo de referência e justificativa para o encaminhamento.
- Permitirá recuperar solicitação do encaminhamento para atenção especializada.
- Possibilitará o registro de informações sigilosas em campo livre, podendo escolher o grupo que terá acesso a partir do cadastro de informações sigilosas. • Estará visível em tela as últimas informações registradas pelo usuário logado.
- No atendimento médico deverá ser possível anexar arquivos minimamente no formato JPEG, PDF. Os arquivos anexados terão a possibilidade de serem restritos para perfis de acesso pré-configurados.
- Permitirá registrar lembretes referentes ao atendimento do paciente para posterior consulta, com opção de ser visível a demais atendimento ou apenas ao profissional que fez o registro.
- No atendimento médio, possibilitará emitir atestados, minimamente de comparecimento com ou sem presença de acompanhante, licença maternidade (com validação para o sexo feminino), atestado de afastamento com autorização para mostrar o CID do atendimento e atestado de sanidade físico-mental, mostrar em tela a frequência dos atestados do usuário.
- Possuirá no atendimento médico, folha de rosto com dados cadastrais, escuta inicial, histórico e lista de problemas.
- O atendimento médico possibilitará o acesso rápido ao Resumo Clínico do paciente em



atendimento.

- O atendimento médico possibilitará o registro das informações do Risco Cardiovascular, baseado no padrão SAVASSI, possuirá minimamente botões de ajuda / orientação nos itens idade, colesterol (HDL e LDL), pressão arterial. O score será calculado automaticamente através do preenchimento da pesquisa, demais pontuações do referido manual conforme caderno da atenção básica número 37 - Estratégia para Cuidados da Pessoa com Doenças Crônicas, manterá histórico, minimamente dos últimos dois scores.
- O atendimento médico possibilitará a finalização da consulta, esse atendimento não poderá ser editado.
- O prontuário do paciente mostrará todos os eventos (escuta inicial, consulta, prescrição, etc.) em ordem cronológica.
- Permitirá personalização por perfil de profissional assistencial.

2.11 Gestão de Agendas e Agendamento

Processo organizacional que envolve o agendamento e a coordenação de consultas, exames, procedimentos e outros compromissos relacionados aos pacientes na Instituição de saúde. As principais etapas e atividades serão:

- Permitirá o agendamento de serviços para vários profissionais de saúde.
- Será possível visualizar a disponibilidade de cada profissional em tempo real e agendar serviços de acordo com a disponibilidade.
- Permitirá a remarcação e o cancelamento de serviços.
- Enviará notificações automáticas para os pacientes e profissionais de saúde envolvidos.
- Enviará lembretes automáticos para os pacientes, confirmando a data e a hora do agendamento.
- Possuirá visualização clara e intuitiva da agenda, mostrando todas as consultas agendadas para um período de tempo específico.
- Será possível visualizar a agenda por profissional de saúde, por sala de atendimento, por paciente ou especialidade.
- Sincronizará com calendários externos (como Google Calendar, Outlook, etc.).
- Mecanismos para evitar o overbooking, garantindo o número adequado de consultas por dia.

2.12 Gestão de Laudos e Exames Digitais

Componentes essenciais da infraestrutura de Saúde Digital, fornecerá suporte para a gestão de



informações clínicas e laboratoriais, a coordenação ao cuidado, melhora dos processos internos e a tomada de decisão clínica, desempenhando um papel fundamental na entrega de cuidados de saúde eficazes, seguros e centrados no paciente; as principais funcionalidade serão:

- Possuirá a capacidade de se integrar diretamente com laboratórios e serviços de diagnóstico, permitindo que os resultados dos exames sejam enviados diretamente para o sistema e anexados ao prontuário do paciente.
- Permitirá a visualização de imagens médicas, como radiografias, tomografias e ressonâncias, diretamente em sua interface.
- Oferecerá ferramentas para manipulação das imagens médicas, tais como zoom, rotação e medição.
- Possuirá recursos para criação, edição e assinatura digital de laudos.
- Permitirá o rastreamento de laudos, indicando quando foram criados, editados e visualizados.
- Permitirá o compartilhamento seguro de laudos e resultados de exames com pacientes e outros profissionais de saúde, de maneira a respeitar as regulamentações de privacidade e segurança dos dados de saúde.
- Garantirá o armazenamento seguro de todos os laudos e resultados de exames, mantendo a integridade e a confidencialidade dos dados.
- Oferecerá recursos para backups automáticos e recuperação de desastres.
- Será integrado com PEP.

2.13 Gestão de Faturamento e Controle Financeiro

Proverá um papel crítico na Saúde Digital da Instituição, garantido eficiência financeira, conformidades regulatórias, transparência para pacientes e provedores, além de contribuir para uma experiência positiva e facilitar a tomada de decisões estratégicas baseadas em dados financeiros. As funcionalidades a destacar serão:

- Permitirá a geração automatizada de faturas e recibos para os pacientes.
- Será possível personalizar os modelos de fatura e recibo para atender às necessidades específicas da Unidade.
- Oferecerá um controle eficiente de todas as contas a receber e a pagar.
- Permitirá o acompanhamento do fluxo de caixa, mostrando todas as entradas e saídas de dinheiro.
- Será capaz de se integrar com diferentes sistemas de pagamento, incluindo cartões de



crédito, transferências bancárias e plataformas de pagamento online.

- Deve oferecer a geração de relatórios financeiros detalhados, que permitam a análise da situação financeira da Unidade.
- Será possível gerar relatórios por período, por paciente, por tipo de serviço, entre outros critérios.
- Garantirá a segurança dos dados financeiros, cumprindo todas as regulamentações de proteção de dados financeiros.
- Para Faturamento SIA, na Saúde Digital da instituição, envolverá automação e informatização dos processos, otimizando as trocas de informações entre a unidade de saúde e o SUS. Disponibilizará internamente, todas as atualizações disponíveis pelo DATASUS referentes aos procedimentos ambulatoriais realizados na instituição.

2.14 Gestão de Relatórios Gerenciais

São essenciais para uma gestão eficaz, fornecendo informações valiosas para a tomada de decisões, monitoramento de desempenho, avaliação de eficiência, comunicação, planejamento estratégico e prestação de contas. Serão ofertados na solução:

- Solução permitirá ao gestor avaliar indicadores para áreas estratégicas da saúde com visão da produtividade da unidade/serviços.
- Possibilitará a visualização de informações referentes a agendamentos de consulta e exames, atendimento, estoque, metas da Estratégia Saúde da Família e procedimento.
- O Painel de Indicadores que possuirá controle de permissões de visualização aos processos.
- O Painel de Indicadores que possuirá controle de permissões de visualização aos processos da unidade de saúde.
- O Painel de Indicadores permitirá a visualização de informações de forma fácil, podendo estas serem exibidas em texto ou e gráficos nos formatos de colunas, linhas, pizza, barras...
- Processos de análise organizados por abas/módulos.
- O Painel de Indicadores permitirá filtros de período de datas, unidades de saúde, área/microárea (no caso dos painéis correspondentes à Atenção Primária).
- O Painel de Indicadores permitirá sua instalação em um dos seguintes ambientes operacionais: Windows e Linux.
- As informações resultantes serão acessíveis nos seguintes navegadores de Internet: Internet Explorer 8.0 ou superior, Opera, Firefox, Google Chrome, preferencialmente no CentBrowser.
- Permitirá a geração de relatórios de qualidade, que mostrem indicadores relacionados à



qualidade do atendimento, como a satisfação dos pacientes, entre outros.

- Será possível exportar os relatórios para diferentes formatos, como PDF, CSV e Excel.

2.15 Gestão de Documentos Eletrônicos

Desempenhará um papel fundamental, uma vez que poderá ser incorporada ao Prontuário Eletrônico do Paciente, garantido um PEP personalizável, organização dos registros médicos, facilitação do compartilhamento de informações e conformidade regulatória. Assim destaca-se alguns pontos, quais sejam:

- Permitirá realizar o registro dos Atendimentos Individuais destinada aos registros das ações de promoção a saúde do indivíduo.
- Possibilitará informar os respectivos campos informações: Unidade/Estabelecimento de Saúde executante, profissional, CBO, Local de Atendimento, Equipe, data, usuário do serviço, possibilitando a busca do cadastro de paciente integrada a solução, exibindo em tela o nome do usuário, data nascimento e sexo, possibilitar informar o tipo de atendimento (Consulta programa / Cuidado continuado, Consulta agendada, dentro da Demanda espontânea se foi do tipo (Escuta inicial /Orientação, Consulta no dia ou Atendimento de urgência) referente ao turno (manhã, tarde ou noite), se foi na modalidade AD (AD1, AD2, AD3), possibilitar informar a Avaliação Antropométrica (Perímetro cefálico, peso, altura), possibilitar informa no caso de crianças se o Aleitamento materno é (01 – Exclusivo, 02 – Predominante, 03 – Complementado, 04 – Inexistente), possibilitará informar se o paciente ficou em Observação, sim ou não, possibilitar informar a Racionalidade em saúde (01 - Medicina Tradicional Chinesa, 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde, 03 – Homeopatia, 04 – Fitoterapia, 05 – Ayurveda, 06 – Outra). Referente ao planejamento familiar, dados de mulheres gestantes quando for o caso, sistema possibilitará informar os seguintes campos: informações como a DUM, idade gestacional em semanas, gestas prévias, partos, referente aos atendimentos em NASF/Polo, será possível informar (Avaliação/Diagnóstico, Procedimentos Clínicos/Terapêutico, Prescrição Terapêutica), possibilitará informar Problema/Condição(ões) avaliada(s), caso contrário sistema permitirá informar 1 ou 2 tipos de CIAP2 ou 1 ou 2 CID10, bem como possibilitará informar Exames Avaliados ou Solicitados, checando caso o exame foi Solicitado, Avaliado ou ambos.
- Permitirá informar o tipo de procedimento que será registrado (ambulatorial ou coletivo) identificar a unidade de saúde do profissional responsável pelo atendimento bem como o nome do profissional e o procedimento que foi realizado (sutura, aferição de pressão, glicemia, etc.) no caso de registro de uma visita domiciliar ao selecionar o procedimento.
- Permitirá o registro de atividades coletivas com campos para inserir: o Código de



- Atendimento; o Data; o Unidade de Saúde; o Caráter do Atendimento; o Profissional Responsável; o CBO Profissional Destino; o Procedimento; o Quantidade de Participantes;
- No caso de atendimento domiciliar, no registro da visita onde abrirá uma tela com a ficha para o registro do procedimento, onde deverá ser informado o turno da visita, desfecho da visita, motivo da visita, tipo de acompanhamento e ou busca ativa.
 - Procedimentos coletivos, irá indicar o procedimento que será realizado, (atividade educativa / orientação em grupo na atenção básica) ao selecionar este procedimento (atividade coletiva) estará disponível uma ficha para registro onde o usuário irá informar a data da atividade, hora de início e hora de fim da atividade, poderá vincular todos os profissionais envolvidos na atividade, e selecionar a atividade que foi realizada.
 - Fichas de atendimentos odontológicos.
 - Acompanhamento de Crônicos.
 - Atendimentos Quimioterápicos.

2.16 Gestão de protocolos assistenciais

Os protocolos assistenciais podem abordar uma ampla variedade de tópicos, incluindo diagnóstico, tratamento, prevenção, monitoramento e manejo de doenças específicas, condições clínicas ou procedimentos médicos. São projetados para padronizar e otimizar o cuidado ao paciente, promovendo a consistência na prática clínica e garantido que os pacientes recebam o tratamento mais eficaz e baseado em evidências disponíveis. Os protocolos serão implantados, conforme necessidade do complexo de saúde.

2.17 Gestão de estoque

Garante um desempenho fundamental na garantia do fornecimento adequado de suprimentos, medicamentos e equipamentos médicos necessários para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. A gestão de estoque na Saúde Digital é essencial para garantir a disponibilidade oportuna de suprimentos e recursos necessários para a prestação de cuidados de saúde eficazes e de alta qualidade. Algumas funcionalidades da gestão de estoque são:

- Permitirá o registro de todos os itens em estoque, com detalhes como nome, descrição, quantidade, data de validade, entre outros.
- Será possível registrar todas as entradas e saídas de itens do estoque.
- Será capaz de emitir alertas quando a quantidade de um item em estoque atingir um nível mínimo predefinido.
- Oferecerá a geração de relatórios detalhados sobre o estoque, que permitam a análise da situação do estoque e a tomada de decisões sobre compras e reposições.

- Para itens que vêm em lotes, permitirá o rastreamento por lote.
- Permitirá o cadastramento de Grupo de produtos/materiais/medicamentos, contendo, no mínimo: código, nome e situação (ativo ou inativo).
- Permitirá o cadastramento de Subgrupos de produtos/materiais/medicamentos, contendo, no mínimo: código, descrição, grupo e situação (ativo ou inativo).
- Permitirá o cadastramento de Conta Contábil, contendo, no mínimo: descrição e situação (ativo ou inativo).
- Permitirá o cadastramento de Apresentação de Produtos/Unidade (Unidade de Estocagem, Unidade de Compra, Unidade de fracionamento), contendo, no mínimo: descrição e situação (ativo ou inativo).
- Permitirá o cadastramento de centros de custo, contendo, no mínimo: código, nome, situação (ativo ou inativo). e possibilidade de definir se o centro de custo é o padrão para carregamento automático nas telas em que for utilizado.
- Permitirá o cadastramento de estoques/sub-estoques.
- Permitirá o cadastramento de localização precisa em níveis no estoque dos materiais/medicamentos.
- Permitirá o cadastramento de tipos de materiais/medicamentos.
- Permitirá o cadastramento de materiais e medicamentos contendo, no mínimo, código, nome, descrição, classificação, grupo, subgrupo, grupo de faturamento, grupo de reposição, subgrupo de reposição, frações de compra e de faturamento, unidades de estocagem, compra e faturamento, antimicrobiano (sim ou não), sujeito a controle especial (sim ou não), uso restrito (sim ou não), exige lançamento de receita na dispensação (sim ou não), ponto de pedido, estoque máximo, estoque mínimo, localização, tipo, preço custo, preço médio, informações técnicas (para descrever especificações), controle de lote (sim ou não), cálculo na prescrição (sim ou não), possui registro na ANVISA (sim ou não) e situação (ativo ou inativo). Caso seja informado cálculo na prescrição sim, o sistema deve obrigar informar a fração de faturamento.
- Proverá meios de visualizar junto ao cadastro de materiais/medicamentos a posição atual de seu estoque dentro do sistema de gestão da saúde a fim de otimizar o lançamento das dispensações através de consulta de saldos de estoque atuais detalhando quantidade de materiais e medicamentos, além dos lotes disponíveis.
- Proverá a posição atualizada do estoque, permitido selecionar o estoque, grupo de materiais/medicamentos ou individuais. Possibilidade de selecionar todos os itens ou somente com estoque maior que zero. Deve ter opção de ordenar as colunas que compõe a visualização.
- Permitirá a emissão do relatório de reposição de estoque, onde apresenta a posição de

estoque atual (disponível), estoque máximo cadastrado, o cálculo da diferença entre os dois (máximo e disponível), e a previsão de Consumo médio.

- Sistema preparado para dispensação por código de barras, com configuração dos estabelecimentos de saúde (estoques) que utilizarão o recurso.
- Permitirá alterar os valores previamente calculados.
- O sistema permitirá requisição de materiais/medicamentos, podendo informar um ou mais materiais/medicamentos em uma única requisição. Devendo permitir a impressão completa da requisição.
- O sistema irá contemplar rotina para balanço, prevendo mecanismos para abertura e fechamento de balanço.
- O sistema contemplará o registro das informações levantadas nos balanços por material/medicamento, podendo filtrar por grupo, subgrupo, descrição, código, visualizar lotes com validade vigente e todos os lotes com estoque maior que zero com possibilidade de alterar.
- O sistema permitirá a emissão de relatório de listagem para balanço contemplando o código, a descrição, o lote e a validade do material/medicamento e quantidade registrada no sistema, conforme modelo a ser fornecido pelo setor responsável.
- O sistema permitirá o lançamento de transferências entre estoques, contendo no mínimo: data, materiais/medicamentos com suas quantidades, lotes, validades, valores monetários vinculados (valor unitário, valor médio, etc.), valor total, estoque de origem e estoque destino. Deve haver recurso que permita confirmar a finalização do lançamento da transferência.
- O sistema permitirá que durante o lançamento de transferências seja possível visualizar para cada item o histórico das transferências anteriores (com lote, validade, data e quantidade).
- O sistema contemplará busca de transferências anteriores, onde deve ser possível filtrar pelo identificador da transferência, estoque de origem, estoque destino e data.
- O sistema contemplará rotina para confirmação da transferência entre estoques, contendo no mínimo estoque de origem, data, observação, usuário, código, material/medicamento, lote, validade e quantidade. Com possibilidade de selecionar os itens a serem confirmados, podendo rejeitar itens recebidos em desacordo (físico diferente do virtual).
- O sistema possibilitará a impressão da transferência antes e depois de realizar a confirmação, com opção de listar apenas itens aceitos, rejeitados ou ambos.
- O sistema permitirá o lançamento de saídas de materiais/medicamentos por centro de custo. Contendo no mínimo: data, material/medicamento, quantidade, lote, validade, valor unitário, valor total, estoque de origem (o que o usuário está logado) e centro de custo.

- O sistema ofertará rotina que permita a busca de saídas por centro de custo.
- Possibilitará filtrar no mínimo pelo identificador da saída, data e centro de custo.
- Possibilitará alteração das quantidades no momento da dispensação.
- As funcionalidades de lançamento de saídas proverão o registro de observações, sempre armazenando o registro do profissional que efetuou a movimentação.
- O sistema ofertará comprovante de requisição e do comprovante da dispensação, de acordo com modelo a ser fornecido pela CONTRATANTE.
- O sistema permitirá a impressão do comprovante de requisição e do comprovante da dispensação prevendo espaço para assinatura do profissional dispensador.
- Nos lançamentos que envolvam movimentações de estoque o sistema irá selecionar automaticamente o lote a vencer primeiro, com possibilidade de alterar o lote.
- O sistema não contabilizará como consumo as devoluções e perdas registradas.
- Emitir relatório de saídas, identificar as dispensações que ocorreram filtrando por tipo, período, profissional que prescreveu, material/medicamento, estoque e/ou login que dispensou, e listando os pacientes com seus respectivos itens.
- Emitir um relatório de utilização por profissional, onde será possível identificar os medicamentos/materiais mais receitados por profissional filtrando por período, estoque, profissional e listando todos os medicamentos/materiais, forma de apresentação e suas quantidades.
- Emitir um relatório de lote por validade, onde relaciona os materiais/medicamentos em ordem cronológica de vencimento, com possibilidade de selecionar o grupo de materiais e medicamentos, o período de validade, e todos os lotes ou somente aqueles com estoque maior que zero.
- Emitir um extrato por material/medicamento, onde fornece a movimentação do material/medicamento por competência, com informações sobre saldo inicial, saldo final, relação das saídas e entradas, tipos de saídas e entradas, quantidades, preço médio.
- Emitir o relatório de entrada por material/medicamento, onde fornece a relação de entradas de material/medicamento, contempla no mínimo as seguintes informações: data, material/medicamento, fornecedores, quantidades e valores.
- Emitir o relatório de transferência entre estoque, relaciona as transferências ocorridas em determinado período, estoque origem e estoque destino e relação de itens.
- Emitir o relatório de consumo por curva ABC, relaciona o consumo dos materiais/medicamentos de acordo com a curva ABC (valores ou quantidades), de determinado período e grupo de materiais/medicamentos, podendo ser obtido de cada estoque individual ou somatório de todos.
- Emitir o relatório de consumo por grupo de reposição, fornece o histórico de consumo de

determinado grupo de material/medicamento, mês a mês, dos últimos seis ou doze meses e a média de consumo. Pode ser por estoque individual ou coletivo. Permitir cruzar as informações de onde o relatório está sendo gerado com o consumo dos demais estoques. Possibilidade de gerar o relatório com ou sem a informação do ponto de pedido, deve ser possível selecionar os centros de custo e saída por paciente a serem consideradas no consumo.

- Emitir o relatório de balanço, relaciona as informações oriundas dos inventários, relação de materiais/medicamentos, quantidades, cálculo do erro e acuracidade.
- Emitir o relatório de transferências podendo filtrar por situação (confirmadas, rejeitadas, pendentes, etc.) e período. Permite visualizar todas as transferências, contendo estoque de origem, estoque destino, período, número do documento, observação e usuário responsável pela requisição.
- Emitir o relatório de consumo por material/medicamento por centro de custo, onde permita visualizar o consumo histórico de 6 meses ou um ano (mês a mês) por serviço (com opção de visualizar todos os serviços no mesmo relatório) de determinado material/medicamento.
- Emitir o relatório de previsão de falta, com base na média de consumo histórico, discrimine os itens que provavelmente entrem em falta em período a ser selecionado (30, 60, 90 dias, etc.).
- Permitirá cadastrar produtos de acordo com os grupos, por exemplo: medicamentos, material médico-hospitalar, material odontológico, material de expediente, higiene e limpeza, etc.
- Opção de cadastro de Subgrupo e Subclasse para cada grupo ou produto.
- Permitirá informar o estoque mínimo, estoque máximo e estoque de controle para cada produto em cada unidade que o mesmo se encontre para dispensação ou transferência.
- Possuirá nome químico e nome comercial marca do respectivo fabricante quando da entrada da nota fiscal.
- Cadastro da Apresentação (Ex.: Comprimido, cápsulas, injetáveis, unidades, pasta, creme...).
- Cadastro de Concentração (Ex.: 100mg, 200mg...).
- Classificação terapêutica principal (Anti-hipertensos, hipoglicemiantes, antiácidos).
- Controlar lote e validade opcional de acordo com o tipo do produto no cadastro do produto.
- Controle do Tipo de distribuição (se saída por transferência ou pelo paciente na farmácia).
- Cadastro da Logística do Estoque contendo: Observação, Rua, Quadra, Estante, Lado.
- No cadastro do produto conter o estoque mínimo para o período pré-determinado em dias.
- Cadastro de fornecedor completo com endereço, razão social, CNPJ.
- Cadastro de Fabricantes lotes e validades deverão ser atrelados à entrada da nota fiscal

 **agir** 

bem como o valor do produto.

- Na solicitação o sistema informará: unidade solicitante, setor, unidade distribuidora, data e produtos.
- Na distribuição origem do estoque serão ofertados apenas os pedidos concluídos mostrando o estoque do respectivo produto na unidade solicitante, após a distribuição o sistema deverá gerar um guia com a relação dos produtos lotes e validades na forma de declaração de recebimento este guia deverá acompanhar o produto até o destino para conferência e assinatura pelo responsável.
- Quando da distribuição através do sistema ele selecionará o produto do estoque de origem e armazenar em forma de quarentena virtual para posterior confirmação pela unidade de destino podendo o recebedor do produto fazer a confirmação parcial ou total estornando o produto a quarentena.
- O sistema deverá permitir padronizar produtos para cada unidade de forma que: uma unidade básica só visualize e possa pedir produtos padronizados para aquela unidade básica.
- Cadastrar múltiplos almoxarifados, unidades e setores dentro de uma unidade de saúde.

2.18 Gestão de SADTs e Diagnósticos por Imagens

Composto por um conjunto de serviços e procedimentos especializados e oferecidos pelas instituições de saúde, clínicas e laboratoriais para auxiliar no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes; contribui significativamente para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes, além de apoiar a eficácia e segurança dos cuidados prestados. Já o diagnóstico por imagens é uma ferramenta valiosa na prática médica, fornecendo informações essenciais para o diagnóstico precoce, orientação de procedimentos, monitoramento da progressão da doença e efetividade na eficácia do tratamento.

- O módulo laboratório de análises clínicas deverá permitir minimamente gerir as seguintes etapas da solicitação a entrega do resultado de exame: Recebimento do material biológico no laboratório (Coleta), Emissão de mapas de trabalho, Digitação do resultado dos exames, Confirmação eletrônica do resultado e a liberação ou entrega do exame para o destinatário.
- Será integrado com o cadastro único de pacientes e profissionais de saúde.
- Permitirá o cadastro de todos os exames e itens de exames, bem como listar tipos de materiais de coleta e métodos.
- Permitirá controle de coleta de exames informando o nome do paciente e estabelecimento prestador, exibindo os exames da data da coleta.
- Exibirá na coleta de exames os registros ou agendamentos de exames para coleta, exibindo o código, descrição do exame, data do agendamento, data prevista para o exame, e o

agir



nome do estabelecimento solicitante.

- Emitir etiqueta de código de barras na coleta do exame, identificando na etiqueta o primeiro nome do paciente, código do agendamento, abreviação da descrição do exame para identificação.
- Permite emissão de folhas ou mapa de trabalhos para preenchimento manual com agrupamento de exames.
- Permitirá a qualquer momento a inserção de exames na lista do prestador, bem como parametrizações de métodos, materiais de coleta, valores de referência na respectiva configuração dos laudos de exames.
- Permite a entrada de resultados manuais exibição bem como a exibição em destaque de valores de resultados digitados fora dos valores máximos e mínimos de referência.
- Será visível os respectivos resultados dos exames confirmados dentro do módulo Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP); sendo possível ser acessado de qualquer setor/estabelecimento de saúde pelos usuários operadores com privilégios de acesso ao sistema.
- Sistema bloqueará a impressão dos resultados de exames ou exibirá uma indicação de que os mesmos não estejam confirmados e liberados para entrega.
- Permite confirmação eletrônica do resultado, registrando data, hora e profissional que confirmou o exame.
- Sistema exibirá no rodapé da página do resultado de exame a data e hora da confirmação bem como o usuário que gerou a impressão do resultado.
- Sistema ofertará relatórios estatísticos de produção por Unidade e Profissional solicitante dos exames, bem como dos Estabelecimentos Prestadores/Executantes dos exames.
- Possuirá módulo de consulta de resultados de exames restritos.
- Controle do processo de entrega de resultados dos exames aos pacientes, gerando um registro de controle de entrega registrando num campo de texto livre quem fez a retirada dos exames, ou escolhendo uma opção para registrar que o próprio paciente retirou ou foi entregue os respectivos exames.
- Relatório estatístico de produção identificando quantidades e valores dos exames, exibindo no mínimo a seguintes informações de quantidade de cada exame e valor, ou agrupando os mesmos dentro do grupo e subgrupo de exames.
- Permitirá o agendamento de exames através da inserção manual dos dados para respectiva autorização de exame, com pelos menos os seguintes campos: Unidade Solicitante, Paciente, Profissional Solicitante, tipo de exame Laboratorial ou não Laboratorial, Unidade Prestadora/Executante, os itens de exames, quantidade, data e hora prevista da realização.
- Permitir o agendamento de exames através da guia de requisição de exames emitida no

atendimento do prontuário eletrônico.

- Na guia de autorização ou registro dos exames deve ser possível a inserção de observações ou orientações de preparo para realização de cada exame, essas informações devem estar visíveis na guia de autorização dos exames para o paciente.

2.19 Gestão de Painéis eletrônicos

Será ofertado para facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes, proporcionando uma forma eficiente de gerenciar e anunciar chamadas para consultas, exames, procedimentos ou outras atividades agendadas. Responsável por organizar e gerenciar o fluxo dos pacientes será uma ferramenta essencial para estabelecer um fluxo eficiente de comunicação, sendo clara e transparente, melhorando substancialmente a experiência do paciente em ambientes de saúde. Serão ofertadas as seguintes funcionalidades:

- O Módulo permitirá a visualização de Painel Eletrônico compatível browsers "navegadores de internet" mais comuns do mercado como Mozilla Firefox versão 60.0 ou superior bem como Google Chrome versão 67.0 ou superior, possibilitando a extensão do referido painel para um monitor ou TV visível para os usuários do serviço (pacientes) em formato de uma nova janela do browser/navegador que seja independente da janela principal de operação do usuário sistema.
- O módulo possibilitará o controle do fluxo de "Filas" de pacientes que estejam aguardando atendimento de serviços de saúde ofertados no respectivo estabelecimento, sejam eles por exemplo: Agendamento de Consultas, Agendamento de Exames, Entrega de Exames, Procedimentos Ambulatoriais, Atendimento Odontológico entre outros.
- Possibilitará um cadastro de Guichê ou setor para referenciar o tipo de atendimento realizado no respectivo Guichê ou setor.
- Possibilitará um cadastro de Tipos de Atendimentos onde seja possível o cadastramento de uma abreviação ou sigla, a descrição do atendimento, e o vínculo com a unidade saúde que esse atendimento gerado pertence, bem como permitir definir se esse tipo de atendimento estará ou não vinculado ao painel do sistema visível pelo Totem de autoatendimento, sistema deve permitir gravar, editar e excluir tipos de atendimento quando necessário.
- Possibilitará um cadastro para geração das senhas, referenciando qual o estabelecimento/unidade de saúde pertencem a respectiva geração das senhas, bem como o tipo de atendimento, a data da geração e validade das senhas, hora inicial e hora final de validade das senhas, bem como o número inicial e número final de senhas geradas, sistema deve possibilitar também a geração de senhas com nível de prioridade Normal, Senhas Prioritárias (Gestantes, Idosos até 79 anos, Pessoas com crianças de colo, Portadores de necessidades especiais) e Senhas Prioritárias + (Pacientes com mais de 80

agir



anos), bem como permitir a exclusão das senhas geradas para reconfiguração se necessário.

- Organizará as filas de espera de acordo com a retirada de senhas que pode ser pelo próprio paciente escolhendo a opção do atendimento através de totens de autoatendimento e ou distribuições manuais de fichas de controle de filas, que devem ser acompanhadas o chamamento das fichas através de um Painel Público de chamado, devidamente instalado e visível no local de espera das filas dos respectivos pacientes.
- O sistema permitirá chamar a senha exibindo-a no Painel Público pelo número e ou código de abreviação do serviço referenciado, bem como permitir a emissão de sinal sonoro para chamado dos pacientes.
- Para o caso do atendimento médico o sistema permitirá ao profissional do consultório chamar o paciente através do botão de chamado presente na tela da agenda de atendimento de consulta do respectivo profissional, quando o profissional executar o chamado selecionando o paciente escolhido na tela de agenda do profissional, o sistema deverá mostrar o nome do usuário (paciente), a sala ou consultório e nome do profissional que está chamando para atendimento, sendo essas informações exibidas no Painel de Chamado devidamente instalado nos locais de espera dos pacientes.
- O sistema emitirá um sinal sonoro e mostrar no mínimo as últimas 03 chamadas na tela do Painel de Chamado de Senha.

3. Características gerais das soluções

A solução deverá ser distribuída em linguagem totalmente WEB com acesso multiplataforma.

- O sistema será multiplataforma, homologado para SGBD – Sistema Gerenciador de Banco de Dados.
- A solução homologada para hospedagem em nuvem (datacenter).
- O Sistema homologado para operar através de navegadores como: Internet Explorer, Mozilla Firefox, Google Chrome, preferencialmente no Cent Browser etc., não sendo necessária a instalação de quaisquer outros aplicativos nas máquinas clientes, nem utilizado emuladores, exceto suas instalações nos servidores.
- Permitirá cadastrar novas unidades de saúde, com todas as configurações padrão CNES.
- Armazenará registro de auditoria das transações, mantendo o histórico de inserção, alteração e exclusão (exclusão lógica).
- Possui tela para controle e armazenamento os logs de erro do sistema em tabela de banco de dados.
- Permitirá realizar pesquisa fonética, facilitando na identificação do paciente em quaisquer módulos do sistema.



- Onde houver a necessidade da identificação do paciente dentro de um módulo do sistema, será permitido a realização de busca por CPF, nome do paciente, nome social, data de nascimento e nome da mãe.
- Possuirá campo de pesquisa para busca de módulos, relatórios etc.
- Exibirá de forma clara a versão utilizada, diretamente na tela de início sem a necessidade de pesquisar em outras fontes, aplicativos, etc...
- Possuirá administração de configurações mínimas como:
 - Parametrização de procedimentos de atendimento;
 - Parametrização de impressões de guias;
 - Parametrização de configurações básicas para utilização do sistema;
- Não registrará nenhum tipo de solicitação, requisição, inclusão em listas para pacientes inativos (configurável).
- Itens de cadastros que estejam desativados não estará disponível para lançamento de novos itens, apenas para visualização de registros que eles estejam vinculados.
- Permitirá controle de grupos de acesso, perfis e permissões para o usuário do sistema.
- Permitirá vincular dados padrões para o perfil do usuário, gerando o preenchimento automático de informações em determinados módulos do sistema de acordo com seu nível de permissão.
- Não exigirá a instalação de plug-ins, emuladores ou runtimes para sua utilização, exceto nos casos em que seja necessário para o acesso a dispositivos como leitores biométricos, impressoras (cartão, etiqueta, etc), leitoras/tokens de eCPF/e-CNPJ, etc...
- A interoperabilidade com outros sistemas por meio de serviços baseados em API REST.
- Possuirá dicionário de dados com todas as tabelas do sistema.
- Permitirá customizar cabeçalho e rodapé das guias.
- Disponibilizará cadastro de avisos, definindo período da notificação e armazenando o histórico dos avisos já expirados.
- Auditoria de uso do sistema, onde será possível ver as últimas inclusões ou alterações feitas nos seguintes módulos: o Agendamento de serviços, convênio, profissional, unidade de saúde, contrato de prestador e paciente, permitindo minimamente visualizar a data da revisão, tipo de revisão e qual usuário alterou o item.
- Proverá o controle efetivo do uso do Software, com segurança contra a violação dos dados ou acessos indevidos às informações, através do uso de senhas permitindo a configuração das permissões de acesso individualizadas por usuário, grupo de usuários e função.
- O software formará um conjunto operacional totalmente integrado, de forma "on-line" constando de um banco de dados único.

- A integração de dados do Software garantirá que a informação seja alimentada uma única vez, compartilhando os arquivos e tabelas entre suas partes: sistemas, módulos ou funções.
- Possuirá teste de consistência de dados de entrada, evitando que erros sejam cometidos pelo usuário sempre que possível, tais como "data da consulta inválida, cadastro de usuários com dados obrigatórios faltantes, cadastro de profissional com dados obrigatórios faltantes".
- Possuirá alertas sobre risco ao executar ações, solicitando a confirmação do usuário.
- Impedirá alterações de informações de acordo com os níveis de permissões de cada usuário.
- Impedirá que lançamentos sejam efetuados em períodos encerrados.
- O Software não irá impor interrupções no trabalho dos usuários, sendo configurável seu bloqueio ou não de cada função.
- Possuirá atualização on-line dos dados de entrada, permitindo acesso as informações atualizadas imediatamente após a entrada de novos dados, sendo os relatórios também atualizados imediatamente.
- Manterá histórico de alterações e logs das ações de cada transação, discriminando usuário, data e hora das alterações.
- O sistema possibilitará o cadastro e gerenciamento de várias unidades de Saúde, Equipes de Saúde da Família, possibilitando o controle de acesso de cada usuário de acordo com sua unidade e permissões.
- O Sistema poderá ser acessado por senhas pessoais, restritivas e programáveis a todos os módulos e ter seu uso compartilhado por mais de um usuário de forma concomitante.
- As permissões de acesso ao sistema deverão ser liberadas por usuários e unidades, garantindo o total controle de acesso ao mesmo. Quando o usuário "logar-se" o sistema solicitará qual unidade este irá trabalhar.
- Será fornecido acesso ao banco de dados com o fornecimento da documentação (dicionário de dados) sem custo adicional, assim possibilitando a criação de aplicativos próprios.
- Oferecerá a todos os usuários opção para alteração de senha.
- Fornecerá opção para criação de grupos de permissões por usuário (ponto de acesso) sendo separados por unidade de Saúde.
- Disponibilizará correio interno para comunicação usuário X usuário, comunicação por grupos de permissões ou comunicação em massa para todos os usuários do sistema.
- Quanto aos requisitos de licenciamento, a aquisição da licença garante acesso a todas as funcionalidades do sistema, além de atualizações regulares e suporte técnico.
- Quanto aos requisitos de licenciamento, a licença de uso é individual, ou seja, cada usuário

do sistema precisa de uma licença própria.

- Quanto aos requisitos de licenciamento, a licença de uso inclui o direito de receber atualizações do sistema. Essas atualizações podem incluir melhorias de desempenho, correções de bugs e novas funcionalidades.

4. Monitoramento/Gestão de Dados na Saúde.

A prática da tomada de decisões impulsionada por dados (DDDM, do inglês "*data-driven Decision Making*") consiste em utilizar fatos, estatísticas e dados para direcionar escolhas estratégicas no ambiente comercial, alinhando os objetivos, metas e iniciativas da empresa. Essa abordagem permite que as empresas tomem decisões mais precisas e acertadas, com base em informações objetivas e atualizadas, em vez de depender apenas da intuição ou suposições.

A eficácia da abordagem fundamentada em dados está intrinsecamente vinculada à qualidade dos dados encontrados e à precisão de sua análise e interpretação.

A implementação efetiva da tomada de decisão orientada por dados exige a interseção vital entre tecnologia, pessoas e processos. A tecnologia desempenha um papel crucial na coleta, armazenamento e análise de dados em larga escala, enquanto a interpretação e aplicação desses dados para embasar decisões fundamentais são responsabilidades das pessoas. Paralelamente, a definição e o aprimoramento de processos são essenciais para garantir a consistência e confiabilidade na coleta e análise das informações. Em resumo, tecnologia, pessoas e processo são componentes críticos para a implementação bem-sucedida da tomada de decisão orientada por dados.

A AGIR possui um Centro de Excelência Operacional (e-AGIR) onde trabalha com a Ciência de Dados.

A busca pela excelência em dados é o foco central do e-AGIR. Os dados são ativos valiosos que impulsionam inovação e crescimento quando gerenciados adequadamente. A AGIR assume a abordagem centrada em dados, priorizando práticas éticas e transparentes na coleta, processamento e análise de dados, visando a excelência operacional.

O e-AGIR é um centro de excelência que tem como objetivo reunir, padronizar e disseminar as informações estratégicas referentes as operações realizadas na AGIR e Unidades gerenciadas, por meio de dados e indicadores. Compete ao e-AGIR explorar e disseminar a cultura de decisão corporativa baseada em dados, definindo macro atividades desenvolvidas no setor e promovendo os produtos criados, fornecer aos seus stakeholders soluções inteligentes.

Como objetivo, gerar soluções por meio da compreensão de problemas reais, empregando o pensamento crítico e a análise. cria oportunidades para insights importantes sobre diversas



questões no cotidiano que incluem, por exemplo, o entendimento dos custos operacionais, a avaliação de dados clínicos, aperfeiçoamento de diagnósticos e tratamentos e a identificação da causa de eventuais falhas de maneira mais rápida e assertiva.

A presença de tecnologias inovadoras em saúde permite que o relacionamento entre médico, paciente seja cada vez mais eficiente, tendo como base a personalização e à integração de dados. Por meio da análise dos dados coletados, é possível realizar a gestão da jornada do paciente em todo o processo, desde o atendimento na consulta até a central de relacionamento.

Com a disponibilidade de diversos bancos de dados, com o alto volume de informações digitais sendo produzidas diariamente é possível maior assertividade nas análises e apoio a gestão e saúde. São diversas as aplicações para a ciência de dados na gestão em Saúde, que vão desde o backoffice das instituições até a área assistencial.

O e-AGIR segue o ciclo de vida dos projetos de dados da metodologia CRISP-DM (*Cross-Industry Standard Process for Data Mining*), que é uma estrutura a qual orienta as etapas envolvidas na criação, desenvolvimento e implementação de projetos de ciência de dados. A metodologia CRISP-DM é amplamente reconhecida na indústria como um padrão para projetos de mineração de dados e análise de dados. O ciclo de vida dos projetos de dados, conforme a metodologia CRISP-DM, é composto por seis fases distintas:

- **Entendimento do Negócio (Business Understanding):** Nesta fase inicial, o objetivo é entender profundamente o problema de negócio e os objetivos do projeto. Isso envolve identificar os requisitos, os stakeholders envolvidos e as métricas de sucesso. Durante essa etapa, as questões relacionadas à coleta, processamento e uso dos dados são esclarecidas para garantir que o projeto esteja alinhado com os objetivos organizacionais.
- **Entendimento dos Dados (Data Understanding):** Nesta fase, é explorada os dados disponíveis para entender sua qualidade, relevância e potencial para responder às perguntas de negócios. Isso envolve a identificação de lacunas nos dados, a avaliação da sua integridade e a definição de métodos de pré-processamento
- **Preparação dos Dados (Data Preparation):** Aqui, os dados são limpos, transformados e preparados para análise. Isso inclui tratamento de valores ausentes, normalização, seleção de recursos relevantes e, se necessário, criação de novas variáveis. O objetivo é garantir que os dados estejam prontos para serem usados nos modelos e análises subsequentes.
- **Modelagem (Modeling):** Nesta fase, você desenvolve modelos preditivos ou analíticos com base nos dados preparados. Diferentes técnicas são exploradas e avaliadas para encontrar a abordagem mais eficaz para resolver o problema. Os modelos são treinados e ajustados usando conjuntos de treinamento e validação.
- **Avaliação (Evaluation):** Após criar os modelos, eles são avaliados usando conjuntos de

teste independentes para medir sua eficácia e desempenho. Isso envolve métricas de avaliação relevantes para o problema, como precisão, recall, F1-score, etc. A análise crítica dos resultados ajuda a selecionar os melhores modelos.

- **Implantação (Deployment):** Na fase final, os modelos selecionados são implantados para uso operacional. Isso pode envolver a integração dos modelos em sistemas existentes, a criação de painéis interativos ou a incorporação dos resultados em processos de negócios. A monitorização contínua é crucial nesta fase para garantir que os modelos continuem sendo eficazes ao longo do tempo.

Em destaque para a fase 'Extração' (extração, transformação e carga ETL), é utilizado da arquitetura do *Data Warehouse DW*, uma solução de *business intelligence* onde os dados são estruturados para ficarem disponíveis em um formato pronto para atividades de processamento analítico. É uma coleção organizada por tema, integrada, variável no tempo, não volátil e que oportuniza a atualização dos dados após programação em tempo real.

Para visualização dos dados é utilizado uma plataforma de *business intelligence* moderna desenvolvida pela *Tableau Software*, destinada à análise e visualização de dados. Comumente utilizado em ambientes corporativos e acadêmicos, o Tableau permite aos usuários conectar-se a uma ampla variedade de fontes de dados, como bancos de dados relacionais, planilhas, serviços de nuvem e outras fontes, para criar visualizações interativas e painéis de controle dinâmicos.

A ferramenta é projetada para usuários de todos os níveis de habilidade, desde iniciantes até analistas de dados avançados, oferecendo uma interface intuitiva e recursos poderosos para explorar, analisar e compartilhar insights a partir de conjuntos de dados complexos. Por meio de sua abordagem baseada em arrastar e soltar, os usuários podem criar rapidamente gráficos, mapas, tabelas e outros elementos visuais, permitindo uma compreensão mais profunda dos dados e facilitando a comunicação de informações cruciais para tomadas de decisão informadas.

A plataforma oferece uma ampla gama de recursos, incluindo:

- Conectividade de dados flexível: Integração com uma variedade de fontes de dados, incluindo bancos de dados relacionais, serviços na nuvem, arquivos locais e outros.
- Ferramentas de visualização avançadas: Capacidade de criar uma variedade de gráficos, incluindo gráficos de barras, linhas, dispersão, mapas geográficos e muito mais, com opções avançadas de personalização.
- Funcionalidades de análise avançada: Inclui capacidades analíticas avançadas, como previsão, modelagem estatística e cálculos complexos, para explorar dados de forma mais aprofundada.
- Interatividade e *dashboarding*: Permite a criação de painéis de controle interativos e

dinâmicos, nos quais os usuários podem interagir com os dados e explorar diferentes cenários.

- **Colaboração e compartilhamento:** Facilita o compartilhamento de visualizações e painéis de controle com colegas de trabalho, clientes e outras partes interessadas, por meio da publicação em servidores locais ou na nuvem.

A ferramenta de visualização de dados desempenha um papel fundamental no monitoramento e gestão de informações, permitindo a extração de insights significativos a partir de conjuntos de dados complexos. Sua funcionalidade é essencial para comunicar descobertas de maneira clara, eficaz, em tempo real e de fácil acesso, proporcionando uma compreensão visual intuitiva que facilita a tomada de decisões informadas.

Os produtos desenvolvidos pelo e-AGIR totalizaram mais de 200 painéis, aproximadamente mais de 2.000 indicadores. O uso de indicadores na tomada de decisões oferece uma série de benefícios significativos para organizações. Dentre eles podemos citar:

- **Orientação para metas e objetivos:** Os indicadores fornecem uma maneira tangível de medir o progresso em direção a metas e objetivos específicos. Eles ajudam a quantificar o desempenho atual em relação às metas estabelecidas, permitindo que as partes interessadas identifiquem áreas de sucesso e aquelas que exigem melhorias. Isso ajuda na definição de prioridades e na alocação eficiente de recursos para atingir metas estratégicas.
- **Facilitação da análise e do planejamento:** Os indicadores oferecem uma base objetiva para a análise e o planejamento. Eles ajudam na identificação de tendências, padrões e áreas problemáticas, permitindo que os decisores ajam proativamente para resolver questões ou capitalizar oportunidades. Ao analisar dados históricos e tendências, a organização pode fazer previsões mais precisas e tomar medidas preventivas ou corretivas conforme necessário.
- **Melhoria do desempenho e da responsabilização:** O uso de indicadores promove uma cultura de responsabilidade e melhoria contínua dentro de uma organização. Ao acompanhar regularmente os indicadores-chave de desempenho (KPIs) e comparar o desempenho atual com os objetivos estabelecidos, as equipes são incentivadas a se esforçar para alcançar melhores resultados. Além disso, os indicadores transparentes e facilmente compreensíveis promovem uma maior prestação de contas entre os membros da equipe e as partes interessadas, ajudando a garantir que todos estejam alinhados com os objetivos organizacionais.

Esses benefícios destacam a importância dos indicadores na orientação estratégica, na análise informada e na promoção do desempenho eficaz das organizações.

Os serviços desenvolvidos pelo e-AGIR vem agregar e fortalecer a inteligência gerida pela instituição. Dentre os serviços desenvolvidos, podemos elencar:


agir

- **Business Intelligence (BI):** combina análise empresarial, mineração de dados, visualização de dados, ferramentas/infraestrutura de dados e práticas recomendadas para ajudar as organizações a tomar decisões impulsionadas por dados, por meio de Dashboards/Painéis, com indicadores estratégicos, táticos e operacionais, construídos com uma modelagem intuitiva, facilitando o monitoramento, tomada de decisão e planejamento de ações;
- **Relatórios analíticos:** Por meio de dados qualitativos e quantitativos elaborados com técnicas de engenharia de dados para maior facilidade e assertividade nas análises;
- **Inteligência Ativa:** Por meio da utilização do *PDI -Pentaho Data Integration*, integração de dados que oferece uma abordagem visual para a construção de pipelines de dados. Resultando em soluções como *Chatbot* para otimização operacional, automatização de relatórios, tanto quanto interação entre sistemas.
- **Inteligência Artificial (IA):** Principalmente por meio do *machine learning* e aprendizado profundo, usada para análise de dados, previsões e previsão, categorização de objetos, processamento de linguagem natural, recomendações, previsões a fim de apoiar a tomada de decisão, otimização da utilização dos recursos.
- **Análises estatísticas:** Interpretação de modelos preditivos, análises de tendências e padrões, e uma tomada de decisões fundamentadas em dados. Descoberta de padrões, a criação de modelos robustos e a absorção de insights importantes que impulsionam inovações, melhorias em processos e suportam tomadas de decisões embasadas.
- **Informações consolidadas e aprofundadas dos processos,** a fim de pautar a transformação e inovação disruptiva na Gestão em Saúde pautada na Ciência de Dados.

5. Produtos agregados à solução.

A AGIR busca sempre a aplicação da tecnologia da informação e comunicação (TIC) para melhorar a prestação de serviços de saúde, o gerenciamento de informações médicas e a tomada de decisões clínicas, abrangendo uma ampla variedade das áreas e aplicações, incluindo desenvolvimento de sistemas de informações que agregam robustamente nas soluções ofertadas, desempenhando um papel fundamental na modernização e melhoria dos serviços de saúde, garantindo a otimização dos processos, a qualidade, redução de custos, promovendo uma abordagem mais centrada no paciente. Assim sendo serão apresentados ao plano de modernização as seguintes soluções:



5.1. e-AGIR - Sistema de Informações Gerenciais: O e-AGIR é um centro de excelência que tem como objetivo reunir, padronizar e disseminar as informações estratégicas referentes as operações



realizadas na AGIR e Unidades gerenciadas, por meio de dados e indicadores. A estrutura é composta por profissionais especialistas nas áreas de Engenharia de dados, Cientista de dados, Analistas de dados, Tecnologias, Assistência em Saúde, Gestão, Probabilidade e Estatística Avançada. O e-AGIR está situado na sede corporativa da AGIR e conta com estrutura física e recursos tecnológicos que permite elevar o conceito de Gestão em Saúde das instituições gerenciadas.

Compete ao e-AGIR fornecer aos seus stakeholders produtos tais como:

- *Dashboards/Painéis*, com indicadores estratégicos, táticos e operacionais, construídos com uma modelagem intuitiva, facilitando o monitoramento, tomada de decisão e planejamento de ações;
- Relatórios analíticos, elaborados com técnicas de engenharia de dados para maior facilidade e assertividade nas análises;
- Informações consolidadas e aprofundadas dos processos, a fim de pautar a transformação e inovação disruptiva na Gestão em Saúde pautada na Ciência de Dados.

A equipe do e-AGIR é composta por profissionais especialistas nas áreas de Engenharia e Análise de Dados, Tecnologias, Assistência em Saúde, Gestão, Probabilidade e Estatística Avançada. O e-AGIR está situado na sede corporativa da AGIR e conta com estrutura física e recursos tecnológicos que permite elevar o conceito de Gestão em Saúde das instituições gerenciadas.



Figura 59: Painel de Recursos Humanos - Apoio na gestão a nível estratégico e operacional de todos os profissionais que atuam na Agir, tanto celetistas e terceiros.

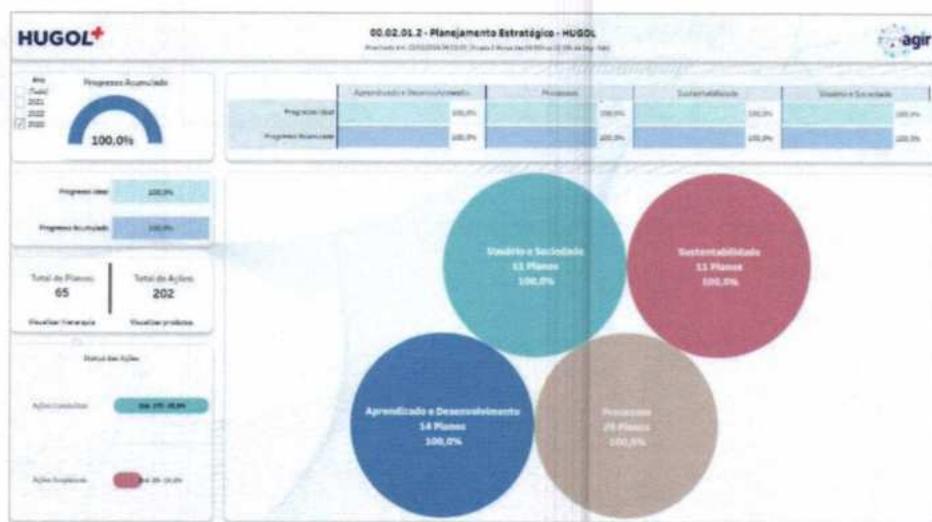


Figura 60: Painel Planejamento Estratégico - Apoio na gestão para otimização no acompanhamento do progresso das ações do planejamento estratégico.



Figura 61: Painéis Parque Tecnológico - Apoio na gestão a nível estratégico e operacional dos equipamentos das unidades, trazendo a disponibilidade, manutenções e possíveis impactos na assistência ao paciente.

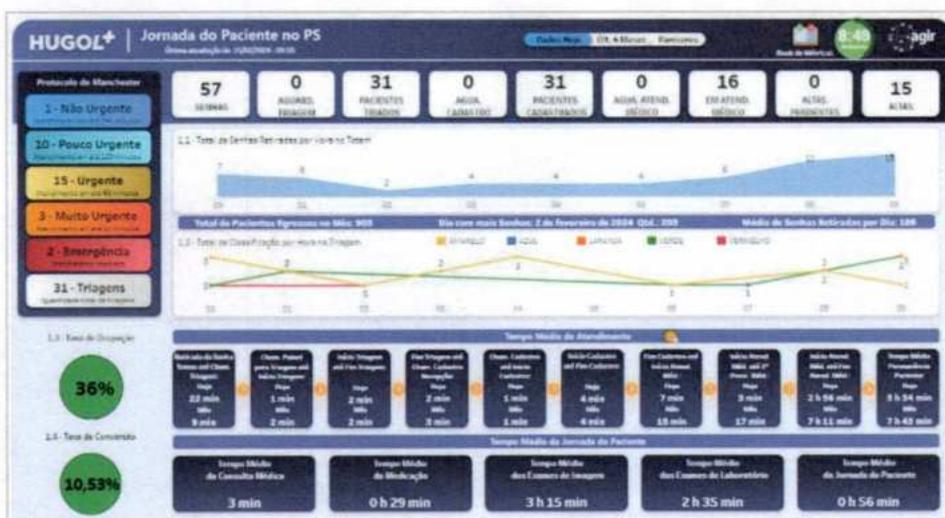


Figura 62: Monitoramento de toda a jornada do paciente durante a sua permanência no PS, visando identificar possíveis pontos de melhoria.



Figura 63: Painéis dos Protocolos Gerenciáveis - Monitoramento dos protocolos assistenciais de SEPSIS, Jejum, TEV e deterioração clínica visando melhor qualidade e segurança na assistência ao paciente durante a internação.



5.2. e-Compras – Sistema de Suprimentos: Visando a manutenção das Unidades gerenciadas, a AGIR realiza todas as aquisições de produtos e serviços por meio do Portal e-Compras, que se trata de uma plataforma web concebida para centralizar todas as informações transacionais em um único software. O portal e-Compras garante, de forma harmônica, a criação de modalidades distintas de negociações e compras, sendo permitidas alternativas de aquisições individuais, conjuntas ou híbridas, aplicadas em formatos tanto de cotação quanto de pregão.



Figura 64 - Portal e-Compras

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2022.



5.3. e-Juris - Gestão de Indicadores Jurídicos: Trata-se de um software desenvolvido para a gestão e monitoramento dos resultados do departamento jurídico da AGIR e unidades geridas, além de garantir controle dos prazos por meio do registro de agenda vinculada ao processo com interface amigável e efetiva.



5.4. Plim – Plataforma de Implantação: Trata-se de uma plataforma desenvolvida pela AGIR que utiliza de tecnologias direcionada para auxiliar processos de implantação de novas Unidades, serviços e gerenciar plano de ação.



5.5. SIGEPI - Sistema Integrado de Gerenciamento de EPIs: É um sistema desenvolvido pela AGIR que utiliza tecnologias modernas

agir

para auxiliar no processo de solicitação e entrega de Equipamento de Proteção Individual - EPI, com registro de assinaturas, relatórios e indicadores. Dos principais benefícios deste sistema, podemos destacar a garantia da entrega assertiva dos EPIs aos profissionais, proporcionando segurança e confiabilidade dos dados relativos ao uso desses equipamentos e promover agilidade no processo das entregas, redução das filas na dispensação, relatórios on-time e redução de gastos com papéis.



5.6. e-SINA – Sistema de Informações Assistenciais: A ferramenta e-SINA, tem o intuito de inovar e modernizar o processo de Prestação de Contas da AGIR. Além de mapear e qualificar os processos de extração de dados/informações de indicadores de desempenho e metas de produção para a prestação de contas dos contratos de gestão, o e-SINA ainda congrega um conjunto de dados e informações que serão essenciais para o planejamento. Esta ferramenta contempla um portfólio de componentes interrelacionados que perpassa pelos processos de coleta, processamento, armazenamento e distribuição da informação, tendo como resultado o apoio ao processo de tomada de decisão e auxiliar no controle, subsidiando a formulação e avaliação das políticas, planos e programas da Instituição.



5.7. Portal AGIR: Portal de trabalho da AGIR, onde está contemplado todos os acessos a sistemas utilizados pela instituição, visualizar notificações/avisos, notícias entre outros, auxiliando o trabalho do colaborador.



5.8. Interact: A AGIR e unidades, utilizam o Suite SA, software para governança corporativa, desenvolvido pela Interact, que de forma integrada e com aplicações modulares, proporcionam diversas funcionalidades, tais como, a estruturação e o acompanhamento do planejamento estratégico, o planejamento e acompanhamento dos projetos, gerenciamento e controle das ocorrências, e o controle e disseminação dos documentos da qualidade, dentre outras funcionalidades.



5.9. GAIO: É uma Plataforma de estruturação de dados que possibilita a visualização das informações relevantes aos tomadores de decisão através dos mais diversos tipos de gráficos e análises. O sistema possibilita a AGIR e interagir com diversos sistemas utilizados em várias frentes de



trabalho, sempre tendo como pilar a Gestão com Excelência em Saúde.



5.10. Tableau: O Tableau oferece conectores nativos criados e otimizados para bancos de dados e arquivos, desde planilhas e PDFs, passando por Big Data, fontes de dados de cubo e bancos de dados relacionais no local ou na nuvem e até mesmo dados de aplicativos ou dados na Web.



5.11. DEP AGIR Dimensionamento Estratégico de Pessoas: Trata-se de um sistema Calculadora para o Dimensionamento da equipe assistencial. O sistema foi desenvolvido para dimensionar o quadro de pessoal adequado, por quantidade e distribuição. Por meio da ferramenta é possível realizar dimensionamento das Unidades de Internação, Centro Cirúrgico, Centro de Materiais e Esterilização, Saúde Mental, Hemodiálise, Centro de Diagnósticos, Atenção Primária e Unidades Especiais, Serviços de Atenção Domiciliar, seguindo como parâmetro as resoluções vigentes e praticadas legalmente nas diversas modalidades assistenciais.



5.12. TOTVS RM: A AGIR utiliza o Sistema RM desenvolvido pela TOTVS, empresa líder no mercado de ERPs no Brasil, e trata-se de uma ferramenta de gestão de RH capaz de promover, em conformidade com a legislação e com a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, o controle das rotinas de processamento do departamento pessoal, segurança e saúde ocupacional, recrutamento, seleção, treinamento e desenvolvimento humano, possibilitando cadastrar informações importantes para as entregas das obrigações trabalhistas, incluindo o processamento da folha de pagamento, extração e análise dos dados, emissão de relatórios e apresentações gerenciais.

O Sistema RM faz o gerenciamento de RH, transformando a gestão de pessoas em uma atividade estratégica. Ele permite administrar com eficiência todas as subáreas, reduzir custos do departamento e automatizar os processos, desburocratizando as rotinas de administração de pessoal da AGIR e. Através dos cadastros e registros mantidos na ferramenta, a OSS alcança maior segurança das informações, viabilizando um controle sobre o negócio, o que auxilia nas tomadas de decisão e garante resultados mais assertivos, desde o planejamento até a execução.

agir



5.13. KPIH/Planisa: O *Key Performance Indicators for Health* – KPIH é a plataforma de apuração e Gestão Estratégica de Custos, da empresa Planisa, que presta o serviço de Consultoria de Gestão de Custos em Saúde, à AGIR e em suas unidades. O KPIH é uma plataforma web de indicadores de performance de saúde e gestão de custos, que permite fazer a gestão de forma simples, concisa e rápida. A metodologia utilizada na apuração é padronizada, sendo o custeio por Absorção, em que os dados são avaliados rigorosamente pela Central de Análise da consultoria e inseridos no sistema KPIH, permitindo assim, a emissão de relatórios, dashboard e benchmark.



5.14. RealBlood: É um sistema para gerenciamento de Hemocentros, Bancos de Sangue e Agências Transfusionais. Possibilita ao processo o controle total do ciclo do sangue.



5.15. GLPI: É um sistema para o gerenciamento de ativos dos processos e demandas da Tecnologia da Informação que possibilita o rastreamento de problemas e central de serviços.

6. GESTÃO DE VIDEOMONITORAMENTO

A AGIR possui o mais alto padrão de qualidade em comunicação tecnológica em projetos de segurança eletrônica, levando aos nossos clientes o conceito e a importância dos benefícios da implementação de sistema de câmeras de vigilância com IA (inteligência artificial) embarcada nas Unidades de Saúde Gerenciadas.

A combinação de tecnologia avançada e segurança é fundamental para garantir um ambiente ainda mais protegido e eficiente. As câmeras com IA possibilitam a detecção proativa de comportamentos suspeitos, ameaças potenciais e situações de risco, permitindo uma resposta antecipada a eventos indesejados. A capacidade de analisar padrões e comportamentos por meio da inteligência artificial contribui para identificar potenciais problemas de segurança e prevenir incidentes.

A tecnologia de reconhecimento facial pode auxiliar na identificação rápida de pacientes, visitantes e funcionários, fortalecendo o controle de acesso e a segurança nas dependências da Unidade. A análise em tempo real das imagens captadas pelas câmeras com inteligência artificial proporciona um monitoramento mais eficiente e preciso das áreas críticas. Além dos benefícios em segurança, a implementação do sistema de câmeras com IA trará impactos positivos na gestão operacional, permitindo uma melhor organização do fluxo de pessoas e



recursos.

Em resumo, a implementação do sistema de câmeras de vigilância com IA representa um avanço significativo na segurança das Unidades Gerenciadas, proporcionando um ambiente mais protegido, eficiente e tecnologicamente preparado para os desafios atuais.

6.1. TECNOLOGIA ADERIDA AO VIDEOMONITORAMENTO

Sistema de videomonitoramento é um conjunto de equipamentos e tecnologias que permitem a captura, transmissão e visualização de imagens em tempo real. Esses sistemas podem ser compostos por câmeras de segurança, gravadores de vídeo, monitores e softwares específicos para controle e análise das imagens capturadas. A solução de CFTV (Circuito Fechado de Televisão) IP é um sistema de videomonitoramento que utiliza câmeras de segurança conectadas à rede IP para capturar e transmitir imagens em tempo real. As câmeras IP são capazes de enviar as imagens diretamente pela rede, permitindo o acesso remoto a partir de qualquer dispositivo conectado à internet. Essa solução oferece diversas vantagens, como maior qualidade de imagem, flexibilidade na expansão do sistema, facilidade na instalação e integração com outros sistemas de segurança, como controle de acesso e alarmes.

Além disso, as câmeras IP podem ser gerenciadas por meio de software especializado, que permite o monitoramento em tempo real, gravação das imagens, análise de dados e integração com outros dispositivos. Principais características aplicadas no sistema CFTV-IP:

- Utilização de câmeras de segurança que capturam imagens e vídeos, codificam-se digitalmente e os transmitem pela rede IP, permitindo o monitoramento remoto em tempo real.
- Uso de uma infraestrutura de rede baseada em protocolo de internet para transmitir os dados das câmeras, possibilitando a visualização das imagens em dispositivos conectados à rede.
- Implementação de software especializado para o gerenciamento das câmeras IP, permitindo o monitoramento em tempo real, gravação das imagens, análise de dados e configurações avançadas.
- Opção de armazenar as imagens e vídeos capturados pelas câmeras em servidores locais ou na nuvem, garantindo a preservação das evidências e o acesso remoto às gravações.
- Utilização de câmeras IP com alta resolução de vídeo, como HD ou 4K, para capturar imagens nítidas e detalhadas, melhorando a qualidade do monitoramento.

Desta forma, a AGIR propõe a implementação completa de um sistema de monitoramento por câmeras de vigilância com inteligência artificial, desde a instalação dos equipamentos,



software de gerenciamento e processamento de imagens e sala de segurança equipada com sistema de vídeo Wall, equipe altamente capacitada na operacionalização do sistema, manutenção e gestão estratégica de análise de riscos e resultados.

7. GESTÃO DE ACESSO

A AGIR sabe da importância da segurança e gestão de acesso nos equipamentos de saúde, e reconhece os desafios relacionados à controle do fluxo de pessoas, restrição de acesso a áreas sensíveis e garantia da segurança dos pacientes e funcionários. Com a identificação das necessidades específicas em relação ao controle de acesso, incluindo a proteção de áreas críticas, o gerenciamento eficiente do fluxo de visitantes e pacientes, e a garantia da integridade das instalações.

Compreendemos a importância e os benefícios diretos da implementação do sistema de controle de acesso, tais como aprimoramento da segurança, redução de riscos, organização do fluxo interno e facilitação da gestão operacional.

7.1. TECNOLOGIA ADEQUADA À GESTÃO DE ACESSO

Controle de acesso é um sistema que permite regular e monitorar a entrada e saída de pessoas, veículos ou informações em determinados locais, com o objetivo de garantir a segurança e a organização do local. Esse sistema pode incluir cartões de acesso, biometria digital e facial, senhas, câmeras de vigilância e outros dispositivos que controlam quem pode entrar em determinadas áreas.

A solução de controle de acesso por biometria facial é um sistema que utiliza tecnologia de reconhecimento facial para regular a entrada e saída de pessoas em determinados locais. Esse tipo de sistema permite a identificação única de cada indivíduo com base em características faciais, como formato do rosto, distância entre os olhos, entre outros detalhes.

A biometria facial oferece uma forma avançada e segura de controle de acesso, pois elimina a necessidade de cartões, chaves ou senhas, reduzindo os riscos de fraudes ou acessos não autorizados. Além disso, a tecnologia de reconhecimento facial pode ser integrada a outros sistemas de segurança, como câmeras de vigilância e alarmes, proporcionando um controle mais eficiente e preciso. Principais características aplicadas ao controle de acesso facial:

Utilização de algoritmos e software especializado para identificar e analisar características faciais únicas, como formato do rosto, distância entre os olhos, entre outros detalhes.

Uso de câmeras de alta resolução e qualidade para capturar imagens faciais de forma nítida e precisa, permitindo a análise detalhada das características faciais.



Implementação de algoritmos avançados de *machine learning* e inteligência artificial para aprimorar a precisão do reconhecimento facial ao longo do tempo, tornando o sistema mais eficiente e confiável.

Aplicação de protocolos avançados de criptografia para proteger os dados biométricos dos usuários, garantindo a segurança e privacidade das informações coletadas.

Capacidade de integrar o sistema de controle de acesso facial com outros dispositivos de segurança, como sistemas de alarme, controle de acesso e monitoramento por vídeo.

A AGIR propõe a implementação de um projeto moderno, robusto e tecnológico de gestão de acesso, tendo como premissa o reconhecimento facial para o controle de portas e acessos críticos da instituição, munidos de dispositivos de emergência para evacuação de pessoas seguindo todas as diretrizes dos órgãos de combate e prevenção de incêndio, observando todos os requisitos de segurança e proteção de pessoas, com a instalação e configuração completa do sistema, fornecimento de todo o parque tecnológico e integração harmoniosa com as operações existentes.

As principais características e funcionalidades do sistema proposto, é destacar a capacidade de integração das tecnologias utilizadas para atender às demandas específicas da unidade de saúde.

8. Cronograma de implantação.

A AGIR utilizando de todo seu expertise em saúde, utilizará as técnicas necessárias para implantação dos serviços e soluções de tecnologia, à considerar as razões de: necessidade do cliente, competitividade de mercado, redução de custos, adoção rápida aos usuários, agilidade e adaptação às mudanças e desta forma, irá garantir a eficiência operacional, uma gestão eficaz contribuindo significativamente para o sucesso e crescimento de uma empresa na era digital. Assim sendo, o cronograma de implantação por serviço será da seguinte forma:

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO

ATIVIDADES / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Infraestrutura	■	■										
2. Estrutura de Cabeamento	■											
3. Dimensionamento Wi-Fi	■											
4. Estrutura de Data Center	■	■										
5. Telefonia	■	■										
6. Internet	■	■										
7. Servidores	■	■										
8. Definições SGH	■	■										
9. Prontuário Eletrônico do Paciente	■	■										
10. BackOffice	■	■										
11. Pontos de Integração SGH			■									
12. Recursos Humanos	■											

1.1.2.5 Proposta para regimento do Corpo Clínico

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO

O Regimento Interno do Corpo Clínico, objetiva disciplinar normas de relacionamento ético, técnico, científico e administrativo direcionadas a todos os médicos que utilizam as instalações da instituição no exercício de suas atividades profissionais, de acordo a Resolução nº 1481/97, do Conselho Federal de Medicina e normas estabelecidas neste Regimento.

DEFINIÇÃO: O Corpo Clínico é o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.



CAPÍTULO I

CONCEITUAÇÃO E FINALIDADE

Art. 1º Corpo Clínico é o conjunto dos médicos responsáveis por prestar atendimento aos usuários que procuram o estabelecimento de saúde, respeitadas as normas administrativas da Unidade de Saúde e as diretrizes da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Parágrafo Único – O Corpo Clínico, juntamente com o Corpo Técnico e Administrativo, agirá com zelo e obediência às normas legais e regimentais.

Art. 2º O Regimento do Corpo Clínico da c tem por objetivo disciplinar a composição, as ações, as relações, a avaliação e a atuação dos médicos no desempenho das suas respectivas atividades profissionais executadas, isolada ou conjuntamente, estabelecendo linhas de relacionamento ético e funcional com base nas determinações da Resolução CFM nº 1.481/97 ou outra que a vier substituir, sem prejuízo da aplicação de outras normas vinculantes internas ou externas.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º O Corpo Clínico da Policlínica será composto por médicos legalmente habilitados.

§ 1º Os integrantes do Corpo Clínico gozarão de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural para o exercício de suas funções, aos quais cabe a execução de todos os atos necessários ao cumprimento das diretrizes da Policlínica.

§ 2º Os profissionais do Corpo Clínico estarão sujeitos às responsabilidades éticas e legais em face do exercício de suas funções.

Art. 4º O Corpo Clínico será composto de todos os médicos que atuarem no cumprimento das diretrizes da Policlínica, sendo classificados nas seguintes categorias:

I. Médicos Contratados: aqueles que desenvolvem suas atividades mediante contrato específico de trabalho, estatutário, celetista, prestador de serviço, contrato temporário ou outro autorizado pelas leis vigentes.

II. Médicos Convidados: aqueles que desenvolvem suas atividades de forma esporádica ou ocasional, sem remuneração, a convite dos médicos contratados, com a anuência do Diretor Técnico da Unidade.

III. Estagiários: aqueles que desenvolvem suas atividades como complemento do ensino, por meio da prática, desde que devidamente matriculados e frequentando curso de pós-graduação *lato sensu* ou *stricto sensu*, ou outra atividade acadêmica de interesse da Policlínica, mediante documentação comprobatória pertinente, em conformidade com as orientações da Escola de Saúde de Goiás - ESG e com o Centro de Ensino e Desenvolvimento da AGIR - CED.

Art. 5º Para ingresso no Corpo Clínico da Policlínica o médico deverá estar devidamente registrado junto ao Conselho Regional de Medicina de Goiás - CRM/GO e em dia com suas obrigações, apresentando a documentação competente.

Parágrafo Único – É de responsabilidade da Diretoria Técnica da Policlínica estabelecer os documentos necessários para instruir o processo de ingresso do profissional médico no Corpo Clínico, de acordo com a categoria e em observância às normas regulamentares e legislação aplicável à espécie.

CAPÍTULO III

DA DIRETORIA TÉCNICA

Art. 6º A Diretoria Técnica é o órgão de coordenação do Corpo Clínico, exercida pelo Diretor Técnico, eleito na forma deste Regimento.

Art. 7º O Diretor Técnico será eleito para mandato de 2 (dois) anos.

Parágrafo Único – O Diretor Técnico será eleito, de forma direta e secreta, pelos membros do Corpo Clínico em Assembleia convocada para esse fim.

Art. 8º Ao Diretor Técnico Compete:

- I. Dirigir e coordenar o Corpo Clínico.
- II. Zelar pelo fiel cumprimento do presente Regimento.
- III. Responder, no que couber perante o CRM/GO, pelo não cumprimento dos princípios éticos, sem prejuízo da apuração penal e cível.
- IV. Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos.
- V. Fiscalizar as condições de trabalho com o objetivo de garantir o melhor atendimento aos usuários da Policlínica.
- VI. Estimular a pesquisa médica.
- VII. Cooperar com a administração da Policlínica.
- VIII. Estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.
- IX. Executar e fazer executar as orientações emanadas da Assembleia quanto aos assuntos médicos.
- X. Presidir as Assembleias do Corpo Clínico.

§ 1º Em caso de afastamento ou substituição do Diretor Técnico, o profissional que deixar o



cargo deverá comunicar o fato ao CRM/GO, por escrito.

§ 2º A substituição do Diretor Técnico deverá ser imediata, sendo obrigação do médico que assumir o cargo notificar o fato ao CRM/GO.

Art. 9º Será limitado o exercício acumulado do cargo de Diretor Técnico em no máximo 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos, seja pública ou privada, filiais, sucursais ou subsidiárias.

CAPÍTULO IV DA ASSEMBLEIA

Art. 10º A Assembleia é o órgão máximo de deliberação do Corpo Clínico.

Art. 11º À Assembleia compete:

- I. Eleger o Diretor Técnico.
- II. Indicar o substituto eventual do Diretor Técnico nos casos de afastamento por férias, licença médica ou outras de caráter provisório.
- III. Instituir Comissões e Comitês.
- IV. Investir nos cargos os membros da Comissão de Ética Médica.
- V. Alterar os termos do presente Regimento.

Art. 12º Os membros do Corpo Clínico se reunirão em Assembleia uma vez por ano, ordinariamente, e sempre que convocada, extraordinariamente.

§ 1º A Assembleia será convocada por Edital publicado nos quadros de avisos, de amplo acesso aos membros do Corpo Clínico, com antecedência mínima de 10 (dez) dias, mencionando dia, hora, local e pauta da reunião.

§ 2º A Assembleia deliberará em primeira convocação com 2/3 (dois terços) de seus membros, cuja fração será arredondada para o número inteiro imediatamente superior, e, em segunda convocação, 1 (uma) hora depois, com qualquer número, decidindo sempre por maioria simples de votos.

§ 3º Para as deliberações acerca da alteração deste Regimento ou exclusão de membros será exigido 2/3 (dois terços) dos votos concordes, cuja fração será arredondada para o número inteiro imediatamente superior.

§ 4º A Assembleia extraordinária poderá ser convocada a qualquer tempo pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Técnico ou por 1/3 (um terço) dos membros do Corpo Clínico, cuja fração será arredondada para o número inteiro imediatamente superior, mediante requerimento dirigido ao Diretor Técnico, com a exposição do motivo, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência.

§ 5º Será vedado o voto por procuração.

CAPÍTULO V DA ORGANIZAÇÃO

Art. 13º As atividades dos médicos do Corpo Clínico serão organizadas nos seguintes serviços:

- I. Ambulatório de especialidades médicas
- II. Cirurgias Menores Ambulatoriais (CMA)
- III. Unidade Móvel de Atendimento
- IV. Serviço de Telemedicina
- V. Serviço de Atenção às Pessoas Ostromizadas I
- VI. Serviço de Assistência Especializada
- VII. Serviço Especializado em Saúde Mental
- VIII. Serviços Dialíticos
- IX. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

§ 1º Os serviços se organizarão conforme regimento próprio.

§ 2º Cada serviço terá um representante com as seguintes atribuições:

- a) Organizar e supervisionar tecnicamente o serviço, garantido a assistência de qualidade ao usuário.
- b) Elaborar as diretrizes de orientação dos procedimentos médicos para o serviço.
- c) Identificar as situações de não conformidade e propor as soluções técnicas, registrando sua ocorrência e comunicando ao Diretor Técnico.
- d) Outras atividades correlatas.

CAPÍTULO VI

DOS DIREITOS E DOS DEVERES

Art. 14º São direitos dos membros do Corpo Clínico:

- I. Autonomia profissional.
- II. Participar dos procedimentos de admissão e exclusão de membros, garantindo-se ampla

agir 

defesa e obediência às normas legais vigentes.

III. Acesso à Instituição e seus serviços.

IV. Participar das Assembleias e Reuniões.

V. Direito de votar e, conforme o caso, ser votado.

VI. Direito de recurso ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que se encontra registrada a Instituição, nos casos em que se julgar prejudicado por decisões de qualquer natureza.

VII. Participar de Conselhos, Comissões, Comitês ou Grupos de Trabalho cujo objetivo tenha relevância para a prestação de serviço médico.

Art. 15º São deveres dos integrantes do Corpo Clínico:

I. Comunicar falhas observadas na assistência prestada pela Policlínica e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos usuários.

II. Obediência ao Código de Ética Médica e aos demais institutos de normatização do exercício da profissão.

III. Assistir os usuários sob seu cuidado com respeito, consideração e dentro da melhor técnica, em seu benefício.

IV. Colaborar com seus colegas na assistência aos seus usuários, quando solicitado.

V. Participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário.

VI. Cumprir as normas técnicas e administrativas da Policlínica.

VII. Evoluir o prontuário dos pacientes com registros indispensáveis, se necessário.

VIII. Colaborar com as Comissões específicas.

CAPÍTULO VII DAS PENALIDADES

Art. 16º A transgressão aos preceitos do presente Regimento ou das normas subsidiárias que o norteia, cometida por membros do Corpo Clínico, sujeitará o infrator às seguintes penas disciplinares:

- a) Advertência escrita, reservada
- b) Suspensão
- c) Exclusão

§ 1º Comprovada a transgressão o Diretor Técnico comunicará o fato ao Diretor Técnico, que

decidirá pela aplicação da penalidade.

§ 2º A aplicação da pena de exclusão deverá ser precedida de apuração da falta, respeitando-se o direito ao contraditório e a ampla defesa.

§ 3º Durante a apuração da falta o médico poderá ser afastado das suas atividades, a critério da Comissão designada para esse fim, ouvido o Diretor Técnico.

§ 4º A decisão pela exclusão deverá ser homologada pelo Corpo Clínico em assembleia.

CAPÍTULO VIII

DO DIRETOR TÉCNICO

Art. 17º O Diretor Técnico é um profissional médico de livre escolha e nomeação do Diretor Geral da Policlínica, com as seguintes atribuições:

- I. Zelar pela manutenção da boa ordem, asseio e disciplina no que se relacione a prestação de serviço médico.
- II. Assegurar o cumprimento das orientações administrativas emanadas na Diretoria.
- III. Representar a Policlínica em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando assim exigir a legislação em vigor.
- IV. Cumprir e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares em vigor.
- V. Assegurar os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico.
- VI. Garantir o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica.
- VII. Portar-se com urbanidade no relacionamento com a Diretoria Técnica e membros do Corpo Clínico da Policlínica.
- VIII. Responder perante os Conselhos Federal e Regional de Medicina, Sistema Único de Saúde, Vigilância Sanitária e outros órgãos da administração pública pelos serviços de saúde prestados e pela atuação ética e profissional, naquilo que a legislação lhe impuser.

Parágrafo Único –Será permitido o acúmulo dos cargos de Diretor Técnico e Diretor Técnico.

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

agir



Art. 18º O presente Regimento poderá ser modificado, no todo ou em parte, mediante proposta analisada e aprovada pela Assembleia do Corpo Clínico da Policlínica.

Art. 19º Os casos omissos deste Regimento serão resolvidos pelo Diretor Técnico e pelo Diretor Técnico, que deliberarão em conjunto.

Art. 20º Segundo princípios da hierarquia de normas, aplica-se subsidiariamente a este Regimento, no que couberem, as disposições da Resolução CFM nº 1481, de 08 de agosto de 1997, ou outra que a vier substituir e demais normas aplicáveis.

Art. 21º O presente Regimento entrará em vigor na data da aprovação.

1.1.3 Implantação de Processos

1.1.3.1 Proposta de manual de protocolos assistenciais

O Manual de Protocolos Assistenciais será uma das referências estratégicas para garantir a excelência na assistência, humanização no atendimento, ambiência adequada e pertencimento dos usuários no serviço de saúde, atributos estes que indicam os esforços da AGIR em direção à excelência assistencial que serão prestados pela Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto - Região Rio Vermelho - Goiás.

A seguir, apresentamos a proposta de Manual de Protocolos Assistenciais para a Policlínica Região Rio Vermelho - Goiás

MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

1. INTRODUÇÃO

Manual é um documento que fornece instruções, orientações ou normas detalhadas sobre a execução de tarefas, a aplicação de procedimentos, ou o funcionamento de sistemas, processos ou equipamentos. Ele é elaborado de forma sistemática e organizada para servir como um guia de consulta e referência, permitindo que os usuários sigam etapas ou diretrizes específicas para alcançar determinado objetivo.

O Manual de Protocolos Assistenciais é um documento normativo que reúne, de forma sistemática e padronizada, um conjunto de orientações e procedimentos destinados aos profissionais de saúde, com o objetivo de uniformizar o cuidado clínico e garantir a segurança do paciente. Ele descreve as diretrizes, fluxos, condutas e critérios que devem ser seguidos no atendimento e manejo dos pacientes, baseando-se nas melhores práticas e evidências científicas disponíveis.

A elaboração de um manual tem como finalidades:

- **Garantir Consistência e Padrão:** Assegurar que todos os envolvidos sigam as mesmas

**agir**

orientações, mantendo a uniformidade na elaboração de protocolos assistenciais.

- **Facilitar o Acesso à Informação:** Proporcionar aos usuários uma fonte de consulta rápida e confiável para resolver dúvidas ou obter orientações sobre as recomendações para construção de protocolos assistenciais.
- **Melhorar o Desempenho e a Eficiência Operacional:** Com a descrição clara de métodos e regras, pretende-se otimizar o desempenho dos profissionais e a eficiência na definição e elaboração de protocolos, minimizando desperdícios de tempo e recursos.
- **Reduzir Erros e Riscos:** Minimizar falhas, retrabalhos e riscos ao detalhar etapas que precisam ser seguidas, principalmente na elaboração de protocolos assistenciais.
- **Promover a Educação e o Aperfeiçoamento Contínuo:** O manual pode ser usado como uma ferramenta contínua de aprendizagem, auxiliando no desenvolvimento das habilidades dos profissionais e na atualização dos conhecimentos.
- **Estabelecer Padrões de Qualidade:** Pretende-se que a elaboração de um manual ajude a consolidar práticas que promovam altos níveis de qualidade e segurança.
- **Suporte a Auditorias e Certificações:** O manual contribui para a organização e clareza de processos que podem ser auditados, facilitando a conformidade com requisitos para certificações de qualidade ou regulatórias.

Desta forma, este manual favorece que as práticas assistenciais sejam prestadas de forma segura e padronizada, uma vez que as atividades serão realizadas seguindo as recomendações constantes nos protocolos assistenciais, os quais serão elaborados seguindo as orientações deste manual, visando assegurar a qualidade técnica assistencial e entrega de valor aos usuários.

2. OBJETIVO

Estabelecer regras para garantir a padronização e sistematização dos protocolos assistenciais em suas fases de elaboração, controle, divulgação/publicação e monitoramento, referentes a práticas assistenciais, de modo a manter a qualidade e clareza das informações necessárias para execução dos serviços e assegurar o modelo AGIR de cuidar de vidas.

3. DIRETRIZ

O modelo de assistência proposto terá por princípio básico a universalidade e integralidade do SUS e a Política de Humanização, doutrinando quanto à prestação dos cuidados em saúde, correspondendo à qualificação na assistência de média e alta complexidade, contemplando e provendo suporte para todas as especialidades, considerando as práticas baseadas em



evidências.

As práticas assistenciais são um conjunto de atividades prioritárias e rotineiras, realizadas no processo de trabalho das equipes de saúde em todos os níveis de atenção. Ampliando o escopo do cuidado, na perspectiva de práticas integrais, produzindo atividades clínicas direcionadas às pessoas em diferentes fases da vida e com distintas necessidades de saúde, comportando ações individuais e coletivas aplicada pelas instituições de saúde no sentido de assegurar a qualidade técnica assistencial e entrega de valor aos usuários.

Protocolos são instrumento de padronização de condutas que abrange conceitos, metodologias, propedêutica e terapia, com objetivo de otimizar a qualidade assistencial. Devem fornecer elementos de apoio à decisão e ao manejo clínico, além de orientar a organização do processo de trabalho, estabelecendo fluxos integrados e medidas de suporte, definindo competências e responsabilidades dos serviços, das equipes e dos profissionais. Sua aplicação deve resultar em melhoria da qualidade do atendimento, eficiência e efetividade clínica. Devem contemplar a definição dos indicadores e o(s) responsável(is) pelo seu gerenciamento. Estes deverão acompanhar e identificar as fragilidades e monitorar sua adesão e resultados.

Os protocolos serão fundamentados em diretrizes de órgãos internacionais conceituados pela ciência, pelas diretrizes de saúde pública do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Secretaria Municipal de Saúde, Conselhos Profissionais, dentre outros órgãos, buscando os melhores níveis de evidência científica para nortear e padronizar os procedimentos a serem realizados pelos profissionais de saúde da Policlínica Região Rio Vermelho – Goiás.

Os protocolos assistenciais da Policlínica Região Rio Vermelho – Goiás serão construídos, preferencialmente, com base no perfil assistencial e epidemiológico, baseando-se nas doenças de maior prevalência ou mesmo riscos que precisam ser prevenidos nas áreas assistenciais. Estes são concebidos, quando aplicável, por equipes multidisciplinares, fornecendo uma visão integrativa e colaborativa do cuidado.

Estes documentos norteadores serão descritos em documentos específicos, disponibilizados por meio do Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ da Unidade, pautados em metodologia de processos e no perfil de assistência prestada ao paciente.

Ao construir os protocolos assistenciais é crucial seguir algumas regras e incluir tópicos essenciais para garantir que o documento seja claro, completo e aplicável.

- **Clareza e Objetividade:** O protocolo deve ser escrito de forma clara e objetiva, evitando termos técnicos complexos ou ambíguos. Todos os profissionais que irão utilizá-lo precisam entender as instruções de maneira fácil.
- **Organização e Estruturação:** O documento deve ser organizado em seções bem

definidas, com uma sequência lógica de informações.

- **Base em Evidências Científicas:** Todo conteúdo deve ser fundamentado em evidências científicas e atualizado com as melhores práticas e diretrizes clínicas vigentes.
- **Aprovação e Validação:** O protocolo deve passar pela validação de gestores da área antes de ser implantado. Assegure-se de que o conteúdo está em conformidade com as normas da instituição e da legislação vigente.
- **Atualização Periódica:** Defina uma periodicidade para revisão e atualização do protocolo, garantindo que ele acompanhe as inovações científicas e as mudanças nas diretrizes institucionais.
- **Instruções Claras de Implementação:** O protocolo deve fornecer orientações detalhadas sobre como os procedimentos devem ser implementados no dia a dia, garantindo sua aplicabilidade prática.
- **Referências Bibliográficas:** Todo o conteúdo deve ser respaldado por referências confiáveis, como livros, artigos científicos, diretrizes de sociedades médicas e órgãos reguladores.

4. ESTRUTURA DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Os protocolos assistenciais da Policlínica Região Rio Vermelho – Goiás serão elaborados de maneira sistematizada, descrevendo as recomendações técnicas e administrativas para a padronização dos processos e serviços, com diretrizes táticas, conforme determinam o perfil nosológico, epidemiológico e assistencial da Unidade.

A elaboração dos protocolos assistenciais deve seguir o modelo de documento padrão, atendendo os tópicos e cumprindo todas as recomendações, conforme descrito em cada um deles.

A seguir apresentamos o Modelo Padrão para a estruturação dos Protocolos Assistenciais:

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ PROTOCOLO ASSISTENCIAL	IMAGEM DA LOGO DA UNIDADE
Setor:	Identificação:
Assunto:	Versão:
	Folha Nº:

1. INTRODUÇÃO

Apresentar uma visão geral do conteúdo que será abordado. Ela fornece o contexto, a



justificativa e o propósito do protocolo, explicando por que ele é necessário, qual problema ele pretende resolver e como se alinha às diretrizes e boas práticas da instituição ou área de atuação. A introdução ajuda os leitores a entenderem a relevância do protocolo e a sua importância para a padronização e a qualidade dos serviços ou cuidados.

2. OBJETIVO

Definir de forma clara e direta o que se pretende alcançar com o protocolo, como por exemplo, reduzir erros, melhorar desfechos clínicos, padronizar condutas, ou garantir a conformidade com normas regulatórias.

3. PÚBLICO-ALVO

Definir para quais grupos de pacientes ou situações o protocolo é aplicável, especificando se abrange, por exemplo, pacientes pediátricos, adultos, gestantes, ou se é voltado para um tipo específico de procedimento ou condição clínica.

4. RESPONSÁVEL

Definir quais os profissionais de saúde que são responsáveis por cada ação/descrição do protocolo.

5. PROCEDIMENTO

Consiste na descrição da rotina para o atendimento na linha de cuidado e/ou processo especificado, incluindo todas as etapas do procedimento. Deve explicitar o papel de cada profissional de saúde envolvido no atendimento ao paciente (descrito em tópicos), descrevendo os momentos de atuação, quem desempenhará a função descrita, quando e como será realizado, assim como as formas de controle.

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	<i>Iniciar a frase com verbo no infinitivo.</i>	<i>Responsável pela Ação (cargo)</i>
2		
3		

6. SIGLAS

Colocar as siglas mencionadas no corpo do texto. Caso não tenha, informar:

- Não aplicável.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Indicar as bases teóricas e científicas nas quais o protocolo foi embasado, mencionando



diretrizes nacionais e internacionais, evidências científicas ou recomendações de órgãos reguladores. Caso não tenha, informar:

- Não aplicável.

8. ANEXOS

Inserir documentos complementares, como tabelas, fluxogramas, formulários, checklists e formulários de notificação. Caso não tenha, informar:

- Não aplicável.

Elaborado por: <i>Nome de quem elaborou o documento na versão original</i>	xx/xx/xxxx Data	Revisado por: <i>Nome de quem revisou o documento</i>	Aprovado por: <i>Nome de quem aprovou o documento</i>	xx/xx/xxxx Data
--	--------------------	---	---	--------------------

5. RECURSOS

A elaboração de protocolos assistenciais exige uma infraestrutura adequada e materiais que possibilitem o desenvolvimento de um documento tecnicamente embasado, alinhado com as melhores práticas. Esses recursos físicos e materiais não só facilitam a criação do protocolo, como também a sua disseminação e implementação eficaz na instituição.

Recursos Físicos:

Esses são os locais e infraestrutura necessários para a equipe envolvida na criação e revisão do protocolo.

- **Sala de Reuniões ou Espaço de Trabalho:** Para que a equipe responsável pela elaboração do protocolo possa realizar discussões, revisões e reuniões presenciais ou remotas.
- **Equipamentos de Apresentação e Comunicação:** Como projetores, telas, computadores, câmeras e microfones, para facilitar a apresentação das diretrizes, comunicação em grupo e participação de stakeholders.
- **Infraestrutura de Tecnologia da Informação - TI:** Computadores, internet e softwares que possibilitem a criação, revisão e compartilhamento do documento, além de ferramentas de colaboração online (e-mails, aplicativos de mensagens e

videoconferências).

- **Biblioteca ou Acesso a Bases de Dados Científicas:** O acesso a uma biblioteca física ou virtual, com publicações, diretrizes e estudos científicos, é essencial para embasar o protocolo nas melhores evidências.
- **Espaços para Treinamento e Capacitação:** Locais adequados para a futura realização de treinamentos com os profissionais da equipe, onde os protocolos poderão ser apresentados e discutidos.

Recursos Materiais:

Esses recursos incluem materiais que facilitam a coleta de dados, estruturação e disseminação do protocolo.

- **Computadores e Softwares de Edição de Texto:** Ferramentas como Word, Google Docs ou outros editores de texto são fundamentais para a escrita e formatação dos protocolos.
- **Ferramentas de Colaboração e Gestão de Projetos:** Softwares de gestão que permitam a comunicação entre os membros da equipe e a divisão de tarefas de forma eficiente.
- **Materiais de Escritório:** Papel, canetas, quadros brancos, flip charts, para anotações, brainstorming e esboços das diretrizes.
- **Acesso a Diretrizes e Normas Regulamentares:** Documentos de instituições como o Ministério da Saúde, ANVISA, OMS e associações de classe que forneçam recomendações e normas técnicas que devem ser seguidas.
- **Ferramentas de Pesquisa:** Acesso a bases de dados como PubMed, Cochrane, Scielo e outras, para fundamentar as recomendações do protocolo com literatura científica atualizada.
- **Documentos de Referência Interna:** Protocolos anteriores, manuais institucionais, relatórios de auditoria, indicadores de desempenho e registros de eventos adversos que possam embasar a criação de um novo protocolo ou revisão de um existente.
- **Impressoras e Equipamentos de Cópia:** Para a impressão de rascunhos e versões finais dos protocolos, assim como materiais para divulgação nas unidades de saúde.
- **Sistemas de Gestão Documental:** Softwares que permitam a versão final dos protocolos ser armazenada e disponibilizada digitalmente, com controle de acesso, permissões de edição e histórico de revisões.

Recursos Humanos:

A participação de uma equipe multidisciplinar é essencial para o desenvolvimento do protocolo.

- **Profissionais da Saúde Especializados:** Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos e outros, para garantir que o protocolo seja adequado a cada área de atuação.
- **Comitês e Grupos de Trabalho:** Comitês técnicos e grupos de especialistas que supervisionam e validam o conteúdo dos protocolos.
- **Consultores Externos:** Em alguns casos, pode ser necessário o auxílio de especialistas ou consultores externos para a elaboração ou revisão do protocolo.

6. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES DE DESEMPENHO

Para avaliar a eficácia da elaboração e implementação de protocolo, é fundamental definir os resultados esperados e os indicadores de desempenho. Esses elementos permitem monitorar o impacto do protocolo, identificar áreas de melhoria e assegurar a continuidade das boas práticas.

Resultados Esperados:

Os resultados esperados são os benefícios que se pretende alcançar com a aplicação do protocolo. Eles são geralmente definidos com base nos objetivos específicos da instituição e nos desafios que o protocolo visa solucionar.

- **Padronização dos Processos Assistenciais:** Redução da variabilidade nas práticas assistenciais entre os profissionais, garantindo que todos sigam o mesmo padrão de atendimento.
- **Melhora da Qualidade do Atendimento:** Garantia de que os pacientes recebam cuidados baseados em evidências, com maior segurança e efetividade, resultando em melhores desfechos clínicos.
- **Redução de Erros e Eventos Adversos:** Diminuição de falhas operacionais, erros de medicação, erros de procedimento e eventos adversos, como infecções relacionadas a saúde.
- **Melhoria na Segurança do Paciente:** Adoção de medidas preventivas que minimizam riscos e complicações, como o uso correto de equipamentos, medicamentos e práticas de higienização.
- **Aumento da Eficiência Operacional:** Otimização do tempo e dos recursos utilizados no atendimento, reduzindo o tempo de internação, as taxas de reinternação, ou o consumo excessivo de materiais e medicamentos.
- **Satisfação dos Pacientes e Profissionais:** Melhoria da experiência dos pacientes no serviço de saúde, assim como maior satisfação dos profissionais por seguirem protocolos

claros e bem estruturados.

- **Conformidade com Normas e Regulamentações:** Atendimento às exigências legais e normativas da vigilância sanitária, conselhos profissionais e instituições de certificação de qualidade.

Indicadores de Desempenho:

Os indicadores de desempenho são métricas usadas para medir de forma objetiva o sucesso da implementação do protocolo. Eles permitem o acompanhamento contínuo e a avaliação da eficácia do protocolo na prática. Esses indicadores podem ser quantitativos (números, taxas, percentuais) ou qualitativos (percepções, grau de satisfação).

- **Indicadores de Processo:** Visam medir a extensão da aplicação de cuidados de saúde adequados. Eles são geralmente definidos por referência a diretrizes ou padrões de melhores práticas para intervenções de saúde específicas. Os indicadores de processo consistem em conhecer, supervisionar e garantir a qualidade do processo de prestação de serviços de acordo com padrões de excelência técnica. A sua execução envolve, por exemplo, auditoria de prontuários, supervisões periódicas, entre outros.
- **Indicadores de Resultado:** Dizem respeito à recuperação, restauração da funcionalidade e sobrevivência dos pacientes. Os resultados normalmente têm validade inquestionável como dimensão de segurança e qualidade, e os indicadores de resultado tendem a ser concretos e, conseqüentemente, passíveis de mensuração precisa. Expressam os reflexos das medidas implementadas na saúde da população e as alterações no perfil epidemiológico.

7. PLANO DE TREINAMENTO

O plano de treinamento de um protocolo é uma etapa crucial para garantir que todos os profissionais da instituição compreendam o documento, saibam aplicá-lo corretamente e se sintam capacitados a seguir as diretrizes estabelecidas. Um treinamento bem-estruturado promove a adesão ao protocolo e reduz a chance de erros, melhorando os resultados clínicos e operacionais.

É essencial que este plano seja bem estruturado, com foco no conteúdo relevante, metodologias adequadas e avaliação de eficácia, permitindo que o protocolo seja implementado de forma eficiente e sustentável.

8. PLANO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

O Plano de Acompanhamento e Avaliação de um protocolo é um componente essencial para garantir que as diretrizes estabelecidas sejam implementadas de forma eficaz, monitoradas

continuamente e ajustadas quando necessário. Esse plano permite identificar se o protocolo está sendo seguido corretamente, se está atingindo seus objetivos e se há necessidade de melhorias ou revisões. Ele deve incluir etapas para a coleta de dados (auditoria, observação direta, relatórios), monitoramento de desempenho, avaliação de resultados e correção de desvios (uso da ferramenta de PDSA).

Além disto, o acompanhamento dos protocolos institucionais é empreendido em reuniões estratégicas da Qualidade com Diretoria e gestores de áreas, oportunamente quando necessário resoluções, validação de novas propostas e ações sistemáticas.

Ademais, os indicadores dos protocolos gerenciados são discutidos em reunião de apresentação de análise crítica de resultados, promovidas pela Qualidade com a Diretoria e os gestores/representantes das áreas e multiplicadores.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_normas_procedimentos_saude.pdf. Acesso em: 21 set. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Manual de protocolos assistenciais e diretrizes para a segurança do paciente**. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/seguranca-do-paciente>. Acesso em: 21 set. 2024.

10. ANEXOS

Segue anexo o Modelo de Protocolo Assistencial.

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ PROTOCOLO ASSISTENCIAL		agir
Setor:	Identificação:	
Assunto:	Versão:	
	Folha N°:	

1. INTRODUÇÃO

Apresentar uma visão geral do conteúdo que será abordado. Ela fornece o contexto, a justificativa e o propósito do protocolo, explicando por que ele é necessário, qual problema ele pretende resolver e como se alinha às diretrizes e boas práticas da instituição ou área de atuação. A introdução ajuda os leitores a entenderem a relevância do protocolo e a sua importância para a padronização e a qualidade dos serviços ou cuidados.

2. OBJETIVO

Definir de forma clara e direta o que se pretende alcançar com o protocolo, como por exemplo, reduzir erros, melhorar desfechos clínicos, padronizar condutas, ou garantir a conformidade com normas regulatórias.

3. PÚBLICO-ALVO

Definir para quais grupos de pacientes ou situações o protocolo é aplicável, especificando se abrange, por exemplo, pacientes pediátricos, adultos, gestantes, ou se é voltado para um tipo específico de procedimento ou condição clínica.

4. RESPONSÁVEL

Definir quais os profissionais de saúde que são responsáveis por cada ação/descrição do protocolo.

5. PROCEDIMENTO

Consiste na descrição da rotina para o atendimento na linha de cuidado e/ou processo especificado, incluindo todas as etapas do procedimento. Deve explicitar o papel de cada profissional de saúde envolvido no atendimento ao paciente (descrito em tópicos), descrevendo os momentos de atuação, quem desempenhará a função descrita, quando e como será realizado, assim como as formas de controle.

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	<i>Iniciar a frase com verbo no infinitivo.</i>	<i>Responsável pela Ação (cargo)</i>
2		
3		

6. SIGLAS

Colocar as siglas mencionadas no corpo do texto. Caso não tenha, informar:

- Não aplicável.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Indicar as bases teóricas e científicas nas quais o protocolo foi embasado, mencionando diretrizes nacionais e internacionais, evidências científicas ou recomendações de órgãos reguladores. Caso não tenha, informar:

- Não aplicável.

8. ANEXOS

Inserir documentos complementares, como tabelas, fluxogramas, formulários, checklists e formulários de notificação. Caso não tenha, informar:

- Não aplicável.

Elaborado por: <i>Nome de quem elaborou o documento na versão original</i>	<i>xx/xx/xxxx</i> Data	Revisado por: <i>Nome de quem revisou o documento</i>	Aprovado por: <i>Nome de quem aprovou o documento</i>	<i>xx/xx/xxxx</i> Data
--	---------------------------	---	---	---------------------------

Figura 65 - Modelo de Protocolo Assistencial

1.1.3.2 Proposta de manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos

É notório saber que todo ambiente de atendimento de assistência à saúde possui uma riqueza de informações, às quais se iniciam com a entrada do paciente no estabelecimento.

Partindo do pressuposto de que as informações dependem de pessoas em condições adequadas de informar, é necessário promover a qualificação dos processos administrativos, melhorando o fluxo de entrada e saída de informações e qualificando a informação para maior agilidade e efetividade nas tomadas de decisão.

Nesse sentido, a função do departamento de faturamento dentro das unidades de saúde exige a necessidade de um acompanhamento sistemático dos eventos produzidos, principalmente nos cuidados prestados na permanência do paciente. Não basta obter uma boa definição do atendimento assistencial se não se compreende os fluxos e processos administrativos, ou seja, a ocorrência da fragmentação entre os 2 processos.

Ainda nesse contexto, o fato agrava-se quando não há registros dos eventos e informações, gerando simplesmente uma interpretação equivocada do retrato de atendimentos na Unidade. Esse registro inadequado impacta negativamente no processo administrativo assistencial, gerando uma sucessão de detalhes que deixam de ser interpretados. Seguem alguns exemplos desses detalhes:

- Produção não registrada;
- Aumentos de custos sem identificar o aumento da demanda;
- Indicadores e resultado não fidedignos;
- Estatísticas desajustadas;
- Planejamento imprecisos.

Sendo assim, fica evidente a importância do conhecimento da equipe administrativa do setor de faturamento quanto à legislação e regras institucionais do SUS, promovendo a sustentabilidade dos processos de tomada de decisão na Unidade.

Ao longo dos anos e desde a instituição do SUS, ocorreram vários avanços no aprimoramento de tecnologias de informação, no intuito de buscar a efetividade nos aspectos de regulação, controle e avaliação dos serviços prestados no sistema público de saúde. Esta realidade inclui o uso de dados e indicadores dos Sistemas de Informação em Saúde.

Assim, buscar-se-á, continuamente, a qualificação deste serviço, principalmente quanto ao faturamento de procedimentos realizados, com vistas ao atendimento às regras definidas pelo MS, segundo tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos - SIGTAP e Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS, bem como segundo os Manuais Técnicos Operacionais: Sistema de Informação Ambulatorial - SIA e Sistema de



Informação Hospitalar – SIH.

A AGIR E AS UNIDADES DE SAÚDE

Conforme exposto no início dessa proposta, a AGIR, personalidade jurídica de direito privado, com fins não econômicos, é qualificada como OSS pelo decreto estadual nº 5591/02, e reconhecida como entidade de utilidade pública e de interesse social por força do artigo 13 da Lei Estadual 15.503/05, certificada como CEBAS pelo MS.

Todo recurso é advindo de repasses feitos pelo MS, por meio de Contrato de Gestão firmado com a SES/GO e, ainda, através de doações recebidas, em que os recursos são reinvestidos pela Agir nas Unidades, promovendo manutenção, inovação e ampliação dos serviços disponibilizados à sociedade.

Nesse contexto, a AGIR, buscando a excelência em tecnologia e resultados e visando a qualidade nos registros de dados nos Sistemas de Informação em Saúde, implantará a informatização da Unidade por meio da ferramenta MV Sistemas, disponibilizando indicadores que, quando monitorados, podem subsidiar a gestão nos processos de controle, regulação, avaliação e planejamento do SUS.

O SETOR DE FATURAMENTO E PRONTUÁRIO

O setor está subordinado à Supervisão de Planejamento e Coordenação de Gestão e Planejamento, sendo responsável por atender às diretrizes de Faturamento e Prontuário, assegurando sua execução na Policlínica Regional – Unidade Goiás.

Ao setor de Faturamento e Prontuário compete:

- Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço de Faturamento;
- Registrar periodicamente as atividades realizadas;
- Classificar, conferir e apurar despesas por pacientes, de acordo com as comunicações das Unidades de Enfermagem;
- Calcular as despesas de atendimento de pacientes;
- Promover conferência dos cálculos lançados nas contas de faturamento; VI - Enviar documentação de faturamento aos órgãos competentes;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica; IX - Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial.

O PROCESSO DE FATURAMENTO

Segue a macro rotina do faturamento ambulatorial:

agir B

Fluxo Faturamento

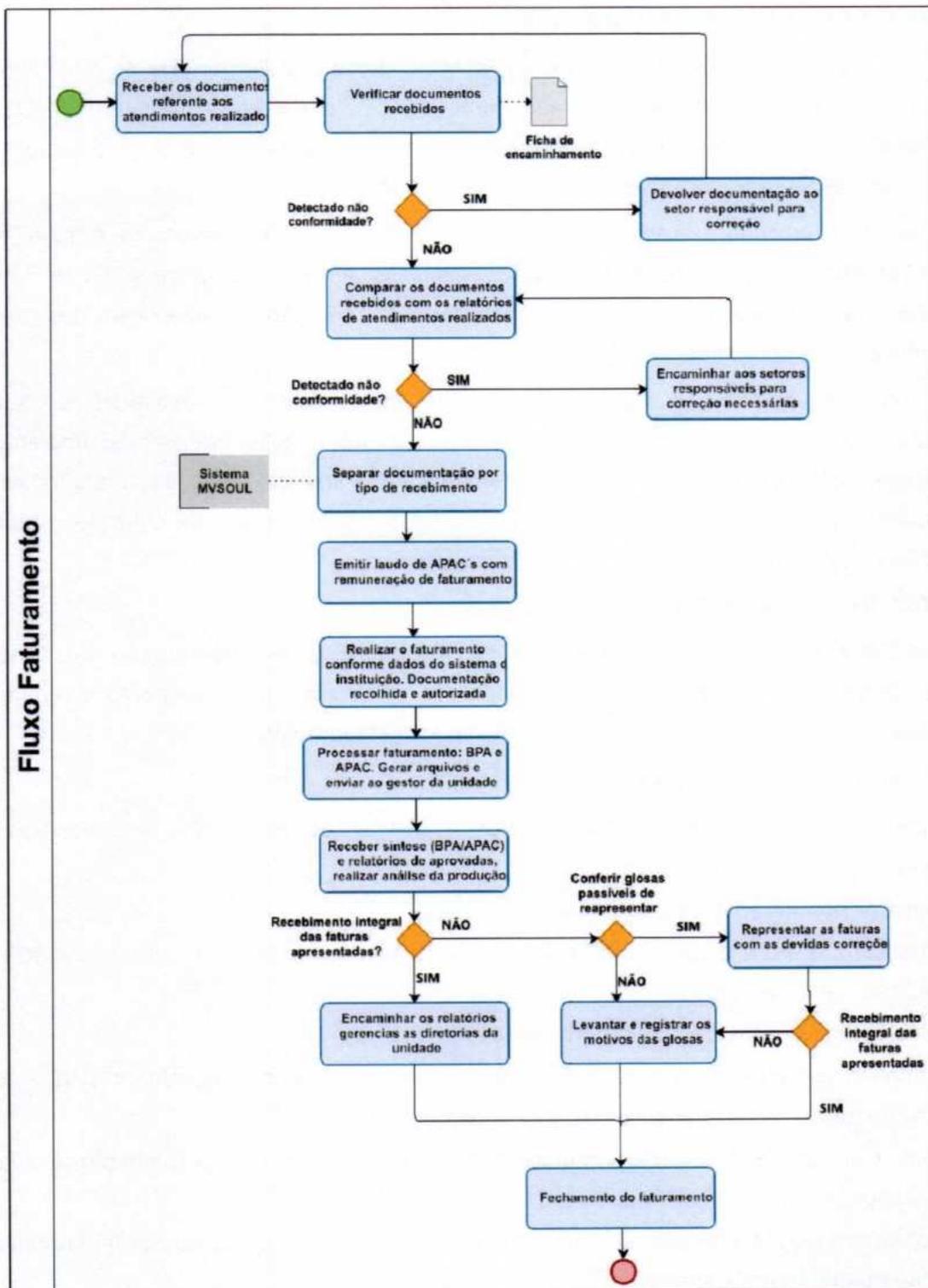


Figura 66 - Fluxograma do faturamento ambulatorial

A GESTÃO DO FATURAMENTO

As rotinas de faturamento serão direcionadas por setor específico para este fim, fortalecendo o acesso aos dados gerenciais, por meio de uma execução eficiente dos processos, permitindo melhores decisões gerenciais e estratégicas, tendo por premissas de atuação:

- Auditar prontuários referentes aos atendimentos ambulatoriais, bem como manter toda documentação necessária de forma organizada e disponível à auditoria do órgão regulador, caso seja necessária visita *in loco*;
- Zelar pela qualidade no faturamento dos serviços ambulatoriais, com o intuito de manter atualizado os bancos de dados oficiais do MS, bem como a fidedignidade das entradas de saídas das informações;
- Manter atualizada todas as informações da capacidade instalada da Unidade no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES;
- Acompanhar e realizar manutenção de Ficha de Programação Orçamentária - FPO, conforme diretrizes estabelecidas com o órgão regulador e atualizações na capacidade instalada da Unidade.
- Manter atualizadas todas as tabelas de referência nos sistemas utilizados para faturamento, conforme normativas do MS;
- Cumprir rigorosamente o cronograma de entrega de faturamento junto ao órgão regulador;
- Solicitar o credenciamento/habilitação de novos serviços junto ao órgão regulador, quando necessário;
- Acompanhar a síntese de procedimentos ambulatoriais, disponibilizadas pelo órgão regulador conforme cronograma, a fim de estabelecer plano de ação imediato para recuperação de glosas, quando for o caso;
- Orientar a equipe médica a preencher adequadamente os laudos para Solicitação/Autorização de Procedimentos Ambulatoriais;
- Manter-se informado a respeito das normas e portarias que interferem nas rotinas de faturamento dos procedimentos;
- Orientar as áreas envolvidas no atendimento ao paciente, com o objetivo de minimizar erros operacionais de faturamento;
- Agilizar o envio dos prontuários ao setor de faturamento;
- Controlar e monitorar as informações de atendimentos ambulatoriais;
- Mapear os fluxos de informações na Unidade;
- Padronizar os processos inerentes ao faturamento, evitando perdas e desperdícios na alimentação das informações;
- Otimizar a cultura por metas e resultados;
- Mapear os custos da Unidade por setores e clínicas, visando implementar estratégias de

acompanhamento das receitas/fluxo de caixa/despesas;

- Disponibilizar painel de indicadores, no intuito de controlar e monitorar as metas e resultados da Unidade;
- Integrar as informações do faturamento com outras ferramentas disponíveis na gestão;
- Reciclar/capacitar os profissionais nas rotinas de faturamento.

1.1.3.3 Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio

ALMOXARIFADO

Na Policlínica – Região Rio Vermelho - Goiás, a organização e o controle dos serviços de apoio, como o almoxarifado, demandam uma abordagem sistemática e estruturada para assegurar a gestão eficiente e eficaz dos suprimentos.

Para isso existe um manual abrangente, contendo diretrizes e procedimentos operacionais padrão (POP), que abordará as principais etapas para organizar e controlar o almoxarifado. Este manual incluirá a definição clara de fluxos e processos, estabelecendo práticas padronizadas que garantam a otimização dos recursos, a minimização de desperdícios e o atendimento contínuo e seguro das necessidades da Unidade.

Inicialmente, planejar o espaço físico do almoxarifado para garantir que os produtos sejam armazenados de forma organizada e acessível. Definir zonas para diferentes tipos de produtos, instalar prateleiras, identificar áreas para recebimento e expedição, entre outras ações, faz parte deste planejamento.

- Classificar os produtos de acordo com sua natureza, utilização e características para facilitar a localização e o controle do estoque. Adotar um sistema de codificação ou categorização para agrupar os produtos de forma lógica, como por tipo, marca, tamanho, etc.
- Estabelecer rotinas claras para o recebimento de produtos, assegurando que os itens sejam registrados corretamente e verificados quanto à qualidade e quantidade. Isso pode incluir a emissão de notas fiscais, a conferência física dos produtos recebidos e a atualização dos registros de estoque.
- Monitorar o controle de estoque pelo sistema para acompanhar a entrada, saída e movimentação dos produtos, evitando faltas ou excessos.
- Estabelecer procedimentos para atender aos pedidos internos de diferentes departamentos, garantindo que os produtos sejam entregues de forma eficiente e oportuna.
- Definir prazos para solicitação de produtos, emitir requisições de compra e programar entregas.



- Realizar inventários periódicos para verificar a precisão dos registros de estoque e identificar possíveis discrepâncias ou problemas.
- Estabelecer uma rotina para a realização de inventários físicos, seja de forma periódica ou aleatória, ajudará a manter o controle sobre o estoque e a identificar oportunidades de melhoria.
- Racionalizar o estoque para evitar produtos em excesso, que podem ficar inutilizados, ou em falta, o que poderia gerar escassez de medicamentos ou materiais.
- Estocar somente o necessário para o período determinado, observando frequentemente detalhes como datas de validade, lotes, quantidade remanescente e frequência de uso dos produtos.
- Atentar para o controle rigoroso dos descartáveis, devido ao seu prazo de vencimento mais curto.
- Implementar a **classificação ABC**, utilizando o método da curva ABC ou princípio de Pareto, para classificar os itens de material em estoque de acordo com sua demanda de consumo. Identificar os itens de maior valor de demanda e exercer uma gestão mais refinada sobre eles, devido aos altos valores de investimento e impacto estratégico.
- Desenvolver a curva ABC utilizando inteligência artificial, com base na série histórica de consumo dos materiais, para sugerir o dimensionamento de compras para a Policlínica.

Classificar os itens em três classes:

Classe A: Itens de maior valor de demanda.

Classe B: Itens de valor de demanda intermediário.

Classe C: Itens de menor valor de demanda.

- Adotar a **classificação XYZ** para avaliar o grau de criticidade dos itens de material nas atividades desempenhadas, conforme descrito por Mendes e Castilho (2009). Classificar os materiais em:

Classe X: Materiais de baixa criticidade, cuja falta não afeta a produção nem oferece riscos à segurança.

Classe Y: Materiais de criticidade intermediária, que podem ser substituídos com relativa facilidade.

Classe Z: Materiais de máxima criticidade, cuja falta pode causar paralisação da assistência ou riscos significativos.

- Classificar os bens como permanentes ou de consumo, predominantemente uma

classificação contábil, de acordo com a natureza da despesa. Definir:

Material de consumo: Aquele que perde sua identidade física em até dois anos de uso corrente.

Material permanente: Aquele que mantém sua identidade física e tem durabilidade superior a dois anos.

- Definir o **estoque mínimo ou de segurança** como uma quantidade de itens mantidos para garantir a continuidade do abastecimento em situações imprevisíveis.

As políticas, diretrizes e procedimentos operacionais padrão AGIR serão de fundamental importância para implementar as rotinas administrativas do setor de almoxarifado para assegurar a organização e o controle eficiente dos materiais, alinhando as atividades com a diretriz estabelecida na Policlínica – Região Rio Vermelho - Goiás, sendo elas:

- **Rotina de recebimento de materiais**

O método de recebimento consiste na fase inicial do processo de armazenagem, realizando as seguintes funções:

- Recebimento (descarga);
- Conferência da documentação;
- Conferência do produto (qualitativa e quantitativa);
- Encaminhamento da nota fiscal para pagamento.

Procedimentos:

I. Recebimento (descarga):

O recebimento de materiais ocorrerá de segunda-feira a sexta-feira, das 08 às 17 horas. Eventualmente, conforme necessidade da Unidade e/ou conforme programado com o Serviço de Almoxarifado, o recebimento poderá ocorrer em dia e/ou horário diferente do padronizado.

Observar a seguinte ordem para recebimento:

- Produtos Termolábeis;
- Medicamentos;
- Material Médico Hospitalar;
- Demais materiais (escritório, manutenção, limpeza etc).

II. Conferência da Documentação:

agir



No ato da entrega, deve-se conferir a seguinte documentação entregue pelo transportador:

- Conferir dados do destinatário;
- Conferir se existe pedido (Ordem de Compra ou contrato de fornecimento contínuo);
- Observar as condições acordadas no pedido (valor, marca, dados do fornecedor, condições de pagamento e informações complementares).

III. Recebimento (descarga):

O recebimento deverá ser realizado em área específica, na doca do almoxarifado, mediante as seguintes observações:

- Inspeccionar as condições do transporte (veículo coberto e acondicionamento dos produtos);
- Descarregar os produtos obrigatoriamente sobre paletes e/ou estrados de plástico;
- Acompanhar/Orientar o descarregamento;
- Seguir as orientações do fabricante sobre o posicionamento das setas dos volumes;
- Respeitar a altura máxima estabelecida pelo fabricante;
- Descarregar os produtos dividindo por itens e lotes;
- Identificar os itens (rótulo/etiqueta) da amarração externa da carga preferencialmente com a face para fora, facilitando a identificação.

IV. Conferência qualitativa:

Deve-se inspecionar a integridade dos produtos quanto a:

- Aspecto físico dos volumes;
- Violação da embalagem;
- Rotulagem da embalagem.

O recebimento de novos produtos e/ou de usos específicos do serviço deverá ser realizado acompanhado pelo responsável do serviço solicitante ou profissional que utilizará o produto. O profissional deverá assinar o atesto da nota fiscal em conjunto com o almoxarife.

V. Conferência quantitativa

- Conferir a quantidade de volumes;
- Conferir a quantidade total de cada produto.

VI. Encaminhamento da nota fiscal para pagamento

Após o recebimento dos produtos ou serviços, realizar a entrada da nota fiscal no sistema ERP e realizar a avaliação do fornecedor. Em seguida, deve-se emitir o documento de entrada e nota fiscal eletrônica e encaminhar a nota fiscal e documentos pertinentes para conferência.

Deve-se, também, realizar a conferência da nota fiscal e seu respectivo documento de entrada, assim como demais documentos pertinentes. Após conferência, o documento de entrada

deverá ser assinado e a nota fiscal deverá ser encaminhada à central de pagamentos, bem como seus respectivos anexos.

- **Procedimento de devolução de materiais**

Na devolução de materiais, deve-se orientar os almoxarifes quanto aos procedimentos necessários para a devolução de produtos que não estejam de acordo, tais como avarias, mercadorias divergentes, quantidades incorretas ou itens faltantes e notas fiscais com informações incorretas.

As devoluções poderão ocorrer de 2 formas:

Devolução total: O material deverá ser recusado quando for verificada a divergência no recebimento, em casos em que não houver Ordem de Compra ou pedido via contrato. Quando a adversidade não for passível de correção, os seguintes procedimentos deverão ser adotados:

- Redigir ressalva informando o motivo da devolução no verso da DANFE;
- Informar a data da devolução;
- Providenciar a assinatura de quem está devolvendo;
- Coletar a assinatura do entregador ou motorista (tal ação é facultativa, pois o profissional poderá negar-se a assinar);
- Bater carimbo com CNPJ da unidade;
- Escanear e salvar em pasta específica.

Devolução parcial: Em caso da DANFE com mais de um produto em que algum destes foi entregue divergente ao solicitado, avariado, impróprio para uso, expirado, ou qualquer motivo que impossibilite o recebimento, deverá proceder-se com a devolução deste de maneira parcial:

- Entrar em contato com o fornecedor, solicitando autorização para receber parcialmente os itens, sendo que ele deverá emitir nota fiscal de devolução referente ao item que foi recusado;
- No momento do recebimento, deverá ressaltar o verso da nota fiscal, informando o motivo da devolução, quais itens foram devolvidos, constando a assinatura do responsável pelo recebimento e do entregador ou motorista;
- Escanear, copiar e salvar em pasta específica a DANFE;
- Devolver a transportadora uma via da nota fiscal com ressalva.
- OBS.: Para ambos os tipos de devolução, será necessária a autorização prévia do Encarregado ou Supervisor de almoxarifado do UNIDADE.

- **Rotina de estocagem de materiais**

- A estocagem é o processo de alocação/guarda dos materiais em um determinado local do almoxarifado. Para tal processo, e com a devida nota fiscal registrada no sistema ERP, a seguinte ordem de prioridade para estocar os materiais deverá ser considerada:

1. Produtos Termolábeis;
2. Medicamentos;
3. Material Médico Hospitalar;
4. Demais materiais (escritório, manutenção etc.)

Procedimentos:

I. Endereçamento:

- Estocar os materiais de acordo com o endereçamento no sistema. Caso não haja endereçamento, vincular o material ao endereço no sistema ERP;
- Alocar, preferencialmente, os produtos de grande volume e/ou peso em piso térreo;
- Os materiais de pequeno volume, com exceção dos medicamentos, deverão ser alocados, preferencialmente, em mezanino;
- Os medicamentos deverão ser estocados próximos à área de transferência para a farmácia central.

II. Estocar os materiais, sem exceção, sobre estrados, paletes ou prateleiras.

- Seguir as instruções do fabricante sobre a forma de armazenamento;
- Não estocar materiais encostados nas paredes.

III. Utilizar o método Primeiro que Vence, Primeiro que Sai - PVPS para estocar os materiais, seguindo a disposição das prateleiras:

- Da esquerda para a direita, de cima para baixo, ou seja, os produtos que vencem primeiro ficam à esquerda e posteriormente os de validades superiores.

IV. Identificar os produtos estocados nas prateleiras com etiqueta tipo gôndola. As etiquetas deverão conter as seguintes informações:

- Código do sistema ERP;
- Descrição do produto;
- Lote e validade.

V. Para os produtos que não fazem controle de lote e validade, as etiquetas deverão conter as informações:

- Código do sistema ERP;
- Descrição do produto.

VI. A estocagem de produtos termolábeis deverá ser realizada em local apropriado, conforme recomendações do fabricante:

- Conferir e anotar a temperatura 3 vezes ao dia;
- Registrar a temperatura no documento de controle.

VII. Realizar, periodicamente, a limpeza das estruturas de armazenagem (refrigerador, prateleiras, paletes e estrados).

VIII. Controlar a temperatura dos materiais estocados em temperatura ambiente e registrar a temperatura no documento de controle.

• **Rotina de separação e preparação (Picking)**

A separação consiste em preparar os materiais das respectivas áreas.

Procedimento:

I. O picking de materiais ocorrerá nos seguintes dias:

- Almojarifado Geral: atendimento de segunda a sexta-feira, 08:00 às 17:00 horas ou de acordo com a demanda e característica da Unidade.

II. Receber a solicitação de produtos via sistema ERP, devendo-se:

- Identificar os produtos e quantidades no pedido;
- Localizar o produto no estoque;
- Seguir o método PVPS;
- Realizar o atendimento do item por meio do código de barras da etiqueta emitida pelo do sistema ERP ou etiqueta que consta na embalagem do fabricante.

III. Acondicionar os materiais separados em caixas plástica vazada e/ou em paletes de plástico e, após concluída a separação do pedido, identificar a carga com os dados deste;

IV. Entregar os materiais para o colaborador do serviço/estoque solicitante. O recebimento poderá ser realizado das seguintes formas:

- Colher assinatura e número da matrícula do colaborador no documento de saída de material;
- Realizar o recebimento por meio do sistema ERP.

V. Arquivar os documentos de saída de materiais com a assinatura do colaborador recebedor deles.

- Documentos físicos em pasta específica;
- Para o recebimento pelo sistema ERP, automaticamente, o registro será salvo no banco de dados do sistema.

• **Rotina de entrega de insumos**

As solicitações devem incluir detalhes sobre o tipo e quantidade de insumos necessários, além de qualquer informação adicional relevante (como prazo e prioridade). O almoxarifado deve

agir



revisar e aprovar as solicitações, verificando a disponibilidade dos insumos e priorizando as necessidades conforme a urgência e importância.

Procedimento:

I. Preparar a separação dos itens solicitados, embalando-os de acordo com as normas de segurança e conservação.

- Conferência na separação dos materiais e/ou medicamentos deve ser seguida, pelo almoxarife, verificando se a separação segue fielmente ao pedido corrigindo as não conformidades identificadas.

II. Entrega:

- Transportar os insumos do almoxarifado para os setores utilizando veículos ou equipamentos adequados para garantir a integridade dos produtos.
- Entregar os insumos diretamente nos setores, acompanhando a documentação de entrega e a assinatura do responsável pelo recebimento.

III. Confirmação e Registro:

- Os responsáveis pelos setores e satélites devem conferir os insumos recebidos, verificar a conformidade com a solicitação e registrar a entrega.
- Atualizar o sistema de gestão com as informações sobre a entrega, incluindo a data, hora, quantidade e qualquer observação relevante.
- Sistema de distribuição: Recomenda-se a utilizados do palms e leitores de código de barras para a dispensação para reduzir a ocorrência de erros.
- Dupla checagem: No momento da entrega dos insumos deve ser realizada dupla checagem, ou seja, a pessoa responsável pelo recebimento deverá conferir item a item recebido, juntamente com o entregador.

- **Rotina de contagem cíclica dos estoques**

Estabelece o procedimento adotado para contagem cíclica dos almoxarifados centrais e farmácias.

Procedimentos:

I. Emitir o relatório de contagem no sistema ERP, considerando o cronograma de contagem estabelecido pelo gestor;

II. Preencher o documento referente a contagens cíclicas de estoque no mês correspondente à contagem com o nome do responsável e data inicial da contagem;

III. Realizar a contagem física, com os seguintes métodos:

- Curva A: 100% dos itens contados, mensalmente;

- Curva B: 50% dos itens contados, mensalmente;
- Curva C: 25% dos itens contados, mensalmente;

Obs.: Mensalmente, 100% dos itens da curva A são contados; Bimestralmente, 100% dos itens da curva B são contados; Quadrimestralmente, 100% dos itens da curva C são contados.

IV. Comparar, ao final, a quantidade física encontrada e a quantidade sistêmica, remetendo o relatório ao gestor;

V. Analisar o resultado parcial da contagem e, em caso de divergência, solicitar a segunda contagem dos produtos por outro colaborador, solicitando a terceira contagem, caso ocorra divergência entre a quantidade apresentada na primeira e segunda contagem;

VI. Verificar as diferenças com maiores saldos e/ou valores financeiros, remetendo à Diretoria Administrativa e Financeira da Unidade para avaliação e juntada às justificativas para tais diferenças;

VII. Realizar os ajustes, após análise da Diretoria Administrativa e Financeira da Unidade, no saldo físico e contábil do estoque, preenchendo o documento de contagem, com data da tratativa e o responsável por ela;

VIII. Arquivar o comprovante de inventário no processo administrativo correspondente.

PATRIMÔNIO

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde (AGIR) tem definido diretrizes e procedimentos operacionais frente a gestão integral de todos os ativos patrimoniais, desde o nascimento da necessidade, com critérios do plano de investimento (CAPEX), tão quanto, fluxo de padronização, aquisição, tombamento e entrega técnica para as áreas, sendo que a AGIR estabelecerá este fluxo de registro e controle do patrimônio na Policlínica – Região Rio Vermelho - Goiás, se comprometendo a:

- Replicar a estrutura documental e fluxo operacional na unidade;



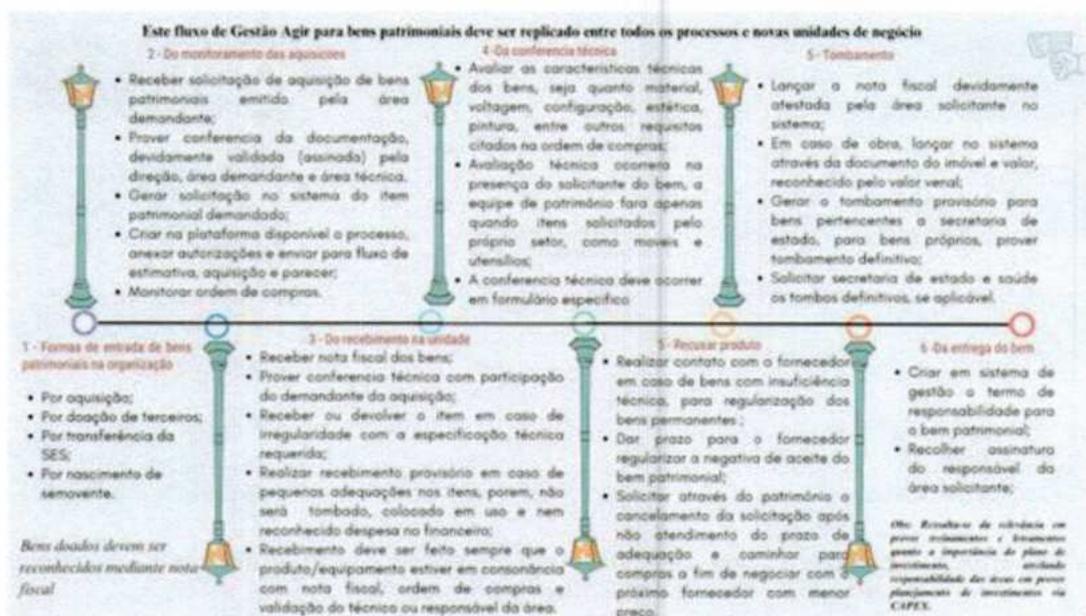


Figura 67 - Fluxo operacional simplificado do processo de gestão patrimonial para implantação das normas na Policlínica

- Implantar todos os registros de controle e plano de inventário existentes na governança patrimonial;
- Inserir tecnologia para gestão de ativo com acurácia efetiva nos inventários;

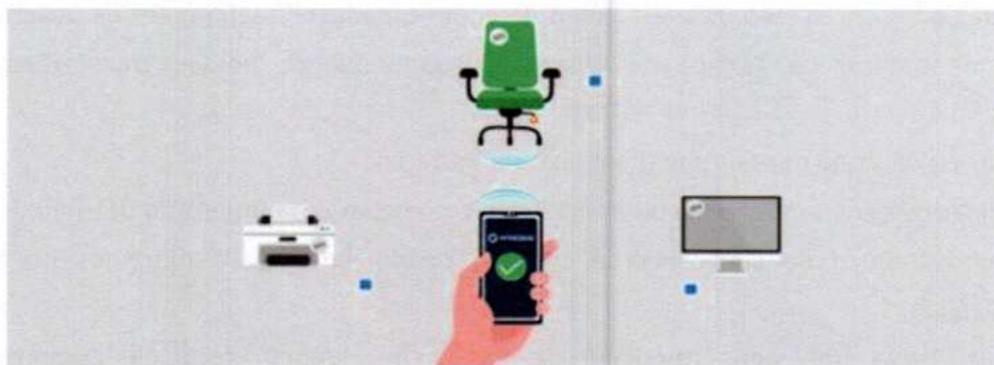


Figura 68 - Gestão AGIR Saúde adota RFID para controle de ativos patrimoniais, ganhando em escala de tempo e acurácia em inventários

- Estruturar a trilha de treinamentos com os profissionais sobre gestão de ativos patrimoniais e fluxo em excelência operacional;
- Replicar o trace desde definição do plano de investimento, aquisição, tombamento e desmobilização, alinhados com as práticas estabelecidas em conjunto com a Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul;

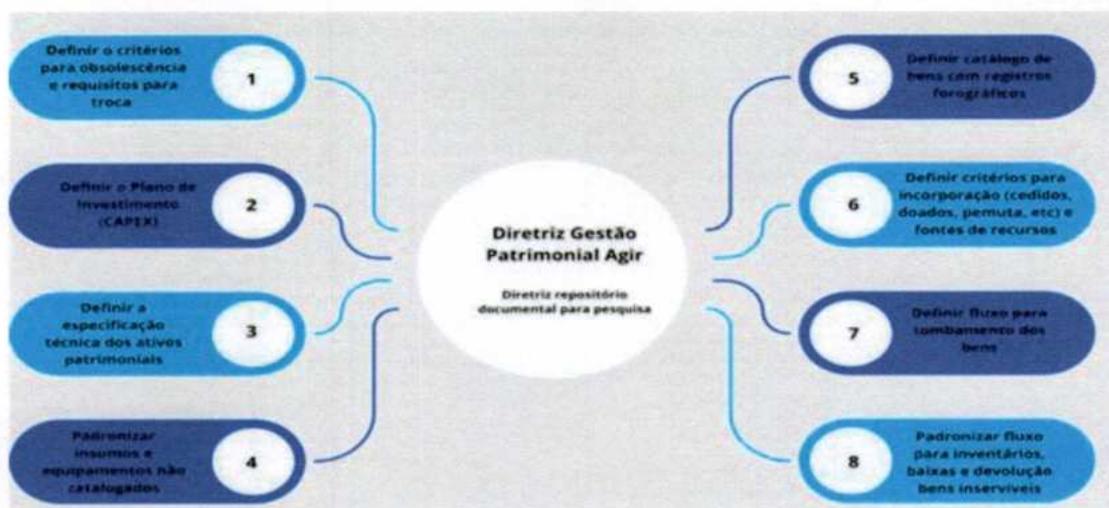


Figura 69 - Principais pontos padronizados em Diretriz do modelo gestão AGIR para ativos patrimoniais (Diretriz 067 - Diretriz Corporativa de Gestão Patrimonial - AGIR)

- Registrar as incorporações e baixas, informando os bens existentes;
- replicar o fluxo de entregas técnicas dos bens para as áreas solicitantes, mediante termo de responsabilidade;
- Registrar e informar a localização dos bens, para maior controle de movimentações na Unidade;
- Registrar os agentes responsáveis, a fim de criar responsabilização entre os usuários;
- Emitir e atualizar os Termos de Responsabilidade quando houver transferências entre áreas;
- Replicar os critérios para a movimentação de material;
- Identificar os bens extraviados ou danificados com baixa e o número do patrimônio;
- Implantar o fluxo de sindicância e critérios de diligência para extravios de bens não identificados;
- Realizar baixa de bens mediante emissão de laudos técnicos comprovando a inservibilidade;
- Formalizar carta para contratante, para realizar devolução de bens inservíveis;
- Implantar painel de gestão patrimonial para obtenção de informações gerenciais, a fim de tomada de decisões ágeis;



Figura 70 - Painel de Gestão Patrimonial AGIR Saúde para implantação na Policlínica

Todo bem permanente, após seu recebimento definitivo, será tombado pelo departamento de patrimônio, seguindo as diretrizes corporativas para gestão patrimonial, alinhadas aos fluxos estabelecidos pela secretaria de saúde.

No fluxo de gestão, o tombamento consiste no arrolamento do bem permanente, por meio de numeração específica do sistema patrimonial, sendo que a AGIR seguirá o tombamento com uso de plaqueta a definir pela Secretaria de Saúde, tão quanto, pela inserção de tag de RFID e leitores automáticos em gestão por inovação adotado na governança da AGIR.

Para fins de tombamento, será realizado o registro patrimonial de todos os materiais permanentes, o qual deverá conter:



Figura 71 - Critérios adotados para tombamento de bens patrimoniais com dados estruturados para tomada de decisões estratégicas.

A AGIR, dentro dos manuais, normas e rotinas patrimoniais, tem diretriz específica para gestão de ativos, sendo que o documento normativo e respectivos procedimentos operacionais padrões estão validados, publicados e são reiteradamente auditados pelos processos de certificação existentes, tanto NBR ISO 9001 (SGQ), quanto pelas boas práticas definidas pelas Normas Orientadoras (NO) da Organização Nacional de Acreditação (ONA), ofertando assim validação em termos de qualidade e excelência para os processos existentes, a incluir gestão patrimonial.

Por meio desta expertise e maturidade em gestão, a AGIR levará para a unidade em questão, todas as rotinas bem definidas, a incluir toda a prática para planos de investimentos, todo o fluxo de padronização de bens, otimizando assim sustentabilidade frente a aquisição segura e adequadamente efetiva, implantar o macrofluxo para aquisição, parecer técnico, recebimento técnico, tombamento, depreciação, inventário de bens e fluxo para findar ciclo de vida com devolução para secretaria de bens inservíveis.

Em consonância com departamento de contabilidade e financeiro, todos os estoques, depreciações e apropriação de bens ocorrerão dentro de contas contábeis definidas na estrutura de gestão da AGIR em alinhamento com a secretaria, como móveis e utensílios, equipamentos eletrônicos, veículos e outros bens imobilizados diversos.

Frente aos manuais e normas e rotinas administrativas dos setor de patrimônio, a AGIR adota e replicará para unidade a contratação de empresa especializada em manutenção de bens, para otimizar reparos de estofados, estrutura em madeira, reparo eletrônico, entre outros,

tendo assim possibilidade de obter laudos e sustentabilidade, porém, em caso de antieconomicidade, os bens não serão reparados, sendo estartado nova aquisição, frente a busca por equilíbrio financeiro. O número de tombamento dos bens será fixado por meio de etiquetas/plaquetas. No caso de obras bibliográficas, o número de tombamento deverá ser fixado por meio de carimbo ou etiqueta, que conterà também outras informações necessárias ao controle do acervo pela unidade gestora.

• **INVENTÁRIOS**

Para nível de controle e acurácia, a AGIR levará para a unidade a prática de inventários, seguindo o fluxo e rotinas a seguir:

- Identificar através de categorização os tipos de bens na unidade;
 - Prover a divulgação para as unidades do plano de inventário;
 - Enviar para as unidades setoriais os arquivos digitais dos itens patrimoniais;
- 
- Realizar in loco a inspeção dos bens, com uso de leitor automático de RFID;
 - Validar as informações junto com cada gestor entre os itens identificados e os não identificados;
 - Verificar a existência física dos bens e materiais;
 - Mapear e atualizar o estado de conservação dos bens e materiais;
- Avaliar e confirmar os agentes responsáveis pelos bens em consonância com os termos de responsabilidades emitidos;
 - Manter atualizados e conciliados os registros de material e de patrimônio;
 - Apurar a ocorrência de dano, extravio ou qualquer irregularidade;
 - Finalizar o relatório de inventário, para submissão junto a direção, para possíveis diligências;
 - Subsidiar as tomadas de contas, indicando os saldos existentes em 31 de dezembro de cada ano.

O inventário físico, para verificação dos equipamentos e materiais permanentes em uso nos departamentos setoriais da unidade de saúde, será trimestral, destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais existentes, do acervo de cada unidade setorial, ainda, é seguido todo o trâmite contábil e financeiro necessário para gestão de ativos, também, o inventário é feito de forma mútua, com a participação e validação do gestor de cada setor, para ciência e tão quanto apoio na tomada de decisões e deliberações necessárias, com uso de painéis, BI e tecnologias embarcadas para facilitar a gestão na tomada ágil de

decisões.

1.1.3.4 Proposta de manual de rotinas para administração financeira

A seguir, em atendimento ao requisito do documento editalício, a AGIR apresenta a proposta de manual de rotinas para Administração Financeira para a Policlínica – Região Rio Vermelho – Goiás.

MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

1. Introdução

A Gestão Administrativa e Financeira busca estabelecer, dentro do escopo proposto pela AGIR, diretrizes a serem aplicadas para que a execução financeira subsidie as decisões estratégicas, bem como para que se cumpra as operações internas com transparência e qualidade.

Essa gestão é de extrema relevância para a elaboração dos planos orçamentários das unidades geridas pela OSS uma vez que, a partir de demonstrativos de execuções financeiras, pode-se planejar ações a serem alcançadas e revistas dentro do proposto e, ainda, assumir novas demandas.

Dentro dos quesitos que norteiam as rotinas financeiras, busca-se atingir os princípios básicos da Gestão Financeira, a saber:

- **Transparência:** garantir a transparência e assertividade das informações prestadas;
- **Ética:** fazer cumprir com as determinações frente ao Contratante e à sociedade;
- **Responsabilidade:** agir de maneira responsável com o erário público, diante das ações executadas;
- **Rastreabilidade:** fazer com que as informações estejam sempre claras e de fácil acesso para serem apresentadas agilmente em fiscalizações e auditorias.

Esta vertente contemplará a estrutura de grupos contábeis devidamente estabelecidos pela AGIR, a saber: Serviços Médicos, Serviços Diversos, Fornecedores de Insumos e Fornecedores de Bens Patrimoniais.

Para essa estrutura tem-se,, ainda as classificações de gastos com Pessoal, que englobam as demandas trabalhistas, encargos sociais e demandas rescisórias.

A Unidade seguirá o padrão de diretrizes e políticas internas instituídas pela AGIR, no intuito de reduzir as divergências quanto às rotinas adotadas, seguindo o preconizado institucionalmente.

Cabe reforçar que essa metodologia engloba tanto as rotinas financeiras quanto as entregas e indicadores financeiros que norteiam as decisões das Superintendências da AGIR.



2. Estrutura Financeira da AGIR

Na AGIR, a gestão financeira é estruturada de forma hierárquica, observadas as necessidades e especificações aplicáveis dentro dos níveis de gestão. Abaixo, destaca-se a estrutura atual incorporada e suas respectivas atribuições dentro do escopo financeiro, atuantes também frente as unidades gerenciadas:

- **Gerência Corporativa Contábil e Financeira** - Planeja e gerencia os serviços contábeis, custos e controle financeiro, respondendo pela qualidade técnica das entregas, bem como acompanha e gerencia os demonstrativos de resultados financeiros, a fim de contribuir para as decisões das Superintendências;
- **Supervisão Financeira** - Supervisiona, acompanha, desenvolve e executa atividades relacionadas à área de finanças, mantendo os controles precisos das atividades e os registros completos das informações, fornecendo relatório e demonstrativos confiáveis que permitem a administração eficiente dos recursos institucionais.
- **Serviço de Controle Financeiro** - Executa os trabalhos referentes à área financeira, bem como a preparação de arquivos documentais relativos aos pagamentos, prestação de contas, processamento bancário, acompanhamento de fluxo de caixa, contas a pagar e controle de repasses referente ao Contrato de Gestão. Também, efetua o controle e acompanhamento das despesas administrativas referentes à OSS, que compõe o rateio para as unidades por ela administradas.

3. O processo de execução financeira

Toda movimentação dos recursos financeiros destinados ao gerenciamento das unidades sob gestão da AGIR dar-se-á por meio de contas bancárias específicas e exclusivas, evitando que haja divergências ou dupla interpretação dos órgãos de fiscalização.

A AGIR propõe para a Policlínica, disponibilizar, periodicamente, os relatórios de execução financeira, cumprindo com a transparência e visibilidade frente à sociedade, como também com o serviço de prestação de contas.

Todas as rotinas financeiras são embasadas nas Políticas Institucionais impostas pela AGIR, a fim de promover uma gestão com qualidade, norteadas em realizar com eficácia as exigências dos órgãos de fiscalização, conforme explicado anteriormente.

3.1 Recebimentos

São todas as entradas de recursos financeiros nos cofres da OSS. Envolve o recebimento de repasses referente a verbas financeiras oriundas do Contrato de Gestão, convênios, doações, valores referentes a verbas específicas de investimento e verbas oriundas de recursos próprios.

No intuito de padronizar os processos e manter estabelecidos os controles internos frente às

movimentações e receitas bancárias, o setor segue uma rotina de atividades que visam a prevenção de fraudes e quaisquer intercorrências no fluxo financeiro, buscando sempre manter a segurança e rastreabilidade das informações.

Nos casos de consolidação contratual da OSS, a equipe da Superintendência de Gestão e Planejamento da AGIR, disponibiliza a minuta do Contrato de Gestão para a Gerência Corporativa Contábil e Financeira - GCCF, para que seja realizada a provisão no sistema operacional financeiro das parcelas referente aos repasses mensais compactuados, como também sejam realizados os devidos controles.

A rotina de conciliação bancária é uma das grandes responsabilidades do setor financeiro, que engloba todo o controle de entradas e saídas de recursos, bem como o controle de fluxo de caixa, analisando criteriosamente os saldos disponíveis e as despesas previstas a serem executadas.

Ao identificar a entrada de recursos financeiros oriundos do Contrato de Gestão firmado, a equipe responsável pelo acompanhamento desse controle, confrontará o valor recebido em conta específica com os valores mensais previsto no Contrato de Gestão com as informações publicadas em sites oficiais do Contratante.

Após confrontar as informações e identificar a referência do recurso, o Serviço de Controle Financeiro realizará o fiel registro das informações no sistema operacional, tanto dos valores creditados em conta corrente referente aos repasses do Contratante como também de outras verbas compactuadas, nos casos em que houver.

Identificados recursos oriundos de doações, a equipe responsável pela conciliação diária, confirmará com o setor responsável sobre o valor creditado. Tratando-se de doações referente a Termos de Parceria firmados entre a AGIR e as empresas inscritas em programas de benefícios do Governo, a equipe realizará o registro no sistema operacional, informando o nome da empresa ou pessoa física responsável pelo crédito de doação.

Os depósitos referentes a outras verbas serão informados ao Serviço de Controle Financeiro por meio de Comunicação Interna, a fim de manter a transparência e a qualidade das informações. A Unidade poderá receber, também, verbas de doações não identificadas, uma vez que o depositante pode optar em manter o anonimato.

Periodicamente, o cenário econômico da Unidade será apresentado ao superior imediato com as possíveis probabilidades de fluxo financeiro. Se identificado um cenário crítico para o período a informação, a informação será repassada para a Superintendência de Operações e Finanças da AGIR, bem como para a Diretoria, da unidade gerenciada, para que sejam realizados os devidos contatos junto ao Contratante.

No fechamento mensal, o Serviço de Controle Financeiro realizará o controle dos valores



agir

repassados pelo Contratante, a fim de manter as informações atualizadas e os possíveis cenários de riscos tratados.

3.2 Pagamentos

É o serviço pelo qual faz-se cumprir as obrigações financeiras da Unidade frente aos fornecedores, bem como as obrigações tributárias e trabalhistas, buscando manter em dia os compromissos financeiros e a legalidade fiscal.

O cumprimento de prazos e os quesitos que norteiam e regularizam as determinações previstas no Contrato de Gestão serão constantemente disseminados juntos aos colaboradores, visando manter a cultura do accountability dentro da instituição.

O setor responsável pelo requerimento do insumo e/ou prestação de serviço encaminhará uma solicitação de compras para o Setor de Compras, contendo todas as informações necessárias para a aquisição ou prestação do serviço. Após o recebimento da solicitação de compras, o Setor de Compras realizará as cotações e negociações com os fornecedores, seguindo o preconizado no Regulamento de Compras aprovado pelo Conselho de Administração da AGIR.

Finalizado os trâmites de contratação, será emitida a Ordem de Compras e esta será direcionada à solicitação de autorização para as Superintendência Executiva e Superintendência de Operações e Finanças da AGIR. Em seguida, o processo com toda documentação comprobatória da negociação, juntamente com a Ordem de Compras, será encaminhado para o setor responsável pela solicitação.

Havendo a necessidade de contratação de serviços ou insumos via contrato, o setor de Gestão de Contratos será acionado para finalizar os trâmites de negociação contratual e realizar a confecção das cláusulas específicas a cada fornecedor, considerando o tipo de serviço contratado e, em seguida, realizar a coleta da assinatura das partes.

O gestor do pagamento receberá os insumos conforme negociado na Ordem de Compras e/ou Contratos e realizará a conferência das notas fiscais conforme as exigências determinadas pelos órgãos de fiscalização, bem como o cumprimento do acordado na negociação, como CNPJ do Fornecedor, CNPJ da Unidade, valor, quantidade etc. Cabe aos gestores de contratos solicitar ao Fornecedor, além do documento fiscal, os relatórios comprobatórios da prestação do serviço.

Após realizada a conferência da nota fiscal, o colaborador terá o prazo de 24 horas úteis para realizar o registro de entrada da nota de mercadorias e/ou serviços no sistema financeiro, conforme particularidades do documento fiscal. Em seguida, o gestor deverá atestar o recebimento da nota fiscal e encaminhar ao Serviço de Controle Financeiro todas as documentações referentes ao Pagamento das Notas, como certidões, relatórios, declarações, escalas, romaneios, arquivo XML, contratos, entre outros, conforme exigências da Contratante

e dentro do prazo interno institucional determinado nas diretrizes, a fim de evitar qualquer falha no processo.

Nos casos em que o pagamento se tratar de Investimento, o gestor deverá informar tal particularidade na solicitação de pagamento, informando ao Serviço de Controle Financeiro se possui verbas específicas diferente das verbas de custeio.

As solicitações de pagamentos oriundas de Notas Fiscais de Serviços, passaram pela equipe Fiscal antes de serem encaminhadas ao financeiro, onde será realizada a análise fiscal/tributária das Notas e inseridas as informações dos impostos no sistema operacional, dos impostos a serem retidos de acordo com as retenções a serem efetuadas.

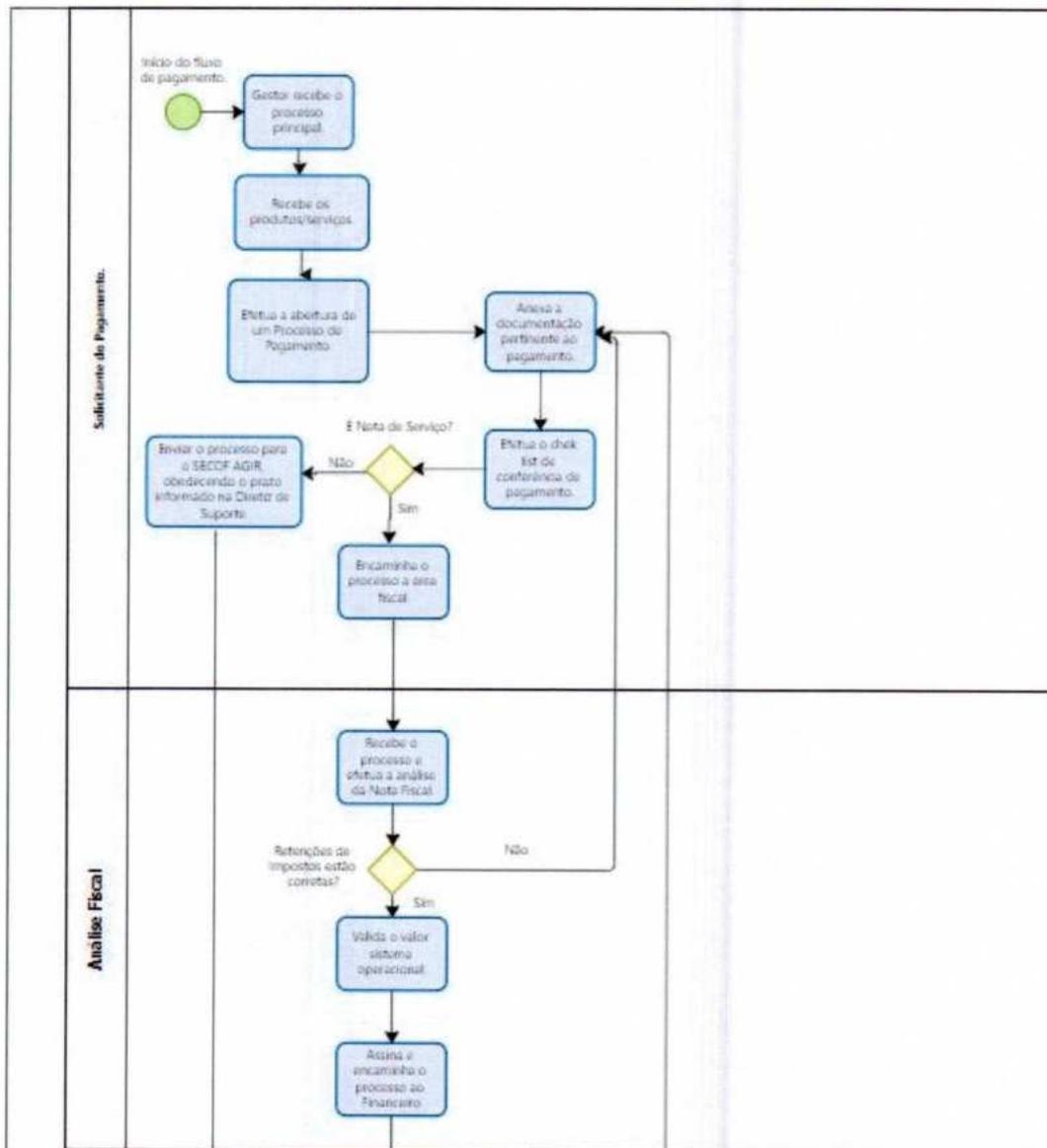
Para o controle das solicitações de pagamentos, o Serviço de Controle Financeiro ficará responsável por receber os pagamentos, no decorrer da semana. Cada colaborador da equipe financeira realizará a checagem das informações financeiras da nota fiscal, checagem se estão todos documentos anexados pelos gestores da Unidade e, em seguida, fará o arquivamento das documentações necessárias exigidas pelos órgãos de controle e fiscalização em repositório local específico.

Assim, caso seja identificada a regularidade no pagamento, o Serviço de Controle Financeiro fará os devidos lançamentos no sistema operacional e no sistema bancário. Após conciliação diária, os pagamentos serão autorizados pelas Superintendências e, em seguida, os colaboradores responsáveis pelo pagamento evidenciarão a conclusão do processo com o anexo do comprovante de pagamento no processo. Em seguida, eles realizarão a devolução dele ao gestor responsável.

Nos casos que forem identificadas irregularidades no pagamento, o processo será remetido ao setor de origem para sanar as irregularidades e, caso seja necessário, será procedida a prorrogação da nota fiscal junto ao Fornecedor.

Para visualização do processo de pagamento, segue o desenho do fluxo implantado na AGIR:





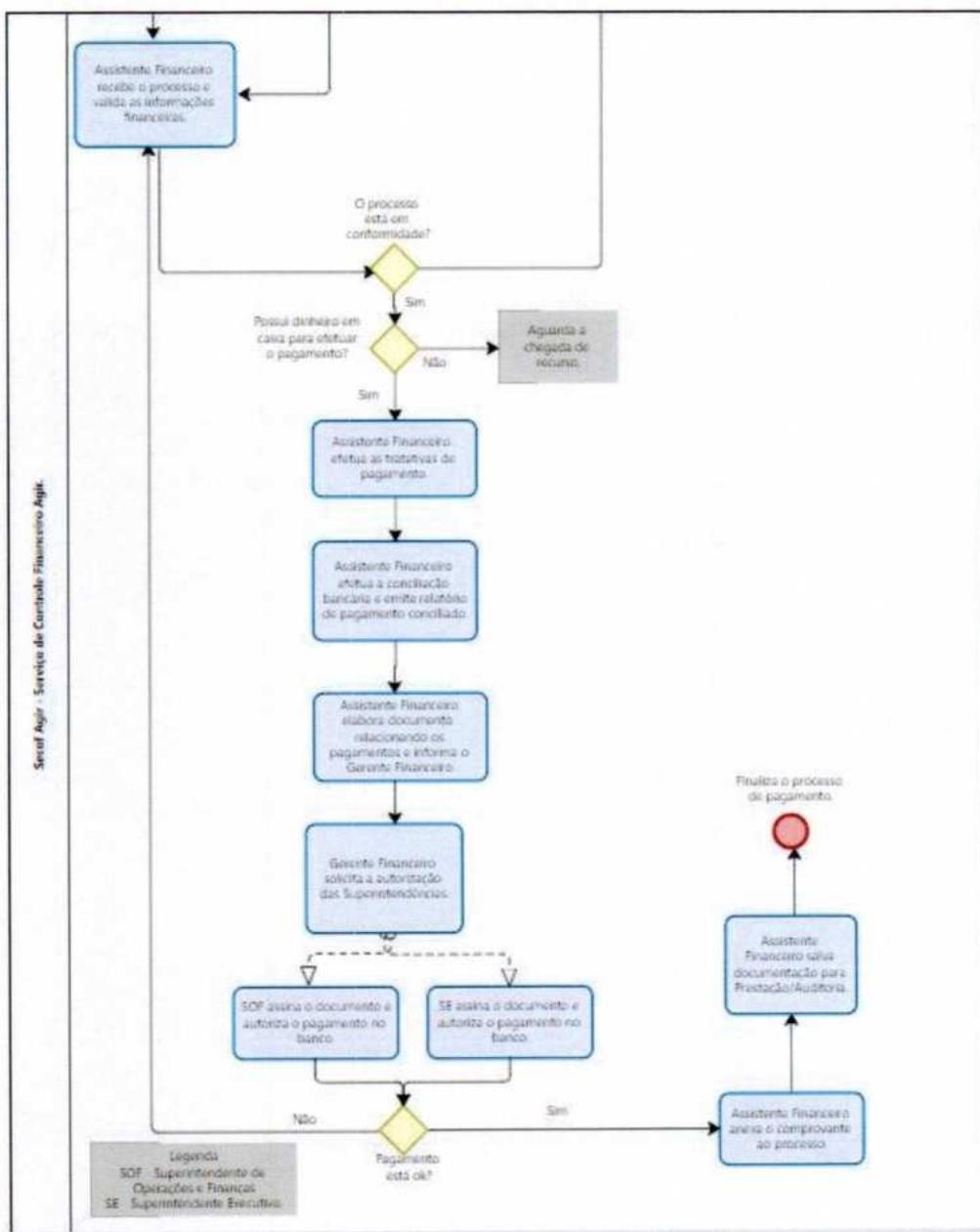


Figura 72 - Fluxo do Processo de Pagamento

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2024.

3.3 Conciliação bancária

A conciliação bancária é uma das rotinas diárias realizadas pelo Setor Financeiro, por meio dos extratos bancários das Unidades, a fim de acompanhar os registros e movimentações das contas correntes e contas de aplicações.

A primeira rotina do Serviço de Controle Financeiro é realizar a emissão dos extratos bancários do dia anterior e salvar no repositório da rede local. Em seguida, os colaboradores realizam os



registros das movimentações financeiras do dia anterior no sistema financeiro. Caso haja a devolução de algum pagamento, o assistente financeiro responsável pela transação bancária realiza a verificação do motivo da devolução e faz as devidas tratativas. Caso seja necessário, realiza-se o contato com o Fornecedor para solicitações de novos dados para o pagamento.

Por meio do extrato diário, os colaboradores analisam a rentabilidade das aplicações financeiras e mantém atualizados os controles internos, bem como o fiel registro dos rendimentos no sistema financeiro operacional.

3.4 Fluxo de caixa

O fluxo de caixa consiste no instrumento de gestão financeira utilizado para projetar futuras saídas previstas já compactuadas, bem como possíveis valores de entrada, indicando o cenário mais real possível da saúde financeira da Unidade. A ferramenta, também, poderá ser utilizada para identificar o cenário real consolidado durante determinado período.

Os controles financeiros e fluxo de caixa serão realizados por regime de caixa, ou seja, pelo registro de toda a saída e entrada de recursos dentro de um determinado período. Dessa forma, tanto os controles financeiros quanto o fluxo de caixa deverão seguir as classificações determinadas, a saber:

- Recebimentos de repasses do Contrato de Gestão e outras verbas;
- Rendimentos de aplicações do período;
- Pagamento de despesas referente a materiais médicos;
- Pagamento de despesas referente a materiais diversos;
- Pagamento de despesas referente a serviços contratados por terceiros, sejam eles relacionados ou não com a atividade fim;
- Pagamento de taxas e contribuições;
- Pagamento de despesas referente água, energia, internet e telefonia;
- Pagamento de impostos referente a serviços prestados por terceiros;
- Pagamento de impostos sobre folha de pagamento;
- Pagamento referente a despesas trabalhistas, tais como: salário, férias, 13º salário, rescisão e encargos sobre rescisão;
- Pagamentos de despesas referente a investimento. Nesses casos serão considerados bens patrimoniais, como aquisição de equipamentos hospitalares, obras, instalações, reformas que visem ao aumento da vida útil do bem.

Assim, as atribuições do Setor Financeiro contemplarão a gestão e acompanhamento periódico do fluxo de caixa, de forma a subsidiar decisões estratégicas acerca do desempenho e resultados econômicos das Unidades.

O cenário financeiro consolidado será apresentado à Diretoria da unidade, bem como às

Superintendências da AGIR, visando estabelecer tomadas de decisões de ordens interna e/ou externa, como também possíveis solicitações ajustes financeiros junto ao Contratante.

3.5 Aplicação financeira

É prática da AGIR aplicar os recursos oriundos dos repasses contratados em modalidade de aplicações mais rentáveis no mercado financeiro, e que tenham classificação de baixo risco considerando o bom uso do recurso público, de modo a contribuir com a eficácia nos serviços prestados a sociedade.

Ao identificar-se a entrada de valores referente aos repasses do Contrato de Gestão, a AGIR optará pela aplicação financeira mais rentável no mercado dentro do período, buscando manter uma ação mais conservadora, conforme orientação prevista no Contrato de Gestão.

Cabe ressaltar que o acompanhamento da rentabilidade e sua variação dentro do período já é prática diária do Serviço de Controle Financeiro da AGIR que, ao identificar qualquer prática inadequada nas movimentações, contacta de imediato o gerente bancário da conta.

As aplicações serão realizadas nas modalidades que se baseiam em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto, majoritariamente, por títulos da dívida pública, ou conforme previsto em contrato. Postula-se que seus valores somente serão resgatados para o fiel cumprimento de pagamentos de despesas referentes a custeio da Unidade e/ou aquisições de investimentos.

Em se tratando de recursos relacionados a verbas de investimento, os valores serão aplicados em contas de aplicações distintas das verbas para custeio, a fim de facilitar a prestação de contas.

Sempre que solicitado, o Setor Financeiro apresentará o demonstrativo de controle de investimentos para análises dos superiores imediatos ou órgão fiscalizador oficial.

4. O processo de prestação de contas – SIPEF D+1

A prestação de contas compreende o repasse das informações financeiras e documentações comprobatórias de despesas realizadas pela Unidade aos órgãos de fiscalização diariamente.

A AGIR possui um portal eletrônico de documentos, onde toda a movimentação processual fica arquivada – sistema e-Doc e e-Compras -, no qual os colaboradores estão orientados a anexar toda e qualquer informação pertinente ao esclarecimento do entendimento dos processos de pagamentos.

Por prezar pela transparência nas informações tratadas pelo setor financeiro, toda e qualquer solicitação de prestação de contas será tratada com total zelo, sendo encaminhada toda a documentação solicitada, sempre que necessário, para ser auditada.

Como ferramenta que subsidia a transmissão de dados, a AGIR utiliza um *software* específico para as transmissões de dados ao Contratante nas unidades gerenciadas no Estado de Goiás,

agir



no qual são informadas todas as movimentações, tanto de pagamento de fornecedores quanto de impostos, taxas, despesas bancárias e transferências no formato D+1.

Toda a movimentação financeira é extraída do Sistema Operacional Financeiro, em formato de arquivo Excel. Os campos complementares são preenchidos e as documentações são anexadas pelos colaboradores do Serviço de Controle Financeiro, bem como os contratos firmados com Fornecedores, os arquivos XML das notas de insumos, notas fiscais, relatórios de fornecedores e os extratos bancários para comprovação das despesas.

Após a inserção de todos os dados referentes aos pagamentos e movimentações de entradas e saídas de recursos, é realizada a importação dos dados para o sistema e a conferência dos saldos, que devem estar de acordo com a movimentação do dia.

Além da prestação de contas diária, tem-se o envio da prestação de contas mensal que engloba as informações referentes às Demandas Judiciais, Encargos Sociais, Repasses, Contratos com Fornecedores, Folha de Pagamento, Declarações, Bens Móveis, Balancete, Balanço Patrimonial, Servidores Públicos, Demonstração do Resultado do Exercício, Diário e Razão.

5. Controles internos

Com a finalidade de manter a qualidade e segurança da operação, bem como evitar fraudes, os processos internos serão analisados conforme cenário operacional, buscando minimizar ao máximo intercorrências nos pagamentos e possíveis riscos na operação financeira.

Algumas medidas primordiais serão aplicadas no intuito de manter a segurança financeira:

- Acompanhamento diário das notas fiscais lançadas no Sistema Financeiro;
- Acompanhamento diário dos juros sobre aplicações financeiras;
- Acompanhamento periódico dos valores repassados pelo Contratante;
- Realização diária da conciliação bancária;
- Realização da análise de Fluxo de Caixa;
- Confecção e atualização dos documentos de suporte direcionados aos setores que operacionalizam processos de pagamentos;
- Realização de treinamentos e acompanhamento da operação;
- Efetivação da rotatividade das atividades financeiras;
- Acompanhamento das normativas tributárias;
- Acompanhamento dos indicadores de processos;
- Acompanhamento do mapa de risco da operação;
- Disseminação das Políticas Institucionais, bem como das diretrizes internas que norteiam a operação financeira;

Na AGIR, não são admitidas condutas que ferem o cumprimento dos controles acima

relacionados, inclusive ações consideradas inadequadas para o cumprimento dos pagamentos deverão ser imediatamente reportadas para o superior imediato da área.

6. GESTÃO DE CUSTOS

A gestão estratégica de custos é regrada na Política de Orçamento e Custos da AGIR, na qual visa o compromisso com a sustentabilidade orçamentária por meio de diretrizes que vislumbram resultados, garantindo o cumprimento dos processos orçamentários, financeiros e de custos. Os objetivos da Política balizam-se em:

- Esclarecer a origem de receitas recebidas e faturamento gerado pelo atendimento aos pacientes e procedimentos realizados (fonte pagadora);
- Direcionar a aplicação de recursos recebidos;
- Otimizar a aplicação de recursos disponíveis;
- Garantir assertividade nas informações geradas pela consolidação dos custos;
- Fornecer conhecimento das composições, evoluções e apropriações de recursos.

A AGIR preconiza que a previsibilidade orçamentária e seu acompanhamento são fundamentados com base nos resultados de consolidação de custos, sendo as projeções orçamentárias pautadas em diretrizes da Instituição e da Contratante, quanto a manutenção e/ou ampliação de estruturas e serviços, vislumbrando cenários macroeconômicos.

6.1 Metodologia e Sistema de Custeio

A apuração e a consolidação dos custos seguirão a metodologia de Custeio por Absorção, alocando os custos para os diversos centros e agentes do processo produtivo, com foco no direcionamento das informações gerenciais para fins de tomadas de decisões assertivas pelos gestores, visando a melhoria do desempenho das atividades e, conseqüentemente, a qualidade no serviço prestado à sociedade.

As informações específicas para a apuração e consolidação dos custos serão tratadas nas plataformas *Business Intelligence - BI* e, também, na *Key Performance Indicators for Health - KPIH* da Planisa, que possibilita levantar e acompanhar indicadores de custos e performance de unidades de saúde geridas através do modelo de administração pelo terceiro setor.

As informações de custos deverão considerar o regime de competência, contemplando, assim, a data que o evento ocorreu. Adotar o regime de competência é importante, pois, por meio dele, pode-se realizar projeções de custos com base nas atividades da Instituição, para avaliar determinado produto ou serviço.

Após a coleta dos dados, a metodologia utilizada na AGIR para fins de acompanhamento e avaliação acontece por meio de tratativas, lançamentos, importações e cálculos, com obtenção dos resultados estruturados no plano de contas e grupos de centros de custos estabelecidos (Indicador: Taxa/Coeficiente de Execução Orçamentária), em consonância às diretrizes

corporativas e àquelas que forem solicitadas pela Contratante.

As demais unidades geridas pela AGIR, deverão, minimamente, utilizar-se das ferramentas e processos para orientação dessa gestão, considerando as seguintes perspectivas:

- **Planejamento Estratégico:** Norteará as decisões e prioridades organizacionais com base os objetivos estratégicos;
- **Planejamento e Controle Orçamentário:** Dará previsibilidade e direcionará a alocação de recursos em consonância com os objetivos estratégicos;
- **Apuração e Análise dos custos:** Propiciará o conhecimento e a compreensão dos custos institucionais, assim como seus impactos, desvios e retornos, dessa forma, apoiará Planejamento Estratégico e Orçamentário;
- **Análises de viabilidade econômica e financeira e/ou de melhor relação custo-benefício:** Estudará alternativas na aplicação ou otimização dos recursos, através de análise sistêmica e metodológica.

6.2 Premissas básicas da gestão de custos

Algumas premissas são fundamentais para o êxito dessa gestão, dentre as quais destacam-se:

- **Gestão Compartilhada:** A condução dessa gestão necessita de ser compartilhada com todos os colaboradores da organização (diretos ou indiretos) e não somente com gestores ou responsáveis por serviços, devendo a todos, em seu respectivo nível de responsabilidade, a participação ativa. Tal processo resulta no maior comprometimento das ações, responsabilidade pelo êxito, sentimento de pertencimento e, conseqüentemente, a satisfação dos colaboradores. Trata-se, portanto, de um fator relevante para o sucesso do objeto pretendido.
- **Gestão dos Recursos:** A Unidade deverá administrar seus recursos de forma alinhada aos valores e metas previamente definidos no planejamento orçamentário. No indício da impossibilidade de cumprimento dessa premissa, planos de ações deverão ser elaborados visando o reequilíbrio.
- **Monitoramento e Controle:** A análise e identificação dos desvios deverá ser feita em ato contínuo, evidenciando a causa, assim como suas justificativas e ações propostas para ajustes. É importante que os envolvidos ajam de forma tempestiva para correção da causa geradora.
- **Sistemas de Gestão:** As informações serão tratadas e disponibilizadas em plataforma BI específica para a apuração e consolidação dos custos, de forma que possibilitem, minimamente, a emissão dos seguintes relatórios: Composição e Evolução de Custos, Custo Total e Unitário dos Serviços, Custo Direto por Centro de Custos, Custo por Linha de Contratação, Produções, Estatística de Rateio e Ranking de Custos por Centro de Custos.

- **Disponibilidade das informações:** As informações derivadas da plataforma de custos só serão disponibilizadas aos interessados após as tratativas dos dados (pertinentes aos setores de custos), consolidação, validação e fechamento da competência. O acesso às informações será disponibilizado aos gestores das unidades, devidamente orientados, capacitados e cientes da responsabilização no uso das informações acessadas.

6.3 Origem e destino dos dados

Faz-se primordial o conhecimento dos fornecedores (origem) e clientes (destino) dos dados relacionados a custos, conforme pode ser mais bem compreendido na ilustração abaixo:

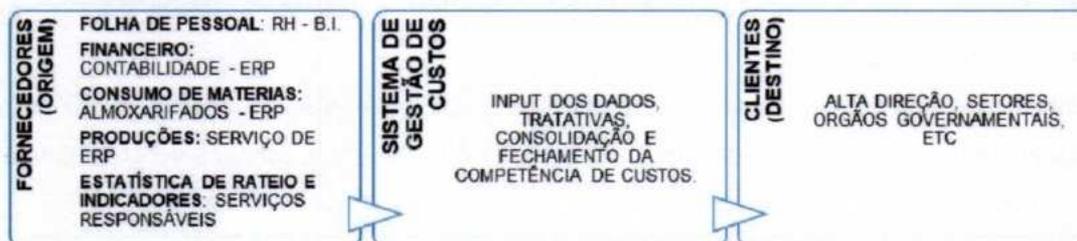


Figura 73 - SIPOC Gestão de Custos AGIR

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2024.

6.4 Ciclo de estruturação do sistema de custos

O ciclo de estruturação de um sistema de custo baseado em absorção consiste em uma sequência de procedimentos, a saber:

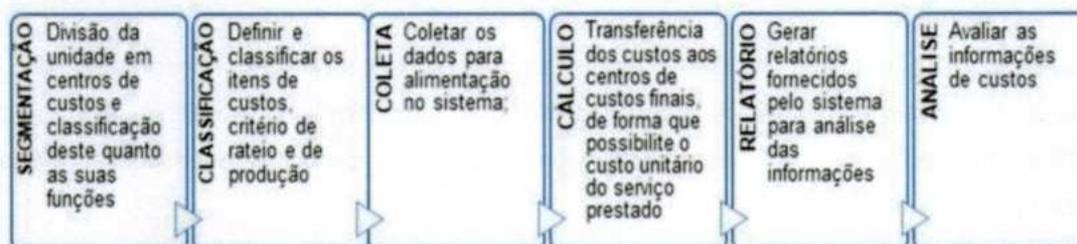


Figura 74 - Estruturação do Sistema de Custos

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2024



1.2 Incremento de Atividades

1.2.1 Proposição de projetos assistenciais de saúde e/ou sociais dentro do custeio previsto para a unidade

O compromisso principal - e a razão de ser da AGIR - é a saúde das pessoas, a valorização da vida, o acolhimento e a humanização do cuidado - premissas que se consolidam no propósito da OS, que é cuidar de vidas.

A AGIR busca contribuir para a construção de uma sociedade justa e sustentável e, para tanto, empreende esforços contínuos no intuito de garantir a integridade de suas ações e promover uma cultura que estimule o exercício da ética, transparência, conformidade e qualidade.

Pautados no desenvolvimento sustentável, a saúde e o bem-estar da sociedade aliada à preocupação com as expectativas das partes interessadas e a conformidade com a legislação e normas de comportamento, os projetos propostos pela AGIR para a Policlínica – Região Rio Vermelho – Goiás, trazem como principal benefício a participação social, possibilitando a aproximação da comunidade com a Unidade de saúde.

Os projetos estarão inseridos nas perspectivas assistenciais, sociais e ambientais e possuirão como requisitos o desenvolvimento de ações pela equipe da Unidade para os usuários e a comunidade, em prol de resultados positivos no acesso à informação, saúde e qualidade de vida das pessoas, a partir da adoção de um conceito abrangente do processo saúde-doença, determinantes de saúde, determinantes sociais, promoção e prevenção.

Os projetos serão desenvolvidos com atividades multiníveis, voltadas aos grupos sociais, famílias e indivíduos. Eles serão realizados por equipe multiprofissional, com objetivos de médio e longo prazo, podendo ser vinculados com atividades permanentes incorporadas na rotina da Unidade.

Os resultados serão medidos por indicadores que subsidiarão análises e decisões quanto a continuidade dos projetos e criação de novas ações, mediante a necessidade dos usuários.

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE LASERTERAPIA PARA TRATAMENTO DE LESÕES DE PELE

1. INTRODUÇÃO

A laserterapia, também conhecida como fotobiomodulação, é uma técnica terapêutica que utiliza luz de baixa intensidade, proveniente de lasers ou LEDs, para promover respostas biológicas em tecidos lesionados. Sua ação baseia-se na interação entre a luz e os tecidos, onde a energia luminosa é absorvida pelas mitocôndrias das células, aumentando a produção de ATP (adenosina trifosfato) e estimulando a regeneração celular. Esse processo acelera a

cicatrização tecidual, diminui a inflamação e proporciona alívio da dor, tornando-se uma ferramenta eficaz na reabilitação de pacientes com lesões cutâneas agudas e crônicas. A inclusão desse serviço oferece uma alternativa terapêutica não invasiva e sem efeitos colaterais graves.

A relevância do uso de laserterapia no tratamento de lesões de pele tem crescido exponencialmente nos últimos anos, devido à sua eficácia e segurança. Estudos científicos demonstram que o tratamento com laser de baixa intensidade tem benefícios claros em condições como lesão por pressão, lesões diabéticas, queimaduras, feridas pós-cirúrgicas, entre outras. Em especial, a laserterapia é uma abordagem minimamente invasiva, indolor e sem efeitos colaterais significativos, o que a torna uma opção preferível em comparação a intervenções mais invasivas.

A aplicação do laser em lesões cutâneas proporciona uma série de efeitos biológicos, incluindo:

- Aumento da circulação sanguínea local.
- Estímulo à síntese de colágeno e outras proteínas estruturais.
- Modulação do sistema imune.
- Diminuição do edema e da inflamação.

Diante disso, a inclusão da laserterapia como parte integral do arsenal terapêutico contribui significativamente para a melhoria dos resultados clínicos, principalmente, em populações vulneráveis, como diabéticos e idosos, que são mais propensos a desenvolver complicações em processos de cicatrização.

2. OBJETIVO

Implantar o serviço de laserterapia para o tratamento de lesões de pele, com o intuito de melhorar os resultados de cicatrização e promover o bem-estar dos pacientes atendidos.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes com lesões de pele agudas e crônicas, como lesões por pressão, lesões diabéticas, feridas pós-cirúrgicas, entre outras. O serviço pode ser oferecido tanto para pacientes internados quanto para os atendidos em Ambulatório.

4. JUSTIFICATIVA

A implantação do serviço de laserterapia está fundamentada no impacto significativo que a terapia pode ter na recuperação dos pacientes e na otimização do tratamento de lesões de pele. As lesões cutâneas, especialmente as crônicas, representam um desafio para o sistema de saúde, devido à sua alta prevalência, recorrência e impacto econômico. Pacientes com condições como diabetes, insuficiência vascular, traumas ou restrições de mobilidade

enfrentam frequentemente complicações no processo de cicatrização, que podem levar a infecções, amputações e até óbitos.

Além do impacto clínico, as lesões de pele crônicas geram um grande ônus financeiro para o sistema de saúde. De acordo com a literatura, o tratamento dessas lesões consome uma parcela significativa dos recursos, devido ao tempo prolongado de internação, necessidade de curativos especiais, medicamentos, e o risco de complicações infecciosas. Nesse contexto, a laserterapia surge como uma estratégia capaz de reduzir esses custos ao acelerar o processo de cicatrização e diminuir a necessidade de intervenções mais complexas.

A laserterapia apresenta vantagens claras sobre tratamentos convencionais, como:

- **Eficácia clínica:** Estudos indicam que a laserterapia acelera o tempo de cicatrização em até 50%, especialmente em feridas crônicas, como lesões diabéticas e por pressão.
- **Redução de complicações:** A modulação da resposta inflamatória pelo laser contribui para uma menor taxa de infecção e diminuição da progressão das lesões.
- **Custo-benefício:** Apesar do investimento inicial em equipamentos e treinamento, os custos a longo prazo são reduzidos, uma vez que o tratamento pode diminuir o tempo de internação e a necessidade de procedimentos cirúrgicos mais invasivos.

Em termos de saúde pública, a implementação da laserterapia pode impactar positivamente a qualidade de vida dos pacientes e reduzir a pressão sobre o sistema de saúde. Pacientes submetidos a esse tratamento têm menores índices de dor, inflamação e incapacidades funcionais, possibilitando uma reintegração mais rápida às suas atividades cotidianas. Isso também contribui para uma melhor gestão e sustentabilidade do sistema de saúde.

5. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO

- **Equipamentos:** Aquisição de equipamentos de laser de baixa intensidade, apropriados para o tratamento de lesões de pele.
- **Equipe:** Capacitação de uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros especializados em tratamento de feridas e técnicos em enfermagem para a aplicação segura da técnica.
- **Capacitação:** Realização de treinamentos específicos para os profissionais envolvidos, com base nas melhores práticas e evidências científicas disponíveis.
- **Protocolos de Atendimento:** Elaboração de protocolos clínicos detalhados que definam os critérios de inclusão e exclusão de pacientes, frequência de tratamento e monitoramento dos resultados.

6. RESULTADOS ESPERADOS

- **Melhora da Cicatrização:** Aceleração no processo de cicatrização de lesões cutâneas.

- **Redução do Tempo de Internação:** Diminuição da duração de internações para pacientes com lesões complexas.
- **Alívio dos Sintomas:** Redução da dor e inflamação associadas às feridas.
- **Satisfação dos Pacientes:** Aumento da qualidade de vida e satisfação dos pacientes tratados.
- **Redução de Custos:** Diminuição do custo global de tratamento de lesões de pele, com menor necessidade de intervenções cirúrgicas e uso de medicamentos.

7. REFERÊNCIAS

Borges, A.P. et al. (2021). Laserterapia na cicatrização de feridas: revisão sistemática. *Revista de Terapias Avançadas*, 12(3), 45-59.

Pereira, L.S. et al. (2020). Efeitos da Laserterapia de baixa intensidade no processo de cicatrização: uma revisão integrativa. *Jornal Brasileiro de Dermatologia*, 95(2), 150-160.

Organização Mundial da Saúde (2018). *Guidelines for the Treatment of Skin Lesions*. Geneva: WHO Press.

PROJETO "POLICLÍNICA GOIÁS NAS ESCOLAS"

1. INTRODUÇÃO

Reconhecer o território onde a Policlínica – Região Rio Vermelho – Goiás está instalada, apropriando-se do perfil da área e da comunidade é um desafio assumido pela AGIR. A cordialidade da unidade com o território pode propiciar um relacionamento mútuo, favorecendo o desenvolvimento das partes envolvidas.

Pretende-se, neste projeto, estabelecer um compromisso da Policlínica, sob gestão da AGIR, com a comunidade a qual está inserida, por meio de contribuições sociais e sanitárias, com base nos seguintes princípios:

- Inserção sociocultural;
- Conhecimento compartilhado/sabedoria popular;
- Compromisso com a autonomia do usuário diante de sua saúde, em perspectiva biopsicossocial;
- Compromisso com o exercício da cidadania;
- Fortalecimento da base comunitária, sobretudo do matriciamento da atenção básica da região.

É entendimento da AGIR que a essência do serviço prestado em cada unidade - ou seja, o conhecimento científico e a experiência de rede que a unidade já tiver solidificado sobre uma determinada temática - pode ser oferecido à população local, por meio de estratégias

preventivas e/ou protetivas. Com isso, busca-se prevenir danos futuros e contribuir de forma protetiva em casos de danos já instalados.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Prevenir situações de violência contra crianças e adolescentes no cenário goiano.

2.2. Objetivos Específicos

- Informar crianças e adolescentes sobre seus direitos;
- Orientar crianças e adolescentes para que saibam identificar diferentes formas de violência e pedir ajuda;
- Capacitar professores e demais profissionais da educação sobre sinais de alerta;
- Contribuir para a promoção da cultura de paz no ambiente doméstico de crianças e adolescentes goianos;
- Disponibilizar a Policlínica como um instrumento de fortalecimento da Rede de Proteção Social.

3. PÚBLICO-ALVO

Crianças e adolescentes estudantes de escolas públicas localizadas no território onde a Policlínica está inserida.

4. JUSTIFICATIVA

Analisando a expertise dos serviços especializados a serem oferecidos na Policlínica e o compromisso de responsabilidade social que deve ser estabelecido com a comunidade a partir de estratégias preventivas e protetivas, importantes considerações devem ser problematizadas. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC estrutura-se em 7 (sete) eixos estratégicos, sendo que o quinto se dedica a Atenção Integral à Criança em Situação de Violências, além de prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz.

Consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção dos temas relacionados, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na Rede de Proteção Social no território.

Paralelo a isso, o Panorama da Violência Letal e Sexual contra Crianças e Adolescentes no Brasil (2021) noticiou que, em 2020, 213 crianças de até 9 anos morreram de forma violenta

no Brasil - com um aumento preocupante, de 2016 a 2020, no número de mortes de crianças de até 4 anos de idade. Na maioria dos casos, essas crianças morreram dentro de casa, vítimas de alguém conhecido. Para as crianças de até 9 anos de idade, a violência é, portanto, um fenômeno doméstico. Crianças são vítimas de morte violenta nos locais onde deveriam estar mais seguras: dentro de casa.

O Panorama traz ainda, que os dados de estupros e estupros de vulneráveis apontam que, entre 2017 e 2020, entre as vítimas de 0 a 19 anos, 81% tinham até 14 anos de idade. Em números absolutos, isso significa que nos últimos 4 (quatro) anos, de um total de 179.278 casos registrados, em 145.086 deles as vítimas tinham até 14 anos.

Neste período, foram estupradas no Brasil mais de 22 mil crianças de 0 a 4 anos, 40 mil de 5 a 9 anos, 74 mil crianças e adolescentes de 10 a 14 anos e 29 mil adolescentes de 15 a 19 anos.

Diante dos dados expostos, propõe-se o Projeto Policlínica Goiás nas Escolas, com o objetivo de que as crianças e adolescentes tenham acesso à informação, conheçam seus direitos, saibam identificar diferentes formas de violência e pedir ajuda.

Sabe-se que o ambiente escolar é o principal espaço em que, usualmente, crianças e adolescentes têm contato com adultos fora do círculo familiar. Entendendo a escola e os profissionais da educação como atores centrais na prevenção e resposta à violência, a AGIR acredita no caráter preventivo deste trabalho, que será realizado de forma ética e humanizada.

5. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO

Educação em Saúde nas escolas já é uma prática adotada pela AGIR na unidade HUGOL e HECAD, com excelentes resultados. Desta forma, o projeto será replicado para a Policlínica.

O projeto buscará sensibilizar as crianças e adolescentes para que tenham acesso à informação, conheçam seus direitos, saibam identificar diferentes formas de violência e pedir ajuda.

A ação constituirá em oficinas lúdicas que, de forma leve, didática e pedagógica, possam causar processos reflexivos nos estudantes sobre situações de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono.

Para a exequibilidade do projeto, serão consideradas as seguintes ações:

- Desenvolver um calendário anual do projeto, que será desenvolvido na comunidade, a partir de um mapeamento territorial realizado previamente;
- Buscar, dentre os gestores, colaboradores e parceiros da Policlínica e da AGIR, pessoas que tenham interesses compatíveis com as propostas de responsabilidade social, de forma que possam somar nas estratégias realizadas, sem oferecer prejuízo ao trabalho assistencial já realizado na Unidade;



- Desenvolver mecanismos para captação de recursos, estabelecer parcerias, alianças estratégicas e articular com as diversas frentes de trabalho, segundo regras de *Compliance* definidas pela AGIR, na intenção de garantir a sustentabilidade e exequibilidade das ações propostas.

Embora esse seja o grande alvo da AGIR junto aos alunos das escolas da Cidade de Goiás, temas como alimentação saudável, higiene, uso de drogas lícitas e ilícitas, prevenção ao suicídio, gravidez na adolescência, meio ambiente e calendário vacinal também poderão ser abordados, a partir da identificação da demanda apontada pelos próprios professores, e demais profissionais da educação.

6. RESULTADOS ESPERADOS

- **Capacitação da comunidade escolar:** Professores e profissionais da educação serão capacitados para identificar sinais de violência e agir adequadamente, tornando-se multiplicadores na prevenção e proteção.
- **Promoção da cultura de paz:** A conscientização nas escolas e o envolvimento da comunidade favorecerão o desenvolvimento de uma cultura de paz nos ambientes domésticos e escolares.
- **Aumento da autonomia das crianças e adolescentes:** Com o conhecimento de seus direitos e formas de pedir ajuda, os jovens terão mais capacidade de proteger a si mesmos e aos seus colegas.
- **Melhoria das condições de saúde e bem-estar:** Abordagens adicionais sobre temas como alimentação saudável, higiene e prevenção ao uso de drogas promoverão o bem-estar integral dos estudantes.

7. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Série A, Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Brasil. Presidência da República. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015.

Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Panorama da Violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil. Outubro, 2021.

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO "POLICLÍNICA SOLIDÁRIO"

1. INTRODUÇÃO

O projeto "Policlínica Solidário" propõe a distribuição de cestas básicas de alimentos, para colaboradores que atuam na Instituição em nível operacional, propondo um esforço para garantir de forma voluntária os direitos básicos à alimentação adequada.

Muitas Instituições distribuem cesta básica para seus colaboradores de forma voluntária, a estratégia é positiva, pois é uma forma de beneficiar e melhorar o clima organizacional possibilitando, um apoio a sua alimentação, além do reconhecimento pelo trabalho prestado.

Atualmente, em meio a tantas dificuldades de inserção e permanência no mercado de trabalho, os movimentos de economia solidária, em especial, as cooperativas e a organização de trabalhadores em associações, continuam a aparecer como uma alternativa na direção de uma sociedade mais igualitária, baseada na inclusão de trabalhadores (LIMA, 2010).

Dessa forma, é importante ressaltar o Art. 6º Constituição Federal de 1988 que diz: são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

Neste sentido o projeto conta com o apoio do serviço voluntariado da Policlínica que irá disponibilizar cestas básicas, podendo ser compreendido como uma iniciativa que possibilite um apoio aos colaboradores da Unidade e terceirizados que prestam serviços na Unidade.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral

Possibilitar apoio aos colaboradores através da doação de cestas básicas, para aqueles que se enquadrem nos critérios de atendimento desse projeto.

2.2. Objetivos Específicos

- Desenvolver atividades de promoção humana e gestos de solidariedade para com os colaboradores, com vistas à melhoria de vida e a construção de uma sociedade mais justa e fraterna;
- Colaboradores mais satisfeitos;
- Aumento da motivação;
- Reconhecimento profissional.

3. PÚBLICO-ALVO

Colaboradores que atuam diretamente na Unidade com os seguintes vínculos: terceirizados,

prestadores de serviços, cooperados, aperfeiçoando, estagiários e aprendizes.

Para ser contemplado pelo projeto atendendo os pré-requisitos os cargos que serão considerados para análise serão: auxiliares de higienização e limpeza, auxiliares de farmácia, camareiros, auxiliares de nutrição, atentes de call-center, auxiliares de manutenção, atendente de hospitalidade e vigilantes.

4. JUSTIFICATIVA

O alimento deve ser considerado direito a cada cidadão e esse direito básico deve ser garantido pelo Estado, juntamente com a sociedade civil.

A cesta básica tem uma boa aceitação por parte dos colaboradores, já que possibilita uma refeição digna para toda a família. A distribuição de cestas básica para os colaboradores de menor remuneração é uma maneira de aumentar a satisfação e a motivação, o que interfere no desempenho deles com as atividades e com o compromisso profissional.

Esse projeto colabora com os objetivos do milênio ao resgatar a dignidade das pessoas e conduzi-las para a construção de sua cidadania através de uma metodologia de ação alicerçada na distribuição de cestas de forma voluntária e democrática.

Uma pessoa com mais autoestima, mais consciente de seus direitos e dos seus deveres como cidadã, como profissional e como colaborador, contribuindo para a construção de uma sociedade mais humana, uma organização de trabalho mais acolhedora e solidária.

5. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO

A operacionalização do projeto " Policlínica Solidário " consiste em ações detalhadas que envolvem a gestão, a logística, a seleção dos beneficiados e a entrega das cestas básicas, seguindo uma estrutura organizada para garantir a eficiência e transparência.

5.1. Formação de uma Comissão Organizadora:

- Criação de uma equipe voluntária interna da Policlínica – Região Rio Vermelho – Goiás, para organizar e gerenciar o projeto.
- A equipe será composta por membros do serviço voluntariado, representantes de diferentes setores da instituição e colaboradores envolvidos diretamente no projeto.

5.2. Definição dos Critérios de Beneficiários:

- Seleção dos colaboradores que se enquadram nos critérios estabelecidos pelo projeto: cargos operacionais (auxiliares de higienização e limpeza, auxiliares de farmácia, camareiros, entre outros mencionados no público-alvo).

**agir**

- Aplicação de um questionário socioeconômico para identificar colaboradores que necessitam de apoio alimentar.
- Priorização de colaboradores com remuneração mais baixa ou em situação vulnerável.

5.3. Aquisição e Arrecadação das Cestas Básicas:

- Realização de parcerias com empresas e fornecedores locais que possam doar.
- Campanha interna para incentivar doações de cestas básicas pelos próprios colaboradores e comunidade, em regime de voluntariado.

5.4. Logística de Distribuição:

- Planejamento da logística para o armazenamento e distribuição das cestas básicas.
- Definição de um calendário de entregas, garantindo a regularidade do projeto.
- Evento da entrega de cesta básica para os participantes contemplados no projeto.

5.5. Acompanhamento e Monitoramento:

- Registro e controle de todas as doações recebidas e cestas distribuídas.
- Avaliação contínua dos impactos do projeto na vida dos colaboradores e no ambiente de trabalho, com base em feedbacks dos beneficiados e indicadores de clima organizacional.
- Realização de reuniões periódicas da comissão organizadora para ajustes e melhorias na operacionalização do projeto.

6. RESULTADOS ESPERADOS

- **Melhoria do Clima Organizacional:** A implementação do projeto " Policlínica Solidário " espera criar um ambiente de trabalho mais acolhedor e solidário, promovendo o bem-estar dos colaboradores e reforçando o sentimento de pertencimento à instituição.
- **Aumento da Satisfação e Motivação dos Colaboradores:** Com a ajuda das cestas básicas, espera-se que os colaboradores se sintam mais apoiados pela instituição, o que pode resultar em maior satisfação no trabalho e, conseqüentemente, uma melhora na motivação e desempenho profissional.
- **Reconhecimento e Valorização dos Colaboradores:** O projeto visa reconhecer o esforço dos colaboradores em situação mais vulnerável, contribuindo para o aumento da autoestima e percepção de valorização pela organização.
- **Contribuição para a Dignidade Humana e Redução da Insegurança Alimentar:** Ao garantir que os colaboradores em cargos operacionais tenham acesso à alimentação adequada, o projeto contribui diretamente para a melhoria da qualidade de vida, reduzindo a insegurança alimentar entre os trabalhadores.

- **Fortalecimento da Responsabilidade Social da Policlínica:** O projeto também fortalece a imagem da Unidade como uma instituição comprometida com a responsabilidade social, capaz de promover ações que impactam positivamente a vida de seus colaboradores.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

LIMA, Jacob Carlos. **Participação, empreendedorismo e autogestão: uma nova cultura do trabalho?** Sociologias, v. 12, n. 25, p. 158-98, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222010000300007>.

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE VOLUNTARIADO

1. INTRODUÇÃO

O voluntariado é uma atividade fundamental para a promoção da humanização nos ambientes de saúde, oferecendo apoio emocional, social e, em alguns casos, assistência prática aos pacientes, familiares e equipe de saúde. Em Unidades de Saúde, os voluntários desempenham um papel importante ao criar uma atmosfera mais acolhedora, proporcionando conforto em um momento de vulnerabilidade. Este projeto visa implantar um Programa de Voluntariado na Policlínica – Região Rio Vermelho - Goiás, sob a gestão da AGIR, com o intuito de agregar valor ao atendimento prestado e contribuir para a humanização dos serviços de saúde.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral

Estruturar o Programa de Voluntariado, visando padronizar a atuação voluntária na Unidade, estimulando ações de cidadania e solidariedade, por meio de práticas voluntárias para a promoção do atendimento mais humanizado aos pacientes e acompanhantes e apoio às áreas administrativas dos hospitais.

2.2. Objetivos Específicos

- Centralizar a gestão do programa de voluntariado na área de Gestão de Pessoas, a fim de manter o controle do conteúdo administrativo dos voluntários, por meio de ficha de cadastro, termo de adesão ao serviço voluntário, controle de presenças, termo de desligamento do trabalho voluntário, entre outros;
- Desenvolver equipe referência de apoio ao voluntário na unidade, para concentrar o

acompanhamento do trabalho voluntário, bem como das pessoas voluntárias;

- Definir áreas de atuação dos voluntários em cada unidade, considerando o perfil e necessidade da mesma;
- Definir número médio de voluntários em cada unidade;
- Promover e apoiar, através do voluntariado, as ações de assistência, socioeducativas, culturais e espirituais aos pacientes, acompanhantes e colaboradores;
- Definir e instituir procedimentos normativos, direitos e deveres formais para a ação voluntariada;
- Assegurar a capacitação dos profissionais responsáveis pelo voluntário;
- Garantir o embasamento legal para a prática do voluntariado, de acordo com o disposto na Lei do Serviço Voluntário (Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998), sem a geração de direitos trabalhistas e previdenciários.

3. PÚBLICO-ALVO

- **Pacientes e familiares:** que se beneficiarão do acolhimento e suporte dos voluntários.
- **Comunidade local:** composta por cidadãos interessados em contribuir com o bem-estar dos pacientes, como estudantes, aposentados, profissionais liberais e outros membros da sociedade.
- **Equipe multiprofissional:** que poderá contar com o auxílio dos voluntários em atividades não técnicas, aliviando parte da carga emocional e administrativa.

4. JUSTIFICATIVA

Tendo a AGIR como propósito cuidar de vidas, entende que as pessoas são fator determinante para a construção e efetivação desse propósito, dessa forma prima por valores como a filantropia e a responsabilidade social. Face a isso, o programa de voluntariado surge como uma proposta de prática efetiva e dissemina desses valores.

Ser voluntário significa a disposição de competências pessoais e profissionais para a realização de um trabalho qualificado, não remunerado, sem gratificações ou retribuições de quaisquer espécies, exercido com prazer, por meio da doação de um tempo em favor do próximo e da comunidade, por mera liberalidade.

Assim, "o voluntário é o cidadão que, motivado pelos valores de participação e solidariedade, doa seu tempo, trabalho e talento, de maneira espontânea e não remunerada, para causas de interesse social e comunitário." (Conselho da Comunidade Solidária).

O trabalho voluntário vem a complementar o trabalho do profissional, e não a substituí-lo. O voluntário transmite ao paciente uma mensagem de conforto, otimismo e esperança, o que

agir



certamente conseguirá se não se esquecer de sorrir.

A LEI Nº 9.608, DE 18 DE FEVEREIRO DE 1998, que dispõe sobre o serviço voluntário, versa:

Art. 1º Considera-se serviço voluntário, para os fins desta Lei, a atividade não remunerada prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza ou a instituição privada de fins não lucrativos que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência à pessoa. (Redação dada pela Lei nº 13.297, de 2016).

Parágrafo único. O serviço voluntário não gera vínculo empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista previdenciária ou afim.

Art. 2º O serviço voluntário será exercido mediante a celebração de termo de adesão entre a entidade, pública ou privada, e o prestador do serviço voluntário, dele devendo constar o objeto e as condições de seu exercício.

Art. 3º O prestador do serviço voluntário poderá ser ressarcido pelas despesas que comprovadamente realizar no desempenho das atividades voluntárias.

Parágrafo único. As despesas a serem ressarcidas deverão estar expressamente autorizadas pela entidade a que for prestado o serviço voluntário.

Convocados pela *International Association for Volunteer Effort* - IAVE, voluntários de todo o mundo aprovaram, em 1990, a Declaração Universal do Voluntariado. O documento, inspirado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, e na Convenção dos Direitos da Criança, de 1989, define critérios da ação voluntária.

O voluntariado:

- É baseado numa escolha e motivação pessoal, livremente assumida;
- É uma forma de estimular a cidadania ativa e o envolvimento comunitário;
- É exercido em grupos, geralmente inseridos em uma organização;
- Valoriza o potencial humano, a qualidade de vida e a solidariedade;
- Dá respostas aos grandes desafios que se colocam para a construção de um mundo melhor e mais pacífico;
- Contribui para a vitalidade econômica, criando empregos e novas profissões.
- O voluntário põe em prática os seguintes princípios:
- Reconhece a cada homem, mulher e criança o direito de se associar, independente de raça, religião, condição física, social e econômica;
- Respeita a dignidade e cultura de cada ser humano;
- Oferece seus serviços, sem remuneração, dentro do espírito de solidariedade e esforço mútuo;
- Detecta necessidades e estimula a atuação da comunidade para solução de seus próprios problemas;

agir B

- Está aberto a crescer como pessoa, através do voluntariado, adquirindo novas habilidades e conhecimentos, desenvolvendo seu potencial, autoconfiança, criatividade e capacitando outras pessoas a resolverem seus problemas;
- Estimula responsabilidade social e promove solidariedade familiar, comunitária e internacional.
- Considerando estes princípios, o voluntário deve:
 - Encorajar o comprometimento individual nos movimentos coletivos;
 - Procurar o fortalecimento de sua organização, informando-se e aderindo a suas metas e políticas;
 - Empenhar-se no cumprimento das tarefas definidas em conjunto, levando em conta as suas aptidões pessoais, tempo disponível e responsabilidades aceitas;
 - Cooperar com os outros membros da organização, dentro do espírito de mútua compreensão e respeito;
 - Empenhar-se nos treinamentos, quando necessário;
 - Guardar a confidencialidade das suas atividades.
- As organizações, levando em conta os direitos humanos e os princípios do voluntariado, devem:
 - Divulgar as políticas necessárias para o desenvolvimento da atividade voluntária, definir critérios de participação do voluntário e verificar que as funções indicadas sejam cumpridas por todos;
 - Confiar a cada pessoa tarefas adequadas, garantindo treinamento apropriado;
 - Fazer avaliação regular e reconhecer o trabalho do voluntário;
 - Prover ao voluntário cobertura e proteção adequada contra riscos, durante a execução da sua tarefa, bem como providenciar cobertura por danos causados a terceiros;
 - Facilitar o reembolso das despesas do voluntário;
 - Definir as condições sob as quais a organização ou o voluntário podem encerrar seu compromisso um com o outro.
- Proclamação
 - Os voluntários reunidos pela IAVE declaram sua fé na ação voluntária, como uma força criativa e mediadora para:
 - Promover o respeito à dignidade de todas as pessoas, bem como estimular a capacidade de melhorar suas vidas e exercitar seus direitos de cidadãos;
 - Ajudar a resolver problemas sociais e ambientais;
 - Construir uma sociedade mais humana, mais justa e baseada na cooperação mundial.



Voluntariado é ação, uma vez que, o voluntário é, antes de mais nada, uma pessoa decidida e solidária. Ao mobilizar energias, recursos e competências em prol de ações de interesse comum, o voluntariado atua frente à indiferença, à discriminação e à exclusão social, fortalece a solidariedade e a cidadania, reforça o pertencimento de todos a uma mesma sociedade.

Quem faz pelo outro faz por si, cada um contribui, na medida de suas possibilidades, com aquilo que sabe e quer fazer. Uma pequena ação bem-feita tem muito valor, contudo, certamente quando a ação se dá no interior de uma instituição de saúde, a ação vem ancorada em um propósito institucional, dessa forma a contribuição do Voluntário deve estar bem articulada com as necessidades e procedimentos da instituição.

5. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO

5.1. Planejamento e Estruturação do Programa:

- Definição das atividades que os voluntários realizarão, como leitura para pacientes, organização de eventos recreativos, suporte em áreas de acolhimento e recepção de pacientes.
- Estabelecimento das normas e diretrizes, conforme as regulamentações da AGIR e políticas internas da Policlínica – Região Rio Vermelho - Goiás.
- Criação de uma equipe responsável pelo gerenciamento do programa, composta por coordenadores e facilitadores.

5.2. Seleção e Capacitação dos Voluntários:

- Divulgação do programa na comunidade local e nos meios de comunicação da Policlínica.
- Processo de inscrição e triagem dos voluntários, com entrevistas e avaliação de perfil.
- Treinamento obrigatório para todos os voluntários, abordando ética, sigilo, normas do Unidade, cuidados com pacientes e familiares, além de técnicas de acolhimento.

5.3. Acompanhamento e Avaliação:

- Supervisão contínua das atividades dos voluntários por parte da equipe responsável.
- Avaliação regular do impacto das atividades voluntárias sobre o bem-estar dos pacientes e a qualidade do atendimento.
- Feedback constante dos voluntários para ajustes e melhoria do programa.

5.4. Parcerias e Incentivos:

- Estabelecimento de parcerias com instituições de ensino, organizações religiosas, empresas e outras entidades para fortalecer o programa e captar novos voluntários.
- Implementação de mecanismos de reconhecimento e incentivo aos voluntários, como

certificados, eventos de agradecimento e depoimentos públicos de valorização.

6. RESULTADOS ESPERADOS

- **Humanização do ambiente:** com a presença de voluntários, espera-se um aumento significativo na percepção de acolhimento e bem-estar dos pacientes e familiares.
- **Engajamento comunitário:** a implantação do programa fortalecerá o vínculo entre a Policlínica e a comunidade, aumentando a participação social nas atividades da Unidade.
- **Apoio emocional:** os voluntários fornecerão um suporte emocional adicional aos pacientes e seus familiares, o que pode contribuir para a melhora no estado psicológico dos atendidos.
- **Redução do estresse da equipe:** com o suporte em atividades não técnicas, os profissionais de saúde poderão se concentrar mais no atendimento técnico, aliviando parte da carga emocional.
- **Crescimento do voluntariado local:** a implantação do programa poderá servir de exemplo para a criação de outras iniciativas semelhantes em diferentes áreas da saúde e do bem-estar.

7. REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Lei n.º 9.608, de 18 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências.

Silva, P. R. (2018). Voluntariado em hospitais: uma análise sobre os impactos emocionais nos pacientes. Revista de Saúde e Humanização, 5(2), 55-72.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Diretrizes para a implementação de programas de voluntariado hospitalar. Genebra: OMS, 2017.

PROJETO: GRUPOS INFORMATIVOS À COMUNIDADE

1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que a saúde pública brasileira enfrenta desafios contínuos para oferecer um atendimento de qualidade à população, especialmente em áreas vulneráveis ou de recursos mais limitados. Considerando que a Policlínica desempenha um papel fundamental no contexto de suprir tais necessidades, oferecendo serviços especializados de saúde à comunidade local, o presente projeto tem como foco a implementação de grupos informativos voltados para a educação em saúde, com o intuito de promover a conscientização e o empoderamento da população em relação a temas fundamentais como saúde preventiva e ambiental.



2. OBJETIVO

O projeto de Grupos Informativos à Comunidade tem como objetivo a realização de ações voltadas para comunidade e usuários em geral, com abordagem de assuntos nas seguintes perspectivas:

- Ambiente
- Sociedade
- Saúde.

3. PÚBLICO-ALVO

- Comunidade local
- Usuários da Policlínica – Região Rio Vermelho – Goiás.

4. JUSTIFICATIVA

O projeto de Grupos Informativos à Comunidade justifica-se pela crescente demanda por informações de saúde preventiva e pelos desafios socioambientais enfrentados pela população, fator este que também se apresenta na Região em que se encontra a população usuária da Policlínica.

De acordo com dados epidemiológicos regionais, a falta de conhecimento sobre cuidados preventivos e as condições ambientais desfavoráveis têm contribuído para o aumento de doenças evitáveis. Assim, a criação de um canal de comunicação direto entre a Policlínica e a comunidade visa contribuir com outras iniciativas para suprir essa lacuna, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida da população local.

5. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO

Será pré-definido um cronograma de datas e temas a serem abordados, durante 12 meses, com 1 atividade a cada 2 meses (bimensal), validados pela equipe responsável pela execução do projeto e Direção da Unidade. As datas e temas de cada grupo serão amplamente divulgadas na Unidade e nas redes sociais com antecedência, para melhor participação e envolvimento da comunidade.

Findado o período, será avaliada a adesão, impacto das ações e resultados para definição da continuidade das atividades informativas e/ou alterações na condução do projeto.

A ação constituirá de palestras informativas/educativas sobre temas relacionados aos serviços prestados na Policlínica, perfil epidemiológico da população e cenário da saúde, com o planejamento de oficinas relacionadas aos temas, sempre que couber.

 **agir** 

5.1 Propostas de temas para os grupos:

- Saúde da Mulher - Câncer de colo de útero e de mama; exames de prevenção;
- Saúde do Homem - Câncer de próstata; exames de prevenção;
- Saúde Mental e os benefícios das práticas integrativas;
- Saúde do Idoso;
- Saúde Bucal;
- Saúde Ambiental.

Outros temas poderão ser priorizados, conforme a assunção da Unidade, identificação da demanda, e execução do projeto.

As atividades poderão ocorrer nas dependências da Policlínica, quando a estrutura atender as necessidades da programação de atividades, ou poderão acontecer em parceria com espaços sociais, como Escolas, Universidades, UBSs, a depender do planejamento da equipe.

6. RESULTADOS ESPERADOS

Com a concretização deste projeto, espera-se estreitar as relações diplomáticas com as Secretarias Municipais de Saúde e Educação de Goiás, além da Secretaria do Meio Ambiente, nas quais será possível levantar requisitos de necessidade e perfil sanitário do município. Dessa forma, será possível ofertar à comunidade intervenções que apoiem as carências e necessidades sócio-política-sanitárias do município e da região.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br>. Acesso em: 26 set. 2024.

GÓIAS, Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Goiás: Secretaria de Saúde, 2020.

OLIVEIRA, M. A.; SILVA, R. P. **Saúde Pública e Participação Comunitária**. São Paulo: Editora Saúde, 2022.

PROJETO: CALENDÁRIO ANUAL DA SAÚDE

1. INTRODUÇÃO

O cuidado com a saúde vai além do atendimento clínico imediato. Ele requer a promoção contínua de informações e conscientização sobre a prevenção de doenças e agravos à saúde, o



que pode ser feito por meio de ações contínuas e temáticas.

Desta forma, o projeto 'Calendário Anual da Saúde' tem como objetivo engajar a comunidade usuária da Policlínica, na Região de Saúde Rio Vermelho, em um ciclo anual de conscientização sobre temas de saúde pública relevantes para o bem-estar da população, utilizando datas que integram o calendário de saúde nacional.

2. OBJETIVO

O projeto Calendário Anual da Saúde objetiva promover a informação e a conscientização da população para a prevenção de doenças e agravos à saúde, por meio de ações pontuais trabalhadas mensalmente, com temas específicos relacionados ao calendário anual da saúde.

3. PÚBLICO-ALVO

- **Comunidade local:** atendida pela Policlínica da Região de Saúde Rio Vermelho é o principal público-alvo do projeto, abrangendo indivíduos de todas as idades e perfis socioeconômicos.
- **Usuários da Policlínica:** bem como estudantes, trabalhadores locais e outros parceiros da área da saúde, também serão incluídos como beneficiários das ações.

4. JUSTIFICATIVA

O projeto 'Calendário Anual da Saúde' é justificado pela necessidade de aumentar a conscientização da população sobre temas de saúde pública importantes, especialmente em áreas de vulnerabilidade socioeconômica.

Dados do Ministério da Saúde indicam que a prevenção e o diagnóstico precoce de doenças podem reduzir significativamente os índices de morbidade e mortalidade. Além disso, a conscientização contínua sobre saúde mental, cânceres preveníveis e outras condições de saúde complementa os serviços oferecidos pela Policlínica, fortalecendo o vínculo com a comunidade e promovendo melhores práticas de saúde.

5. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO

O projeto será executado por meio da realização ações pontuais trabalhadas mensalmente, que envolve desde a ornamentação da Unidade, como dinâmicas, treinamentos e palstras educativas, com temas específicos relacionados ao calendário anual da saúde, a saber:

- **Janeiro Branco:** Mês de alerta para a Saúde Mental. As ações visarão demonstrar que saúde não corresponde a cuidar somente da saúde física. Cuidar da mente também é

fundamental para o total bem-estar e equilíbrio entre corpo e mente.

- **Fevereiro Roxo:** Mês de conscientização sobre o lúpus, fibromialgia e mal de Alzheimer.
- **Fevereiro Laranja:** Conscientiza sobre a leucemia.
- **Março Azul:** Conscientização do câncer colorretal.
- **Abril Verde:** Direciona a conscientização para a importância da segurança no trabalho.
- **Mai Amarelo:** Conscientização para a prevenção de acidentes e boas práticas no trânsito.
- **Junho Colorido:** Reforça a necessidade de conscientizar a sociedade sobre o autismo.
- **Junho Vermelho:** Reforça a importância da doação de sangue para a população.
- **Julho Amarelo:** Conscientização sobre as hepatites virais e também sobre o câncer ósseo.
- **Agosto Dourado:** Mês de informação sobre o aleitamento materno.
- **Setembro Verde:** Cor para a conscientização sobre a doação de órgãos e prevenção ao câncer de intestino;
- **Setembro Amarelo:** Tem como objetivo a prevenção ao suicídio.
- **Setembro Vermelho:** Remete a conscientização para doenças cardiovasculares.
- **Outubro Rosa:** Dedicado à conscientização sobre o câncer de mama.
- **Novembro Azul:** Dedicado à conscientização do câncer de próstata.
- **Dezembro Vermelho:** Ressalta a importância da prevenção contra a AIDS, e;
- **Dezembro Laranja:** Reforça o debate sobre o combate ao câncer de pele.

Para o planejamento e a realização das atividades será definido um cronograma anual prevendo os setores da Unidade e os respectivos gestores responsáveis por cada mês.

6. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que, ao longo da execução do projeto, a comunidade se sinta mais informada e preparada para lidar com questões de saúde, aumentando a adesão a práticas preventivas e a busca por diagnósticos precoces. O fortalecimento da parceria entre a Policlínica, as Secretarias de Saúde e a sociedade civil também está entre os objetivos, visando promover um ambiente de cuidado e saúde coletiva.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.saude.gov.br>. Acesso em: 26 set. 2024.

GÓIAS, Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Saúde Pública 2022. Goiás: Secretaria de Saúde, 2022.



SILVA, A. L.; PEREIRA, J. S. Prevenção e Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Saúde Viva, 2021.

PROJETO: CONHECENDO AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

1. INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) são abordagens terapêuticas reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como complementares aos cuidados de saúde convencionais.

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi implementada em 2006, ampliando o acesso a esses tratamentos no Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, este projeto tem como foco aproximar a população local das práticas recomendadas, promovendo a saúde de forma integral e humanizada, de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais.

2. OBJETIVO

Específicos:

- Levar ao conhecimento da população as práticas reconhecidas e recomendadas pela Organização Mundial de Saúde - OMS, em conformidade à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC (2006), Portaria GM/MS nº 849/2017 e Portaria GM/MS nº 702/2018.
- Obter a análise em relação ao perfil dos usuários quanto aos tipos de práticas, subsidiando o planejamento assertivo para a inserção das PICs na carteira de serviços da Unidade.

3. PÚBLICO-ALVO

O público-alvo deste projeto abrange a comunidade atendida pela Policlínica da Região de Saúde Rio Vermelho, composta por usuários de diferentes faixas etárias e condições de saúde, bem como profissionais de saúde interessados em conhecer e aplicar as práticas integrativas e complementares em seus atendimentos.

4. JUSTIFICATIVA

O projeto se justifica pela crescente demanda por abordagens de saúde que considerem o indivíduo de forma integral, promovendo não apenas a cura, mas também a prevenção e o bem-estar geral. Estudos demonstram que as PICs, quando integradas aos tratamentos convencionais, podem proporcionar melhoras significativas na qualidade de vida dos usuários, especialmente em populações com acesso limitado a cuidados de saúde especializados.

**agir**

Além disso, a inclusão dessas práticas na carteira de serviços da Policlínica está em consonância com as diretrizes da PNPIC, oferecendo aos usuários uma gama maior de tratamentos preventivos e terapêuticos

5. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO

Propõe-se a realização de oficinas e workshops das PICs ao longo de 12 meses, com cronograma de datas e práticas pré-definidas com a equipe do projeto e Direção da Unidade, escolhidas dentre as 29 ofertadas pelo SUS (excetuando-se as 2 práticas propostas, inicialmente):

Apiterapia, Cromoterapia, Medicina Tradicional, Chinesa/Acupuntura Quiropraxia, Aromaterapia, Dança Circular, Meditação, Reflexoterapia, Arteterapia, Geoterapia, Musicoterapia, Reiki, Ayurveda, Hipnoterapia, Naturopatia, Shantala, Biodança, Homeopatia, Osteopatia, Terapia Comunitária Integrativa, Bioenergética, Imposição de Mãos, Ozonioterapia, Terapia de Florais, Constelação Familiar, Medicina Antroposófica, Plantas Medicinais/Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Yoga.

Em cada atividade será realizada uma pesquisa de satisfação em relação à PIC e, também, serão trabalhados indicadores pela equipe para a aquisição de informações quanto às melhores práticas a serem implantadas na carteira de serviços da Policlínica, de acordo com o perfil dos usuários.

6. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que, ao final do projeto, a Policlínica tenha identificado as práticas integrativas e complementares mais adequadas ao perfil de seus usuários, possibilitando a ampliação dessas abordagens na sua carteira de serviços.

Além disso, espera-se um aumento na satisfação dos usuários com os serviços prestados, bem como a disseminação do conhecimento sobre os benefícios das PICs para a comunidade local

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://www.saude.gov.br>. Acesso em: 26 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia de Medicina Tradicional 2014-2023**. Genebra: OMS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 849, de 27 de março de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

agir

Assim, este projeto objetiva, em parceria com os pacientes e comunidade circunvizinha, a projeção de ações com foco em promover olhar holístico e com missão terapêutica e integradora, tendo como ganhos diretos o desenvolvimento psicossocial, além do fortalecimento das interações ecoeficientes.

A implantação dependerá da captação de pessoas vocacionadas a contribuir com este projeto, sejam da comunidade ou da equipe de apoio, com fito a estruturar e edificar os espaços, as rotinas de execução e cuidado.

Vale ressaltar que o projeto será devidamente apoiado pela equipe diretiva da Unidade, uma vez que a AGIR acredita e apoia projetos que integrem pessoas e meio ambiente.

A partir deste olhar e do envolvimento sinérgico entre a organização e a comunidade busca-se a validação e certificação do papel ímpar na responsabilidade socioambiental e na educação ambiental, reforçando a busca em uma gestão eficiente e sensível.

PROJETO RECICLAR

Em todas as Unidades geridas pela AGIR, a busca contínua pelo cumprimento das legislações e requisitos legais que perfilam no contexto dos seus negócios são avaliadas, mapeadas e, de forma muito técnica, cumpridas.

Dentro das Unidades, indistintamente de perfil, o modelo de liderança é pautado no cumprimento de requisitos dos sistemas de gestão ambiental, saúde e segurança ocupacional, responsabilidade social e qualidade, a exemplo das certificações ISO 14001, 45000, 26000 e 9001.

Frente ao descrito acima, as Unidades estimulam o cumprimento e o acultramento de forma espontânea. Porém, para outras certificações, tais como aquelas relacionadas à qualidade e meio ambiente, a equipe diretiva tem no escopo a busca por esses selos, elevando assim a gestão e metodologia de trabalho pautado em sistemas internacionais que reforçam o foco na gestão por resultados, evidências, eficiência e eficácia.

Diante da perspectiva do modelo de gestão ambiental, a AGIR tem nas unidades sob sua gestão um trabalho pautado em levantamento de aspectos ambientais e respectivos impactos, com estímulo a ações mitigatórias.

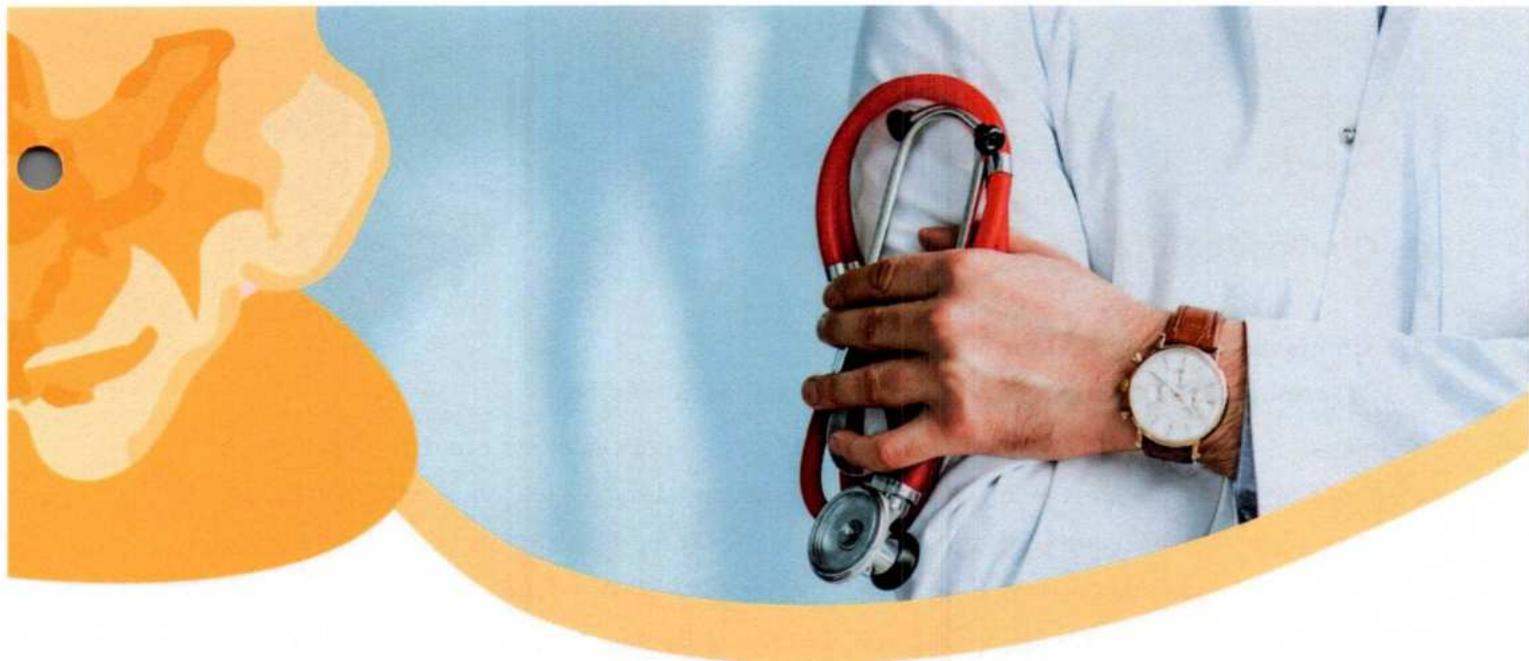
Neste contexto, para afirmar e reafirmar o papel na vocação ambiental e social, continuamente, esforços são alocados no sentido de cumprir e fazer cumprir requisitos legais, em especial aqueles pautados na Lei 12305/2010 - Política Nacional de Resíduos Sólidos - PNRS, lei que proporciona a implementação de acordos setoriais e logística reversa, responsabilidade pela coleta seletiva e fortalecimento de cooperativas, mitigando assim através das relações entre gerador de resíduos e cooperativas as vulnerabilidades sociais que

acometem os catadores de resíduos não legalizados em cooperativas.

Em todos os locais que a AGIR atua, esta ação de busca por interações com a comunidade local, as alianças positivas, em especial cooperativas de catadores, cooperativas que trabalham ações de reflorestamento, preservação de recursos hídricos, entre outros recursos, são reforçados por profissionais com conhecimento e formação na área ambiental, solidificando assim o compromisso contínuo por ações em responsabilidade socioambiental.

Para corroborar o compromisso citado, espera-se implementar programas voltados a fortalecer a comunidade local e circunvizinha a segregar, acondicionar e ofertar os recicláveis a Pontos de Entrega Voluntário - PEV na Unidade de saúde. Assim, posteriormente, os recicláveis podem ser doados, com objetivo de construir uma pauta que fortaleça a responsabilidade social e a mitigação de impactos ambientais.

Ainda, têm-se como grandes ganhos a contribuição para geração de empregos ou rendas complementares a pessoas em vulnerabilidade social e, também, o fortalecimento de uma economia circular, tão quanto uma oportunidade de construir interações positivas com cooperativas locais.



CRITÉRIO 2:

ÁREA DE

QUALIDADE

Handwritten marks in blue ink, possibly initials or a signature.

2.1. Qualidade Objetiva

2.1.1 Comissão de Ética Médica

2.1.1.1 Proposta de Constituição da Comissão de Ética Médica

A Comissão de Ética Médica - CEM terá por finalidade supervisionar, orientar, fiscalizar e avaliar o exercício da atividade médica sob os aspectos técnicos, éticos e administrativos, atentando para que as condições de trabalho, a liberdade, a iniciativa e a qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais.

A Comissão estará ligada diretamente à Diretoria Técnica da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

A escolha dos membros da Comissão será realizada por meio de eleição direta, por voto secreto do Corpo Clínico, cuja eleição dar-se-á por maioria simples, sendo que os integrantes da Diretoria da Unidade não deverão exercer funções na Comissão.

2.1.1.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Ética Médica

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO I DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º A Comissão de Ética Médica - CEM da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, por delegação do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás - CRM/GO, desempenhará suas atribuições sindicantes, educativas e fiscalizadoras na unidade, e será subordinada à Direção Técnica no organograma.

Art. 2º A CEM exercerá suas funções sobre todos os médicos regularmente registrados no CRM/GO, que exercerão atividade assistencial, didática, administrativa ou de pesquisa na Policlínica, incluindo aqueles não pertencentes ao seu Corpo Clínico, como os estagiários, mesmo que essa categoria não participe da escolha dos membros da CEM.

Art. 3º A CEM será autônoma em relação à Administração da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, mantendo a mesma relação de assessoria em ações educativas, fiscalizadoras e sindicantes.

CAPÍTULO II

agir



DA ESTRUTURA

Art. 4º A Estrutura da CEM compreenderá:

- I - Colegiado;
- II - Presidência;
- III - Secretário;
- IV - Apoio Administrativo.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º A CEM será composta por até 06 membros que participarão das atividades inerentes à Comissão e de suas reuniões ordinárias e extraordinárias em condições de igualdade de manifestação de opinião e voto.

§ 1º O número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, tendo como base Resoluções do CFM ou CRM/GO.

§ 2º Todos os membros serão considerados titulares.

Art. 6º Os membros eleitos escolherão por votação, o Presidente e o Secretário.

Parágrafo único - No caso de vacância desses cargos, os membros da CEM, em votação e por aprovação da sua maioria, procederão à substituição dos mesmos que exercerão suas funções até o cumprimento do restante do mandato.

Art. 7º 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 eleição do seu Presidente e ou Secretário.

Art. 8º Não poderão integrar a CEM os médicos que exercerem cargos de Direção Geral, Direção Técnica ou Direção Administrativa na Unidade, bem como aqueles que não estiverem quites com o CRM/GO.

§ 1º Os membros da CEM que, posteriormente, passarem a exercer cargos de Direção Geral, Técnica, ou Administrativa da Policlínica Regional - Goiás, deverão pedir afastamento, enquanto durar o seu mandato.

§ 2º O desligamento da Instituição implica no seu automático desligamento da CEM.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

**agir**

Art. 9º Compete à CEM da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás:

- a - Supervisionar, orientar e fiscalizar na Policlínica o exercício ético e legal da atividade médica;
- b - Comunicar ao CRM/GO quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- c - Comunicar ao CRM/GO o exercício ilegal da profissão;
- d - Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao CRM/GO quando houver indícios de infração ao Código de Ética Médica, sem emitir juízo, e quando ela for instaurada por solicitação deste órgão;
- e - Desenvolver atividade educativa por meio de discussões, divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Diretoria, Coordenações, Departamentos e Serviços da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás;
- f - Fornecer subsídios à Direção da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- g - Atuar preventivamente, conscientizando os médicos da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético, por meio de reuniões, e outros meios disponíveis;
- h - Divulgar a CEM aos médicos e usuários da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, sua constituição, finalidades e localização. Todo material escrito de divulgação emitido pela CEM, seja para os médicos ou usuários, deverá ser previamente apresentado e aprovado nas reuniões regulares ou, excepcionalmente; apenas pelo Presidente *ad referendum* do colegiado;
- i - Manter relação com a comissão de revisão de prontuários e documentação médica e estatística, colaborando na avaliação da qualidade dos prontuários dos pacientes.

Art. 10º Compete ao colegiado da CEM:

- a - Eleger o Presidente e o Secretário;
- b - Comparecer à 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 direito de defesa àqueles que vierem a responder às sindicâncias;
- e - Convocar reunião extraordinária, por solicitação da sua maioria, para discutir assuntos considerados relevantes.

agir



Art. 11º Compete ao Presidente da CEM:

- a - Representar a CEM perante a Direção da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, bem como às suas diversas Comissões e ao CRM/GO;
- b - Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;
- c - Convocar o Secretário ou, na ausência desse, membro da CEM para substituí-lo em todas as suas funções durante seus impedimentos;
- d - Encaminhar ao CRM/GO os Relatórios de Sindicâncias devidamente apuradas e quando concluírem por indícios de infração ao Código de Ética Médica, bem como aquelas que tiveram origem nesse órgão;
- e - Indicar um ou mais membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar e elaborar relatórios à CEM, quando da apuração de sindicâncias, bem como responder a consultas referentes a assuntos éticos.

Art. 12º Compete ao Secretário da CEM:

- a - Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;
- b - Colaborar com o Presidente nos trabalhos atribuídos à CEM;
- c - Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;
- d - Supervisionar, lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à CEM;
- e - Manter em arquivo próprio os documentos relativos à CEM.

Art. 13º Compete ao Apoio Administrativo:

- a - Receber os expedientes encaminhados à CEM;
- b - Estabelecer forma de registro e controle dos processos sob análise na CEM;
- c - Manter o arquivo da CEM em ordem;
- d - Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;
- e - Lavrar, sob a supervisão do Secretário da CEM, as atas das reuniões;
- f - Confeccionar memorandos, ofícios e rotinas operacionais da CEM;
- g - Observar as regras da Instituição para o andamento dos trabalhos da CEM;
- h - Zelar pelo patrimônio disponibilizado à Secretaria da CEM;
- i - Proceder as convocações para as reuniões da CEM;
- j - Proceder as convocações para as oitivas;

k - Secretariar as oitivas instituídas pela CEM;

l - Lavrar os depoimentos durante as oitivas;

m - Preservar os assuntos discutidos durante as reuniões;

n - Observar as regras instituídas para a condução de processos administrativos, de recursos humanos e de materiais.

CAPÍTULO V DAS ELEIÇÕES

Art. 14º A escolha dos membros da CEM será feita mediante voto secreto e direto, podendo estes serem reeleitos, participando dela os médicos que exerçam atividade assistencial, didática, administrativa e de pesquisa na Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, inscritos regularmente no CRM/GO, excetuando-se os estagiários. Cada votante terá o direito de votar em até 3 (três) dos candidatos regularmente inscritos a serem definidos pela Comissão Eleitoral.

Art. 15º A convocação da eleição será feita pelo Diretor Técnico, por Edital a ser divulgado na Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, no período de 30 trinta dias antes da eleição.

Art. 16º Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Técnico da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 17º Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados na Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, pelo Diretor Técnico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana antes da votação.

Art. 18º O Diretor Técnico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do CRM/GO.

Art. 19º Os integrantes da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos a CEM.

Art. 20º A CEM será composta pelos 06 (seis) 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 da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no CRM/GO.

Art. 21º A apuração deverá ser realizada imediatamente após o encerramento da votação

agir



pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 22º O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao CRM/GO para homologação e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 23º 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 instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao CRM/GO.

Art. 24º Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo CRM/GO ou pelo Presidente da Comissão Eleitoral, quando então se procederá a escolha, pelos membros eleitos, em votação secreta, do Presidente e Secretário da CEM.

Art. 25º O mandato da CEM será de até 24 (vinte e quatro) meses.

CAPÍTULO VI DO FUNCIONAMENTO

Art. 26º A CEM deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias mensais e reunir-se de forma extraordinária quando convocada pelo Presidente ou maioria dos seus membros.

Art. 27º As reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM serão conduzidas pelo Presidente ou Secretário 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 presente, pelo menos a metade dos seus 06 (seis) membros.

Parágrafo único - Na ausência do Presidente e Secretário, os membros presentes à reunião, escolherão o Presidente e o Secretário que a conduzirão.

Art. 28º Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicância terão caráter sigiloso.

Art. 29º 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 Sindicâncias, ou de assuntos de importância, somente poderá ocorrer com a presença da metade mais um dos 06 (seis) membros da CEM.

Art. 30º As sindicâncias serão instauradas mediante:

- a - Denúncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada;
- b - Denúncia, por escrito, do Diretor Técnico ou Técnico da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás;

c - Deliberação da própria CEM ao tomar conhecimento de assunto que mereça ser apurado;

d - Determinação do CRM/GO.

Art. 31º Aberta a Sindicância, o Presidente indicará um ou mais membros da CEM para proceder as averiguações, redigir o relatório com suas conclusões e apresentá-lo em reunião ordinária. O membro da CEM que se julgar impedido por determinada sindicância, poderá solicitar a sua substituição.

Art. 32º Instaurada a sindicância, a CEM notificará os citados, oferecendo-lhes a possibilidade de acesso aos documentos e manifestação.

Art. 33º Os envolvidos na sindicância poderão manifestar-se por escrito ou ser ouvidos pela Comissão Sindicante (oitiva), 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. 34º Todos os documentos relacionados com os fatos, tais como cópias das oitivas, prontuários, ordens de serviço da Administração da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás e outros que possam colaborar no esclarecimento dos motivos da sindicância, deverão ser devidamente numerados e juntados aos autos.

Art. 35º O acesso aos documentos de qualquer sindicância será facultado somente às partes e aos membros da CEM.

Art. 36º Em qualquer momento, os envolvidos terão direito a consulta e cópia dos documentos constantes da sindicância e a encaminhar manifestações, estando sujeitos ao sigilo processual, podendo ser responsabilizados por sua eventual quebra.

Art. 37º Terminada a coleta de informações, a CEM reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, jamais emitindo juízo.

Art. 38º O membro da CEM presente na reunião que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas da sindicância, propor diligências ou adiamento da votação. O prazo de vistas, improrrogável, será até a realização da próxima reunião ordinária.

Art. 39º Encerrada a sindicância, as partes envolvidas deverão ser informadas do resultado e esclarecidas sobre a possibilidade de recurso junto ao CRM/GO, caso não se considerem satisfeitos com as conclusões.

Art. 40º Constatada a existência de indícios de infração ao Código de Ética Médica, a

sindicância deverá ser encaminhada ao CRM/GO, para a competente tramitação.

Art. 41º Constatada a existência de indícios de infração administrativa, o fato deverá ser comunicado à Diretoria da Policlínica para as providências cabíveis.

Art. 42º 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 CRM/GO.

§ 1º Havendo conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º Não havendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório ao CRM/GO.

Art. 43º O membro da CEM envolvido em sindicância não participará das discussões de análise e da votação final do referido expediente.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 44º Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo Colegiado ou encaminhados ao CRM/GO para manifestação.

Art. 45º Este Regimento Interno poderá ser alterado de acordo com futuras resoluções do Conselho Federal de Medicina, do CRM/GO e quando a CEM julgar necessário.

2.1.1.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Ética Médica

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA POLICLÍNICA – REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS												
Ações/Atividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno	■											
2.Reunião de planejamento anual	■	■										
3.Reuniões ordinárias mensais da Comissão		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4.Divulgação da CEM para a instituição		■				■					■	
5.Definição e divulgação de canal para recebimento de demandas da CEM	■	■										
6.Treinamento sobre Ética profissional				■					■			
7.Apresentação de relatório para Direção Geral		■		■		■		■		■		■

2.1.2 Comissão de Ética Multiprofissional

2.1.2.1 Proposta de Constituição da Comissão de Ética Multiprofissional

A Comissão de Ética Multiprofissional - CEMULT terá por finalidade pautar a atuação dos profissionais de assistência social, farmácia, nutrição, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, assim como permear em ações educativas, opinativas, consultivas, fiscalizadoras e de assessoramento nas questões éticas do exercício da profissão, nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

A CEMULT estará ligada diretamente à Diretoria Técnica Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

A CEMULT Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás será constituída por profissionais de categorias Assistente Social, Farmacêutico (a), Nutricionista, Psicólogo (a), Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo (a) e Terapeuta Ocupacional, com vínculo empregatício com a Instituição. Terá



como participantes:

- Presidente;
- Secretário;
- Membros.

2.1.2.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Ética Multiprofissional

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL

CAPÍTULO I DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º A Comissão de Ética Multiprofissional - CEMULT será o órgão representativo que atuará de maneira complementar e integrada às demais equipes assistenciais, junto ao Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, estando a ele vinculada. Terá funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético dos profissionais de assistência social, farmácia, nutrição, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional da Unidade, sendo subordinada à Direção Técnica.

Art. 2º A CEMULT deverá manter sua autonomia na POLICLÍNICA, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à Gerência Operacional Multiprofissional ou às Supervisões das Equipes Multiprofissionais da Unidade.

Parágrafo Único – Caberá ao Gerente Multiprofissional Responsável Técnico prover condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho da CEMULT.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º A CEMULT será composta de 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes, eleitos das categorias: Assistente Social, Farmacêutico(a), Nutricionista, Psicólogo(a), Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo(a) e Terapeuta Ocupacional, com vínculo empregatício com a Instituição. O cargo de Presidente somente poderá ser preenchido por um dos profissionais das categorias citadas acima.

Art. 4º A CEMULT será instalada obedecendo o seguinte critério de proporcionalidade: 7 (sete) membros efetivos, sendo 1 (um) assistente social, 1 (um) farmacêutico(a), 1 (um) nutricionista, 1 (um) psicólogo(a), 1 (um) fisioterapeuta, 1 (um) fonoaudiólogo(a) e 1 (um) terapeuta ocupacional.

Art. 5º Os profissionais que exerçam os cargos de Responsáveis Técnicos das equipes

**agir**

Multiprofissionais da Unidade não poderão participar da CEMULT.

Art. 6º O tempo de mandato da CEMULT poderá ser de 3 (três) anos, sendo admitida uma reeleição.

Art. 7º As reuniões serão mensais, sendo que a CEMULT estabelecerá a necessidade de reuniões extraordinárias.

Art. 8º Para cada reunião realizada se lavrará ata, que será subscrita pelo Presidente e demais participantes.

Parágrafo único – Toda reunião deverá acontecer com a presença de pelo menos 50% mais um dos membros da CEMULT, sendo que na ausência do Presidente um dos membros do grupo deverá substituí-lo.

Art. 9º Qualquer membro que deixar de comparecer em 2 (duas) reuniões consecutivas, sem justificativa, será automaticamente desligado da CEMULT, assumindo em seu lugar outro profissional interessado.

§ 1º Os membros participantes deverão comunicar a ausência à Comissão até o término de cada reunião.

§ 2º Os membros participantes deverão comunicar, antecipadamente, sua ausência por ocasião de férias ou licenças.

§ 3º Os membros participantes poderão justificar até 2 (duas) ausências consecutivas, sendo permitida no máximo de 3 (três) delas por semestre.

CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS

Art. 10 Compete à CEMULT:

- a) Divulgar e fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Assistente Social, Farmácia, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, da Lei e do Decreto acerca do Exercício Profissional, assim como as Resoluções emanadas pelos Conselhos Federais de Serviço Social- CFESS, de Farmácia – CFF, de Nutricionistas – CFN, de Psicologia – CFP, de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, e de Fonoaudiologia – CFFa e decisões dos Conselhos Regionais de Serviço Social CRESS/MS, de Farmácia CRF/MS, de Nutricionistas CRN/MS, de Psicologia CRP/MS de Fisioterapia e Terapia Ocupacional CREFITO/MS, e de Fonoaudiologia CRFa/MS;
- b) Colaborar com os CRESS/MS, CRF/MS, CRN/MS, CRP/MS, CREFITO/MS e CRFa/MS na tarefa de discutir, divulgar, educar e orientar os temas relativos às categorias profissionais respectivas;
- c) Comunicar aos CRESS/MS, CRF/MS, CRN/MS, CRP/MS, CREFITO/MS e CRFa/MS a ausência



de condições de trabalho da equipe de Assistente Social, Farmácia, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, que venham a comprometer a qualidade da assistência prestada ao cliente;

d) Comunicar aos CRESS/MS, CRF/MS, CRN/MS, CRP/MS, CREFITO/MS e CRFa/MSo exercício ilegal da profissão, bem como quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional ou dispositivos éticos vigentes;

e) Instaurar sindicância, instruí-la e elaborar relatório, sem emitir juízo, encaminhando aos Responsáveis Técnicos das equipes Multiprofissionais para as providências administrativas, se houver, e aos CRESS/MS, CRF/MS, CRN/MS, CRP/MS, CREFITO/MS e CRFa/MS, conforme norma própria;

f) Solicitar aos Presidentes dos CRESS/MS, CRF/MS, CRN/MS, CRP/MS, CREFITO/MS e CRFa/MS apoio técnico, quando o fato ocorrido assim o requeira;

g) Encerrar a sindicância nos casos de não se constatar indícios de infração ética, arrolando todos os documentos, elaborando relatório para arquivo no POLICLÍNICA e enviando aos CRESS/MS, CRF/MS, CRN/MS, CRP/MS, CREFITO/MS e CRFa/MS, via *web*, formulário disponibilizado pelos Conselhos;

h) Comunicar aos CRESS/MS, CRF/MS, CRN/MS, CRP/MS, CREFITO/MS e CRFa/MS indícios de exercício ilegal, bem como a prática irregular da assistência aos pacientes por qualquer membro da equipe de saúde da Unidade;

i) Propor e participar em conjunto com os Responsáveis Técnicos e Educação Continuada dos Profissionais de Assistência Social, Farmácia, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, ações preventivas junto às equipes.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art. 11 Os atos da CEMULT relativos à sindicância ou fiscalização deverão ser sigilosos.

Art. 12 As deliberações da CEMULT serão por maioria simples, sendo prerrogativa do Presidente o "voto minerva", em caso de empate.

Art. 13 As sindicâncias instauradas pela CEMULT obedecerão aos preceitos contidos deste Regimento.

Art. 14 A sindicância deverá ser instaurada mediante:

- a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- b) Denúncia por escrito do Responsável Técnico da Categoria Profissional;
- c) Deliberação da própria CEMULT;



d) Determinação dos CRESS/MS, CRF/MS, CRN/MS, CRP/MS, CREFITO/MS e CRFa/MS.

Art. 15 Aberta a sindicância, a CEMULT informará o fato aos envolvidos, procedendo a convocação, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, por meio de manifestação por escrito.

Parágrafo único - O profissional que não atender às convocações ou solicitações da CEMULT deverá ser encaminhado para análise do Conselho Regional de sua Categoria Profissional.

Art. 16 Todos os documentos relacionados com os fatos deverão ser mantidos junto às sindicâncias.

Parágrafo único - O acesso a esses documentos e aos autos será facultado somente às partes e à CEMULT, preservando assim o sigilo.

Art. 17 O Presidente da CEMULT nomeará os membros que farão parte da sindicância para tomar depoimentos, analisar documentos e elaborar relatório conclusivo, sem emissão de juízo de valor.

Parágrafo único - Caso necessário, a CEMULT poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 18 Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada aos CRESS/MS, CRF/MS, CRN/MS, CRP/MS, CREFITO/MS e CRFa/MS para tramitação competente.

Art. 19 Quando o fato for de menor gravidade e não tiver acarretado danos a terceiros, sem infringir o Código de Ética Profissional, a CEMULT poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir relatório para os CRESS/MS, CRF/MS, CRN/MS, CRP/MS, CREFITO/MS e CRFa/MS, por meio da página disponibilizada na *web*.

§ 1º Ocorrendo a conciliação, a CEMULT lavrará tal fato em ata específica.

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

Art. 20 Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da CEMULT, este deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 21 Na desistência de um ou mais membros efetivos da CEMULT, esses serão substituídos automaticamente pelos suplentes, de acordo com o número de votos, comunicando-se o fato aos CRESS/MS, CRF/MS, CRN/MS, CRP/MS, CREFITO/MS e CRFa/MS.

Art. 22 A ausência não justificada a mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo, sendo convocado o suplente correspondente,



comunicando-se o fato aos CRESS/MS, CRF/MS, CRN/MS, CRP/MS, CREFITO/MS e CRFa/MS.

Art. 23 Após o processo eleitoral, o Regimento Interno da CEMULT Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás deverá ser revisado, seguindo um modelo dos CRESS/MS, CRF/MS, CRN/MS, CRP/MS, CREFITO/MS e CRFa/MS, adequando-o às especificidades da Unidade.

Art. 24 Os casos omissos do Regimento serão discutidos e resolvidos pela formação de um Comitê definido para o fim específico.

Art. 25 O Regimento entrará em vigor após sua publicação.

2.1.2.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Ética Multiprofissional

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL												
Ações/Atividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno												
2.Reunião de planejamento anual												
3.Reuniões ordinárias mensais da Comissão												
4.Divulgação da CEMULT para a instituição												
5.Definição e divulgação de canal para recebimento de demandas da CEMULT												
6.Treinamento sobre Ética profissional												
7.Apresentação de relatório para Direção Geral												

2.1.3 Comissão de Biossegurança

2.1.3.1 Proposta de Constituição da Comissão de Biossegurança

A biossegurança nas instituições de saúde é essencial para construção e manutenção das medidas técnicas, administrativas e normativas para prevenir acidentes, preservando a saúde pública e o meio ambiente. Questões como medidas de controle de infecção e sensibilização dos profissionais da importância da preservação do meio ambiente, na manipulação e no descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes, podem levar a redução geral de risco à saúde e acidentes ocupacionais.

A transmissão de microrganismos no ambiente do serviço de saúde pode acontecer de pacientes colonizados ou infectados para pacientes suscetíveis, profissionais de saúde e familiares. Para a proteção dos profissionais de saúde são recomendados cuidados específicos de acordo com o tipo de exposição do trabalhador.

A Comissão de Biossegurança da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás justifica-se na medida em que se propõe a promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na Instituição. Pretende, ainda, sensibilizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetam diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados.

Para a composição desta comissão da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, propomos os seguintes membros, a saber:

- I. Representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT;
- II. Representante do Serviço de Enfermagem;
- III. Representante do Serviço de Imaginologia;
- IV. Representante do Serviço de Laboratório;
- V. Representante do Serviço de Resíduos;
- VI. Representante do SCIRAS.

2.1.3.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Biossegurança

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

CAPÍTULO I

agir



DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Art. 1º O presente Regimento Interno tem por objetivo reger a composição, as atribuições, a estrutura, as competências e o funcionamento da Comissão de Biossegurança na Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

§ 1º. O ponto central da biossegurança sob o aspecto da saúde humana é a adoção de medidas de contenção que sejam capazes de conter o perigo associado aos agentes biológicos que possuem distinto potencial de risco e são classificados em classes de risco, que variam de 1 a 4; levando em conta o agravo ou dano que representam para a saúde e para o ambiente.

§ 2º. O objetivo da contenção é prevenir, reduzir ou eliminar a exposição de profissionais, de usuários do sistema de saúde, da população em geral e do ambiente aos agentes potencialmente perigosos.

§ 3º. A contenção física envolve a estrutura física, equipamentos de proteção (individuais e coletivos) e procedimentos para prevenir o contato e disseminação de agentes de risco.

§ 4º. A contenção biológica inclui a imunização e a seleção de agentes biológicos e hospedeiros que minimizem o risco em caso de exposição aos mesmos.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO, MANDATO E FUNCIONAMENTO

Art. 2º A Comissão terá composição multiprofissional, designados em Ato Administrativo da Direção Técnica da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, quais sejam:

- I. Representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT;
- II. Representante da Supervisão de Enfermagem;
- III. Representante do Serviço de Imaginologia;
- IV. Representante do Serviço de Laboratório;
- V. Representante do Serviço de Resíduos;
- VI. Representante do SCIRAS.

Art. 3º A substituição de membros dar-se-á por Ato Administrativo.

§ 1º A Comissão contará com apoio de um secretário indicado pelo Presidente da Comissão.

§ 2º A ausência de um membro da Comissão a 2 reuniões consecutivas ou a 3 alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará em substituição.

§ 3º A Comissão ficará subordinada à Diretoria Técnica da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Art. 4º A Comissão reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada 2 (dois) meses e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente, ou a requerimento da maioria simples

**agir**

de seus membros.

§ 1.º A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão antes de cada votação.

§ 2.º As deliberações tomadas deverão ser encaminhadas ao Plenário da Comissão para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§ 3.º As deliberações serão consubstanciadas em notas endereçadas à Diretoria Administrativa e Financeira da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

§ 4.º É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão tomada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 5º As reuniões da Comissão obedecerão à seguinte rotina:

- I. Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- II. Verificação de presença e existência de "quórum";
- III. Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- IV. Leitura e despacho do expediente;
- V. Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- VI. Organização da pauta da próxima reunião;
- VII. Comunicações breves e franqueamento da palavra.

Parágrafo único. Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 6º A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhadas das tomadas de decisões e registro em atas.

Art. 7º Após a leitura do parecer, o Presidente, ou seu substituto deve submetê-lo à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 1.º O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.

§ 2.º O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária.

§ 3.º Após entrar em pauta, a matéria deverá obrigatoriamente ser votada no prazo máximo de uma reunião.

Art. 8º Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 9º As deliberações serão divulgadas por meio de boletins eletrônicos ou escritos.

agir

CAPÍTULO III DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10º São atribuições do presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- I. Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
- II. Indicar seu vice-presidente e o secretário;
- III. Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- IV. Suscitar pronunciamento da Comissão quanto às questões relativas à documentação e de dados estatísticos no âmbito da biossegurança;
- V. Participar nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- VI. Indicar membros pertencentes ou não à Comissão para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão.

Art. 11º Caberá aos membros da Comissão:

- I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV. Executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- V. Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos a biossegurança que lhe forem enviados;
- VI. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Art. 12º Caberá ao secretário da Comissão:

- I. Organizar a ordem do dia;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Providenciar a execução das decisões determinadas;
- IV. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- V. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- VI. Elaborar relatório semestral das atividades da Comissão;
- VII. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverão conter a pauta das reuniões.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13º Compete à Comissão:


agir

- I. Definir um conjunto de diretrizes para se atingir um padrão aceitável de biossegurança na Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, a curto, médio e longo prazos;
- II. Implementar ações preventivas de contenção primária – proteção dos profissionais e dos usuários contra a exposição aos agentes de risco geralmente alcançada pelo uso adequado de equipamentos de proteção individual, pela implementação das Boas Práticas de Laboratório, além de incluir a imunização como fator de proteção;
- III. Implementar ações preventivas de contenção secundária – proteção do ambiente contra a exposição aos agentes de risco. Esse nível de contenção inclui a adoção de medidas e práticas relacionadas:
 - a) à adequação das instalações e da infraestrutura do local de trabalho;
 - b) ao uso adequado de equipamentos de segurança;
 - c) à adoção de técnicas e práticas de trabalho em conformidade com a classe de risco do agente manipulado, e
 - d) à proteção individual;
- IV. Sensibilizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetam diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados;
- V. Atualizar quanto às normas complementares e outros desdobramentos dados dispostos por órgãos de saúde no âmbito da biossegurança;
- VI. Definir, em ato normativo, os critérios padronizados para a comprovação da capacitação dos profissionais, no que se refere aos aspectos de biossegurança;
- VII. Sugerir normas para melhoria da biossegurança na Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás;
- VIII. Realizar visitas inspecionais nos setores no objetivo de identificar situações/problemas;
- IX. Acompanhar junto ao SESMT e SCIRAS as notificações de acidentes com material biológico, na perspectiva de redução de recorrência dos casos;
- X. Integração com as demais Comissões quando for pertinente.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 14º O Administrativo proporcionará a infraestrutura necessária a assegurar o suporte técnico, científico e operacional, indispensáveis à eficiência da Comissão.

Art. 15º A Comissão, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

**agir**

Art. 16º Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão, em cotejo com a Diretoria Técnica da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Art. 17º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação por esta Comissão, podendo ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto ou por votação da sua maioria absoluta.

2.1.3.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Biossegurança

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA												
Ações/Atividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno												
2. Reunião de planejamento anual												
3. Reuniões ordinárias mensais da Comissão												
4. Apresentação de relatórios para Diretoria Técnica												

2.1.4 Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)

2.1.4.1 Proposta de Constituição da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)

A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - CCIRAS terá o desenvolvimento de suas atividades em caráter permanente, tendo como finalidade estabelecer os parâmetros ideais de vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde, normatizar o uso de antimicrobianos, supervisionar as técnicas e processos de esterilização e desinfecção adotados, exercer controle da higiene ambiental, bem como, analisar e corrigir os fatores de riscos de infecções relacionadas ao trabalho, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções.



agir



Compete também à CCIRAS a elaboração de programas e treinamentos destinados aos profissionais que atuam na Instituição. A CCIRAS atenderá às normatizações da Portaria MS nº 2616, de 12 de maio de 1998.

2.1.4.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS)

CAPÍTULO I DA CATEGORIA E FINALIDADES

Art 1º A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - CCIRAS é um órgão deliberativo, diretamente subordinado à Diretoria Geral da Policlínica Regional - Unidade Goiás, e tem por finalidade estabelecer os padrões ideais de vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à saúde, normatizar o uso de antimicrobianos, supervisionar as técnicas e processos de esterilização e desinfecção adotados, exercer controle da higiene ambiental, bem como preservar as condições adequadas à recuperação dos pacientes, analisar e corrigir os fatores de riscos de infecções relacionados ao trabalho, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções relacionadas à assistência à saúde, auxiliar na elaboração de programas e treinamento de profissionais que atuam na Unidade.

CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO

Art 2º A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - CCIRAS terá a seguinte estrutura:

Membros consultores:

Composto por representantes dos seguintes Serviços:

- Serviço Médico;
- Serviço de Enfermagem;
- Serviço de Farmácia;
- Serviço de Higienização;
- Laboratório de Análises Clínicas;
- Central de Material e Esterilização.

Membros executores:

agir



- Um enfermeiro;
- Um médico infectologista;
- Um agente administrativo.

Art 3º A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - CCIRAS e o Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde e Vigilância Epidemiológica - SCIRAS serão dirigidos pelo Presidente, designado pela Direção da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Art 4º Os ocupantes de cargos ou funções previstos no artigo anterior serão substituídos, em suas faltas ou impedimentos, por servidores por ele indicados.

CAPÍTULO III DA COMPETÊNCIA

Art 5º À Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - CCIRAS compete elaborar, implementar, manter e avaliar Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - PCIRAS, adequado às características e necessidades da Unidade, contemplando, no mínimo, ações relativas à:

- Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, no que diz respeito à prevenção e controle infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-Unitadees;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde e aprovar medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIRAS;
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implementar medidas de controle;
- Notificar ao órgão de gestão do SUS, as doenças e agravos de notificação compulsória confirmadas ou suspeitas, sob vigilância epidemiológica, atendidas na Unidade, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
- Notificar ao serviço de vigilância epidemiológica e sanitária do órgão de gestão do SUS os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecção, associados à utilização de insumos e produtos industrializados;


agir

- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente à autoridade máxima e às chefias de todos os setores da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, a situação do controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, promovendo seu amplo debate na comunidade de saúde;
- Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções, por meio de medidas de precauções;
- Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais visando à prevenção e o tratamento das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-Unitários aplicável a unidade ambulatorial;
- Cooperar ou responsabilizar-se pela execução dos treinamentos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;

Art 6º Ao Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde e Vigilância Epidemiológica - SCIRAS compete:

- Elaborar, implementar e manter um Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - PCIRAS;
- Implementar e manter um Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Elaborar e divulgar, trimestralmente, relatórios sobre os principais indicadores epidemiológicos relacionados ao controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, compartilhando-os com a CCIRAS para apreciação e definição de plano de melhoria e controle, quando necessário;
- Elaborar e divulgar relatórios conforme solicitação dos órgãos municipais e estaduais competentes;
- Sugerir medidas que resultem na prevenção ou controle das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, instituindo as medidas de controle necessárias;
- Propor e colaborar com os setores de treinamento no desenvolvimento de programa de capacitação de recursos humanos nas questões ou temas que possibilitem o controle e a

agir



prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde;

- Elaborar, propor e implementar normas e rotinas técnico-operacionais, em conjunto com os diversos setores que estejam envolvidos, visando o controle e a profilaxia das infecções relacionadas à assistência à saúde, bem como supervisionar a sua aplicação;
- Desenvolver um programa de controle do uso de antimicrobianos, em colaboração com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Participar como representante nas Comissões de Farmácia, Resíduos, Biossegurança e Núcleo de Segurança do Paciente;
- Realizar a notificação e providenciar o envio, aos órgãos competentes, dos registros de doenças de notificação compulsória e auxiliar na sua investigação epidemiológica;
- Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Epidemiológica do órgão Estadual e/ou Municipal de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias competentes.

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Art 7º Serão atribuições dos membros da CCIRAS, a saber:

Do Presidente:

- Presidir e coordenar os trabalhos da CCIRAS;
- Convocar reuniões ordinárias e/ou extraordinárias;
- Representar a Direção da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, sempre que necessário, no que se refere ao controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, perante outras entidades;
- Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIRAS;
- Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIRAS. Do Médico Infectologista CCIRAS:
- Proceder à investigação epidemiológica em colaboração com as equipes das unidades envolvidas e demais membros da CCIRAS;
- Supervisionar e revisar os casos levantados pela Vigilância Epidemiológica e assessorar tecnicamente este sistema;
- Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitos de surtos, em colaboração com os demais membros da CCIRAS;
- Recomendar os isolamentos nos pacientes com infecções transmissíveis;
- Assessorar o Corpo Clínico sobre a racionalização no uso de antimicrobianos;
- Assessorar a Direção da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás sobre as questões relativas ao controle de infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Normatizar a indicação de boas práticas para pequenos procedimentos invasivos,

 **agir** 

- juntamente com os demais membros da equipe;
- Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa em controle das infecções relacionadas à assistência à saúde;
 - Manter-se atualizado nas questões relativas ao controle das infecções relacionadas à assistência à saúde e uso de antimicrobianos;
 - Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIRAS;
 - Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998;
 - Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria GM/MS nº 1.693, de 23 de Julho de 2021;
 - Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIRAS. Do Enfermeiro da CCIRAS:
 - Realizar a vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde por meio do método de busca ativa;
 - Fazer a investigação de surtos;
 - Solicitar exames de materiais suspeitos de contaminação para investigação bacteriológica;
 - Realizar visitas aos setores da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás para detectar inadequações, bem como fornecer recomendações, realizando o treinamento em serviço;
 - Realizar capacitação sobre controle de infecções relacionadas à assistência à saúde para colaboradores;
 - Fornecer parecer sobre utilização de produtos para tratamento de feridas;
 - Avaliar e orientar medidas de precauções junto à equipe multiprofissional;
 - Acompanhar as técnicas de desinfecção e esterilização adotadas;
 - Controlar a qualidade da esterilização das autoclaves, por meio do controle de qualificações e testes biológicos, em intervalos pré-fixados;
 - Elaborar planos de limpeza, desinfecção e esterilização para os diversos setores da Policlínica, em conjunto com o setor responsável;
 - Normatizar junto com outros membros da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás o uso degermicidas em saúde;
 - Fornecer junto com outros membros da CCIRAS parecer técnico quanto à aquisição de materiais e equipamentos, bem como quanto a reformas de instalações prediais;
 - Avaliar, treinar e orientar profissionais da saúde quanto a procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização;
 - Elaborar normas para prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde;
 - Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa em prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde;
 - Manter-se atualizado na área de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde;

- Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou supostos surtos;
- Executar outras tarefas da mesma natureza e mesmo nível de complexidade, conforme as atribuições inerentes ao enfermeiro previstas na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986;
- Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIRAS;
- Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIRAS.

Art. 8º São atribuições dos membros do Serviço de Controle de Infecções Relacionada à Assistência à Saúde- SCIRAS (membros executores):

- Execução das ações do Programa de Controle de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde - PCIRAS;
- Fazer cumprir as decisões da CCIRAS;
- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria nº 2616/ MS, de 12 de maio de 1998.

CAPÍTULO V

DAS INSTRUÇÕES GERAIS, MANDATO, REUNIÃO

Art 9º O Presidente deverá ser escolhido entre os membros da CCIRAS e nomeado pelo Diretor Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Art 10º O mandato dos membros da CCIRAS corresponderá a um período indeterminado, ficando à sua recondução ao cargo ou sua substituição a critério do Diretor Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Art. 11º A CCIRAS da Unidade deverá reunir-se ordinariamente de acordo com cronograma anual ou extraordinariamente, quando necessário, sendo sua convocação efetuada pelo Presidente, com antecedência mínima de 3 (três) dias.

Art 13º Para cada reunião realizada se lavrará ata, que será subscrita pelos presentes.

Art. 14º O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

2.1.4.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS)												
Ações/Atividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno												
2. Reunião de planejamento anual												
3. Reuniões ordinárias mensais da Comissão												
4. Apresentação de relatórios para Direção Geral												

2.1.5 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

2.1.5.1 Proposta de Constituição da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários - COARP terá como propósito garantir que os prontuários sejam compatíveis com os conceitos pré-estabelecidos de informações física e/ou eletrônica de pertinência clínica. O Corpo Médico, por meio da Comissão, será responsável pela emissão de documentação adequada dos eventos médicos, bem como conduzirá a revisão retrospectiva para apurar adequação e a complementação dos registros dos pacientes.

Membros e Finalidade

A Comissão atenderá a resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002, no qual é definido 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. É um órgão de assessoria vinculado à Direção Geral da Policlínica Região - Rio Vermelho - Goiás.

A Comissão será composta por membros designados pela Diretora Geral, assim distribuídos por categoria ou setor:

01 representantes da Equipe Médica;

01 representante do Serviço de Prontuário;

01 representante do Serviço de Tecnologia da Informação; 01 representantes da Enfermagem;

01 representantes da Equipe Multiprofissional; 01 representante do Serviço de Qualidade;

01 representante do Núcleo Interno de Regulação.

2.1.5.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CAPÍTULO I DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Análise e Revisão de Prontuário tem por objetivo atender a Resolução CFM nº 1638/2002:

- Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários médicos;
- Analisar o conteúdo dos prontuários, verificando o índice de preenchimento dos itens dos formulários;
- Analisar a forma de preenchimento dos formulários;
- Estudar a alteração e atualização dos formulários;
- Conseguir a colaboração dos diversos profissionais da equipe de saúde para melhorar a qualidade dos prontuários;
- Verificar o padrão de registros de atendimentos realizados;
- Sugerir medidas para a melhoria do padrão;
- Colaborar com a direção da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás e do Corpo Médico no fornecimento de informações quanto aos dados registrados.

CAPÍTULO II

agir

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º Compete à Comissão:

I. A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário do paciente, tais como:

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

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente (em casos de documentos gerados em meio físico), bem como assinatura e carimbo e/ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.

Considerar todos esses quesitos, caso seja utilizado o prontuário eletrônico;

c) Obrigatoriedade do registro da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;

d) Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás;

II. Recomendar inclusão e exclusão de formulários físicos e eletrônicos, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos;

III. Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás em assuntos de sua competência;

IV. Manter interação com as Comissões de Ética Médica, de Enfermagem e Segurança do Paciente, com o qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas sempre que necessário;

V. Definir anualmente um plano de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com a atuação de Educação Permanente;

VI. Emitir relatórios anual das atividades realizadas pela comissão.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 3º A Comissão de Análise e Revisão de Prontuário - COARP será constituída pelos seguintes profissionais:

01 representantes da Equipe Médica;

01 representante do Serviço de Prontuário;

01 representante do Serviço de Tecnologia da Informação; 01 representantes da Enfermagem;

01 representantes da Equipe Multiprofissional; 01 representante do Serviço de Qualidade;

01 representante do Núcleo Interno de Regulação.



Parágrafo único – Para a realização dos trabalhos da COARP os membros deverão ser cedidos de suas atividades por tempo a ser definido pela Diretoria Geral da Policlínica Regional - Unidade Goiás, em comum acordo com as demais Diretorias.

Art. 4º Compete ao Presidente:

- I – Convocar e presidir as reuniões;
- II - Representar a comissão junto à Diretoria Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, ou indicar seu representante;
- III - Subscrever todos os documentos COARP previamente aprovados pelos membros desta;
- IV – Fazer cumprir o regimento da COARP;

Parágrafo único 1º – Nas decisões da Comissão, o Presidente além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de minerva). Nas faltas e impedimentos legais do Presidente, assumirá seu Vice-Presidente.

Art. 5º Compete ao Vice-Presidente:

- I – Assumir as atividades do Presidente na sua ausência.

Art. 6º Compete ao Secretário:

- I. Organizar o cronograma das reuniões;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- IV. Convocar os membros da COARP para as reuniões determinadas pelo Presidente;
- V. Organizar e manter o arquivo da Comissão;
- VI. Realizar outras funções determinadas pelo Presidente, relacionadas ao serviço desta secretaria;
- VII. Compilar planilha e dados para indicadores de qualidade da COARP; VIII – Alimentar indicadores de qualidade da COARP;
- VIII. Criar e executar planos de ação de melhorias, em conjunto com os demais membros da COARP.

CAPÍTULO IV DA ORGANIZAÇÃO

Art. 7º As reuniões ordinárias acontecerão mensalmente, e as extraordinárias conforme a necessidade, podendo ser convocadas pelo Presidente ou Vice-presidente.

§ 1º – A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativas ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativas durante doze meses, gera sua exclusão automática da Comissão Análise e Revisão de Prontuário - COARP.

§ 2º – Na ausência do Presidente, o Vice-Presidente assume suas funções e na ausência do



Vice-Presidente cabe ao secretário presidir a reunião.

§ 3º – O quórum mínimo para realização de reuniões será de 50% dos membros mais um.

Art. 8º As decisões da Comissão Análise e Revisão de Prontuário - COARP serão tomadas após aprovação, por meio de votação por maioria simples dos membros presentes.

Art. 9º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado, um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões.

§ 1º – As reuniões da COARP deverão ser registradas em ata e arquivadas contendo: data, nome e assinatura dos membros presentes, resumo dos assuntos tratados, decisões tomadas e ações a serem executadas.

§ 2º – Os assuntos tratados pela COARP deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 10º O Presidente da Comissão será nomeado pela Diretoria Técnica da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, sendo obrigatoriamente médico. O Vice-Presidente e o Secretário serão nomeados pelo Presidente da Comissão.

§ 1º O mandato será de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Geral em comum acordo com as demais Diretorias.

§ 2º A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de Ato Administrativo expedido pela Direção Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, que será encaminhado a Secretária da Comissão, bem como a substituição/exclusão de qualquer membro, a qualquer momento.

§ 3º No caso de substituição de um ou mais membros, caberá a Direção Geral da Policlínica Regional - Unidade Goiás em comum acordo, com as demais Diretorias, realizar novas nomeações através de Atos Administrativos.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 11º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Revisão de Prontuário, em conjunto com o Diretor Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Art. 12º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação por esta Comissão, podendo ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto ou por votação da sua maioria absoluta.



2.1.5.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO POLICLÍNICA – REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS												
Ações/Atividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno												
2.Reunião de planejamento anual												
3.Reuniões ordinárias mensais da Comissão												
4.Padronização dos requisitos mínimos de evolução no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)												
5.Treinamento sobre o Registro Seguro no PEP												
6.Definição e implantação de método de avaliação dos prontuários												
7.Divulgação, análise e tratativa do indicador de auditoria dos prontuários												
8.Apresentação de relatório para Direção Geral												

2.1.6 Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)

2.1.6.1 Proposta de Constituição da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)

A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) é um órgão de caráter consultivo, deliberativo, educativo e executivo, que tem por finalidade prevenir, minimizar ou eliminar os riscos físicos, químicos e/ou biológicos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, extensão, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando à saúde humana e dos animais bem como a preservação do meio ambiente no âmbito do POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS.



A Comissão de Acidentes com Material Biológico constitui um grupo técnico, de caráter obrigatório, nas instituições hospitalares e pré-hospitalares. Deve ser composta por profissionais da área de saúde, de níveis superior e médio e por profissionais ligados à saúde e à segurança do trabalhador. O número de componentes será definido por ato normativo da direção geral da instituição de acordo com a dinâmica e o funcionamento da mesma.

Este comitê é multidisciplinar e multiprofissional, nomeado e composto por membros do quadro funcional do POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS, conforme portaria da Diretoria Geral:

- I - o chefe da Divisão de Enfermagem, como coordenador;
- II - um representante da Alta Administração (Divisão Médica);
- III - um representante (médico do trabalho);
- IV - vice-presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa);
- V - um representante da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - CCIRAS;
- VI - o responsável da Gerência de Resíduos;
- VII - um representante de Central de Materiais Esterilizados (CME);
- VIII - um representante do Serviço de Padronização de Materiais;
- IX - um representante do Setor de Almoxarifado.

A Comissão de Prevenção de Acidentes com Material Biológico e Biossegurança tem como objetivos reduzir os riscos de acidentes com materiais biológicos dentro das instituições de saúde e atuar em três macro focos dentro das instituições de prestação da assistência: adequação da estrutura física e tecnológica, capacitação profissional, aquisição de equipamentos de proteção individual e coletivo com vistas à implantação e manutenção de um trabalho de qualidade no ambiente laboratorial.

2.1.6.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)

CAPÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADES

Art.1º Este regimento tem por objetivo regulamentar a composição, as atribuições, a



estrutura, as competências e o funcionamento da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB), a ser instituída na POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS.

Art.2º A CAMB é um órgão de caráter consultivo, deliberativo, educativo e executivo, que tem por finalidade prevenir, minimizar ou eliminar os riscos físicos, químicos e/ou biológicos inerentes as atividades de pesquisa, produção, ensino, extensão, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviço, visando à saúde humana e dos animais bem como a preservação do meio ambiente no âmbito da POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS.

CAPÍTULO II DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art.3º Compete à CAMB no âmbito da Instituição estabelecer normas, fiscalizar e tomar providências para o cumprimento das normas estabelecidas para o desenvolvimento de atividades que envolvam, no âmbito do ensino, pesquisa e extensão:

- I – Procedimentos de contato direto com pacientes;
- II – Coleta, preservação, análise e transporte de amostras clínicas ou material biológico;
- III – Organismos que ofereçam risco à saúde;
- IV – Fitopatógenos;
- V – Procedimentos que envolvam riscos físicos, químicos e/ou biológicos.

Art.4º São atribuições da CAMB:

- I – Manter informados os servidores, quando suscetíveis de serem afetados pela atividade, sobre as questões relacionadas à saúde e a segurança, bem como sobre os procedimentos em caso de acidentes físicos ou envolvendo material químico ou biológico;
- II – Estabelecer programas preventivos e de inspeção para garantir o funcionamento das instalações na POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS. dentro dos padrões e normas de biossegurança vigentes e regulamentados pelos órgãos componentes, tais como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT);
- III – Encaminhar documentos pertinentes às atividades descritas neste artigo para efeito de análise, registro ou autorização do órgão competente, quando couber;
- IV – Manter registro do acompanhamento individual de cada atividade ou projeto em que o desenvolvimento envolva riscos permanentes;
- V – Notificar, quando couber, o resultado de avaliações de risco a que estão submetidas as pessoas expostas bem como qualquer acidente ou incidente que envolva risco físico, químico ou biológico aos órgãos e entidades de registro e fiscalização e às entidades de trabalhadores;

VI – Requerer dos responsáveis a apresentação de projetos, pareceres, relatórios ou outros documentos pertinentes que envolvam as atividades acima descritas;

VII – Fazer cumprir as normas estabelecidas pela ANVISA e demais órgãos competentes com relação à biossegurança;

VIII - Comunicar à Diretoria Geral/Técnica eventuais descumprimentos das normas de biossegurança estabelecidas pela CAMB e, sendo pertinente, a Diretoria irá tomar providências de correções para o cumprimento das normas.

CAPÍTULO III

SEÇÃO I

DA ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO

Art.5º A CAMB é uma Comissão da POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS, subordinada administrativamente à Diretoria da Unidade.

Art.6º Os membros da CAMB são nomeados pela Diretoria Geral/Técnica.

I – No mínimo três membros docentes e seus suplentes com mandatos vinculados, com competência técnica e atividade profissional nas áreas de saúde humana, segurança do trabalho, meio ambiente, biossegurança, análises químicas, ciências biológicas, ciências agrárias ou ciências de alimentos; avaliada a competências pela comissão;

II – No mínimo um membro representante dos servidores técnico-administrativos do POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS e seu suplente, que tenham competência técnica em alguma das áreas supracitadas;

III – Poderá haver membros associados como representantes de cada uma das unidades acadêmicas, caso seja de interesse das mesmas ou da comissão;

IV – Os membros de que trata este artigo serão selecionados pela Comissão e referendados pela Reitoria, dentre os nomes enviados pelos Departamentos da unidade hospitalar ou órgãos equivalentes do POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS, juntamente com a documentação comprobatória de sua atividade profissional e experiência nas áreas citadas.

Art.7º Compete aos membros da CAMB indicar entre seus componentes o Presidente e Vice-presidente da Comissão.

Art.8º A CAMB disporá de um secretário indicado pelo presidente, dentre os membros da comissão ou de um servidor técnico-administrativo.

Art.9º Os membros da CAMB terão mandato de dois anos, sendo admitida a recondução.

I – Terminado o mandato, a Comissão subsequente deverá ter no mínimo um membro da Comissão anterior;

II – Perderá o mandato, mediante reconhecimento expresso de vacância pela CAMB, o membro que faltar a três reuniões no mesmo ano sem justificativa formal encaminhada ao presidente da comissão;

III – Em caso de vacância de membro titular, assume o suplente, sendo indicado novo suplente. Em caso de vacância do presidente, assume o vice-presidente;

IV – Poderá haver a substituição de qualquer membro da comissão durante a vigência de seu mandato, desde que plenamente justificada.

SEÇÃO II

DAS ATRIBUIÇÕES DA PRESIDÊNCIA

Art.10º Compete ao Presidente da CAMB:

I – Convocar e conduzir as reuniões ordinárias ou extraordinárias da CAMB;

II – Submeter à CAMB todos os assuntos constantes da pauta de reunião;

III – Assinar os atos destinados a formalizar e documentar as decisões da CAMB;

IV – Convidar a participar das reuniões, após consulta e aprovação pelos membros da CAMB, consultores para auxiliar na discussão de casos específicos;

V – Distribuir aos membros da CAMB matérias para seu exame e parecer;

VI – Zelar pelo cumprimento das normas deste Regimento e resolver as questões de ordem;

VII – Representar ou indicar representante da CAMB nos atos que se fizerem necessários, respeitada a natureza de suas atribuições;

VIII – Requerer dos membros da Comissão a averiguação dos fatos em caso de denúncia de irregularidade nas atividades descritas no Artigo 3º deste Regimento;

IX – Tomar as medidas cabíveis em caso de constatação de irregularidades;

X – Assegurar o cumprimento das normas de biossegurança vigentes.

Art.11º Compete aos vice-presidente substituir o presidente em suas faltas ou impedimentos legais, auxiliar o presidente em suas tarefas e desempenhar tarefas que lhe sejam designadas pelo presidente.

SEÇÃO III

DAS ATRIBUIÇÕES DA SECRETARIA

Art.12º Compete ao secretário:

I – Assessorar a presidência da CAMB;

II – Manter arquivos e registros de documentos e atividades relacionadas à CAMB;


agir

III – Elaborar, redigir e organizar atas, memórias e documentos oficiais recebidos e emitidos pela CAMB;

IV – Manter informações eletrônicas no âmbito da CAMB;

V – Elaborar juntamente com o presidência o relatório anual de atividades da CAMB e submete-lo à apreciação pela comissão para posterior encaminhamento à Diretoria Geral/Técnica;

VI – Encaminhar documentos produzidos ou solicitados pela presidência e pela CAMB.

SEÇÃO IV

DOS DIREITOS E DEVERES DOS MEMBROS

Art.13º Cabe aos membros da CAMB:

I – Comparecer e participar e votar nas reuniões da comissão;

II – Aprovar as pautas e memórias da reunião, elaboradas pela presidência e secretaria da CAMB;

III – Propor a convocação de reuniões extraordinárias da CAMB;

IV – Examinar e relatar expedientes que lhes forem distribuídos pela presidência da CAMB, dentro dos prazos estabelecidos;

V – Propor atividades de interesse da CAMB;

VI – Representar a CAMB nos atos e nas demais instâncias de interesse da POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS, quando indicados pelo presidente da comissão;

VII – Divulgar e fomentar a qualificação e participação em atividades de cunho científico e informativo relacionadas às biossegurança no âmbito da POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS;

VIII – Aprovar, em reunião plenária, os grupos de trabalho, seu âmbito, duração e escopo de trabalho;

IX – Indicar, dentre eles, os dirigentes da primeira reunião dos grupos de trabalho, em que se escolherá sua coordenação.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art.14º A CAMB reunir-se-á ordinariamente, a cada mês, conforme calendário definido na primeira reunião anual, que ocorrerá na primeira semana do calendário letivo de cada ano, e extraordinariamente, sempre que convocada pelo seu presidente ou requerimento da maioria simples de seus membros;

agir



§ 1º Na impossibilidade de comparecimento do presidente e do vice-presidente, dirigirá os trabalhos o decano da comissão.

§ 2º Os membros titulares serão convocados para reuniões ordinárias com no mínimo 72 horas de antecedência, cabendo a cada membro titular a responsabilidade de comunicar seu suplente em caso de sua impossibilidade de comparecimento.

§ 3º O membro associado deve participar quando convocado, tendo direito à voz e não ao voto.

§ 4º Nos casos em que o titular e seu suplente estiverem impossibilitados de comparecer à reunião, deverão comunicar com antecedência mínima de 24 horas e apresentar justificativa formal à presidência da CAMB.

§ 5º As reuniões obedecerão à pauta formulada pelo presidente.

§ 6º Pedidos de inclusão de assuntos na pauta de reunião poderão ser dirigidos ao presidente por qualquer membro, com antecedência mínima de 24 horas da data de realização da reunião, ou apresentados durante a aprovação da pauta pelo plenário.

§ 7º As reuniões ordinárias serão instaladas com a presença da maioria simples dos membros da Comissão.

§ 8º As reuniões extraordinárias serão instaladas no horário estabelecido com presença da maioria simples dos membros, descontadas as faltas justificadas, ou com qualquer número depois de decorridos 30 minutos.

§ 9º Decisões tomadas ad referendum deverão ser subordinadas a homologação na reunião ordinária subsequente.

§ 10. O membro presente à reunião poderá solicitar, em qualquer fase dos trabalhos, salvo se já anunciada a decisão, a retirada de matéria de sua autoria ou pedir vista da que estiver em discussão, que será apreciada posteriormente, sempre respeitando os prazo definido pela CAMB.

§ 11. Após o anúncio do encerramento da discussão pelo presidente ou por quem estiver dirigindo a reunião, a matéria será submetida à aprovação.

Art.15º Todas as decisões da CAMB são deliberadas em reuniões ordinárias e extraordinárias, por votação.

§ 1º A votação é realizada mediante quorum, sendo que a aprovação das matérias se dará por maioria simples.

§ 2º Qualquer membro da CAMB pode fazer constar seu voto em ata.

§ 3º O presidente da CAMB em o voto de qualidade.

§ 4º Os membros que coordenam ou participam de algum projeto ou outra atividade em

**agir**

votação devem abster-se do voto.

Art.16º A CAMB poderá constituir consultores, subcomissões ou grupos de trabalho transitórios para apreciação de matéria específica, além de elaborar documentos técnicos para subsidiar as atividades dos grupos estabelecidos, podendo ainda convidar, com igual objetivo, personalidades de reconhecida competência em sua especialidade.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.17º Alterações neste regimento deverão ter a aprovação de no mínimo dois terços da comissão.

Art.18º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da CAMB e submetidos à apreciação final da Diretoria Geral da POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS.

Art.19º - O presente Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

2.1.6.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)												
Ações/Atividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno												
2.Reunião de planejamento anual												
3.Reuniões ordinárias mensais da Comissão												

4. Apresentação de relatório para Direção Geral										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.1.7 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

2.1.7.1 Proposta de Constituição da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA visa a prevenção de doenças e acidentes do trabalho, de modo a obter a permanente melhoria das condições de segurança, preservação da vida e a promoção da saúde dos colaboradores.

A CIPA da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás será composta por representantes dos colaboradores e representantes indicados pela Administração da Unidade. O dimensionamento da CIPA dar-se-á conforme preconizado pela Norma Regulamentadora nº 5 (NR-5) e suas alterações.

2.1.7.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA visa a prevenção de doenças e acidentes do trabalho, de modo a obter a permanente melhoria das condições de segurança, preservação da vida e a promoção da saúde dos colaboradores.

Art. 2º A CIPA da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás será composta por representantes dos colaboradores e representantes indicados pela Administração da Unidade, sendo subordinada à Direção Geral. O dimensionamento da CIPA dar-se-á conforme preconizado pela Norma Regulamentadora nº 5 (NR-5) e suas alterações.



CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 3º Compete à CIPA:

- I – Realizar inspeções nos locais de trabalho, visando detectar a existência de eventuais riscos ocupacionais;
- II – Analisar e estudar as situações de trabalho potencialmente nocivas à saúde e ao bem estar dos colaboradores, sugerindo as medidas preventivas ou corretivas de sorte a se eliminar ou neutralizar os riscos existentes;
- III – Sugerir a adoção de medidas de prevenção de acidentes do trabalho e doenças profissionais, por iniciativa própria ou sugestão de outros colaboradores;
- IV – Promover a divulgação e zelar pela observância das normas de segurança e medicina do trabalho;
- V – Despertar o interesse dos colaboradores visando à prevenção de acidentes e doenças ocupacionais e estimulá-los, permanentemente, a adotarem comportamento preventivo durante a execução dos trabalhos;
- VI – Promover e coordenar, anualmente, em conjunto com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT a Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - SIPAT;
- VII – Investigar, discutir, acompanhado do SESMT, as causas, circunstâncias e consequências dos acidentes e doenças profissionais, propondo e acompanhando a execução das medidas corretivas;
- VIII – Solicitar mediante documento e sempre que houver risco inspeção de segurança ao SESMT, participando da mesma e informando aos responsáveis pelos setores dos riscos constatados;
- IX – Sugerir a realização de cursos, treinamentos e campanhas que julgar necessários à melhoria do desempenho dos membros da CIPA e dos colaboradores quanto à segurança, higiene e saúde do trabalho, com emissão do respectivo certificado de participação;
- X – Convocar colaboradores para prestar informações, depoimentos ou fornecer dados ilustrativos e esclarecedores, por ocasião da investigação dos acidentes de trabalho ou de doenças profissionais;
- XI – Se manter informada sobre projetos, modificações, condições técnicas e organização do trabalho, avaliando seus eventuais impactos sobre a segurança e a saúde dos colaboradores;
- XII – Fiscalizar o cumprimento de medidas preventivas ou corretivas, visando à melhoria das condições de trabalho;
- XIII – Intermediar junto ao SESMT de casos referentes às condições de saúde e segurança do



trabalho;

XIV – Consultar o SESMT, sempre que necessário, sobre os aspectos técnicos e pertinentes à engenharia e medicina de segurança do trabalho;

XV – Assegurar a todos os membros participantes das reuniões da Comissão a manifestação sobre o assunto em discussão;

XVI – Identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de colaboradores, com assessoria do SESMT;

XVII – Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

XVIII – Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

XIX – Requisitar as cópias da Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT emitidas; e

XX – Participar, anualmente, em conjunto com a Administração, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

Art. 4º A Administração deverá:

I – Proporcionar as condições necessárias ao pleno desempenho das atribuições da CIPA, garantindo a liberação de seus membros para efetuar as inspeções nos ambientes e condições de trabalho;

II – Garantir que os membros da CIPA tenham tempo destinado ao cumprimento de suas atribuições;

III – Permitir e facilitar o acesso dos membros da CIPA a documentos, laudos e informações indispensáveis ao desenvolvimento de seus trabalhos; e

IV – Disponibilizar recursos e infraestrutura necessários para o bom desempenho das atribuições da CIPA, além de promover a realização de treinamento para os seus membros, titulares e suplentes.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA será composta por representantes dos colaboradores e representantes indicados pela Administração.

§ 1º O dimensionamento da CIPA dar-se-á conforme estabelecido nos Quadros I e III da NR-5 e suas alterações.

§ 3º Os representantes da Administração serão designados pelo Diretor Geral da Unidade, devendo, dentre eles ser indicado também o presidente da Comissão.

agir

B

§ 4º Os representantes dos Colaboradores serão eleitos em escrutínio direto e secreto, do qual participarão todos os interessados no pleito, cabendo aos representantes titulares a escolha do Vice-Presidente da respectiva Comissão. Em caso de empate será adotado o critério de desempate previsto no art. 23 deste Regimento.

§ 5º Será indicado de comum acordo com os membros de cada CIPA, um Secretário e seu substituto, dentre os seus componentes.

§ 6º O mandato dos membros eleitos da CIPA terá duração de 1 (um) ano, admitindo-se uma única reeleição por período subsequente.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA CIPA

Art. 6º Compete ao Presidente da CIPA:

- I – Convocar os membros para as reuniões mensais da Comissão;
- II – Presidir as reuniões, encaminhando ao gestor(es) envolvido(s) as recomendações, sugestões e decisões aprovadas pela Comissão, acompanhando seu andamento ou execução;
- III – Manter o Diretor Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás informado sobre os trabalhos da Comissão mediante relatório anual ou por solicitação a qualquer momento;
- IV – Coordenar e supervisionar as atividades da Secretaria;
- V – Promover a convocação para reuniões dos profissionais do SESMT, assim como de outros representantes da Administração, sempre que for julgada necessária; e
- VI – Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 7º Compete ao Vice-Presidente da CIPA:

- I – Executar as atribuições que lhes forem delegadas; e
- II – Substituir o Presidente da CIPA nos seus impedimentos eventuais, ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 8º O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

- I – Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
- II – Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- III – Delegar atribuições aos membros da CIPA;
- IV – Divulgar as decisões a todos os colaboradores da respectiva CIPA; e V – Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA.

Art. 9º Compete ao Secretário da CIPA:

- I – Acompanhar as reuniões e redigir as atas, apresentando-as para a aprovação e assinaturas dos membros presentes;

- II – Elaborar o calendário anual de reuniões;
- III – Preparar as correspondências e encaminhá-las;
- IV – Manter atualizado o arquivo contendo todos os elementos necessários ao adequado funcionamento das Comissões;
- V – Manter atualizada a estatística sobre acidentes do trabalho e doenças profissionais; e
- VI – Realizar as demais tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente da CIPA ou pelo Vice-Presidente.

Art. 10º Compete ao substituto do secretário:

Parágrafo único – Desempenhar as atividades descritas nos incisos I a VI do artigo 9º nos casos de impedimentos eventuais, ou nos afastamentos temporários do secretário.

Art. 11º Compete aos membros da CIPA:

- I – Participar das reuniões, com direito a voto;
 - II – Sugerir medidas julgadas convenientes ao bom andamento dos serviços;
 - III – Desempenhar os trabalhos que lhes forem atribuídos dentro dos prazos fixados; IV – Elaborar estudos, levantamentos e pesquisas de interesse da CIPA;
 - IV – Emitir pareceres, na qualidade de relator, nos expedientes que lhes forem confiados;
 - VI – Desempenhar as atribuições e competências especificadas em lei ou regulamento.
- Parágrafo único. Os membros titulares da CIPA perderão o mandato, sendo substituídos por suplentes, a partir de 4 (quatro) reuniões ordinárias injustificadas.

CAPÍTULO V

DAS REUNIÕES E DO FUNCIONAMENTO

Art. 12º As reuniões ordinárias dos membros das CIPA realizar-se-ão mensalmente em local apropriado e durante o horário de expediente, de acordo com o calendário preestabelecido. Parágrafo único. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que:

- I – Houver denúncia de situação de risco grave ou iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
- II – Houver solicitação expressa de uma das representações;
- III – Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal; e
- IV – Ocorrer substituição de membro eleito ou indicado, titular ou suplente.

Art. 13º As atas das reuniões serão arquivadas no Sistema e-DOC ficando as mesmas sob a guarda e responsabilidade do Secretário da CIPA, sendo apresentadas quando devidamente solicitadas.

§ 1º Das atas lavradas constarão os assuntos tratados, as posições majoritárias e minoritárias, a discriminação dos votos e as deliberações.

§ 2º As atas lavradas serão lidas e submetidas à aprovação na reunião subsequente, com encaminhamento de cópias a todos os membros.

Art. 14º Para a realização das reuniões das CIPA é necessária a presença de no mínimo 3 (três) de seus membros, devendo obter evidência do comparecimento em lista de presença.

§ 1º As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

§ 2º Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado o processo de votação, pelos membros titulares, registrando-se a ocorrência na ata de reunião, sendo que:

- I – O voto do membro da CIPA é nominal;
- II – A deliberação dar-se-á por maioria simples; e
- III – Compete ao Presidente da CIPA proferir o voto de desempate.

§ 3º Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

§ 4º O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

CAPÍTULO VI DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 15º Compete à Direção Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás:

- I – Convocar eleições para a escolha dos representantes dos colaboradores na CIPA, no prazo mínimo de 60 (noventa) dias antes do término do mandato em curso; e
- II – Estabelecer mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria.

Art. 16º Compete ao Presidente e Vice-Presidente da CIPA, com antecedência mínima de 55 (setenta e cinco) dias do término do mandato em vigor, constituírem a Comissão de Pleito Eleitoral, a qual será responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Art. 17º A Comissão de Pleito Eleitoral deverá convocar eleições por meio de edital, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso, que será fixado em locais de fácil acesso e visualização pelos colaboradores.

Art. 18º A inscrição de candidatos no processo eletivo será feita de forma individual.

Art. 19º As inscrições estarão abertas nos locais determinados pela Comissão de Pleito Eleitoral, em horário de expediente, pelo período mínimo de 15 (quinze) dias.

Art. 20º A realização das eleições ocorrerá no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato dos membros da CIPA.



Art. 21º É vedada a candidatura de colaboradores:

- I – Não integrantes do quadro efetivo dos colaboradores da Unidade;
- II – Membros integrantes da Comissão de Pleito Eleitoral;
- III – Membro da CIPA que esteja no segundo mandato consecutivo;
- IV – Que estiverem em gozo de férias e licença médica;
- V – Que estiverem impedidos, nos casos previstos em leis ou regulamentos.

Art. 22º A apuração dos votos será efetuada após o término das eleições, com acompanhamento de representante da Administração e dos colaboradores, em número a ser definido pela Comissão de Pleito Eleitoral.

Parágrafo único. Serão eleitos os candidatos mais votados, por ordem decrescente de votos.

Art. 23º Apurados os votos e ocorrendo empate entre dois ou mais candidatos, os critérios para o desempate será o maior número de dias de efetivo exercício.

Art. 24º Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição, em ordem decrescente de votos, possibilitando assim posterior nomeação em caso de eventual vacância.

Art. 25º As eleições serão realizadas em horário a ser definido pela Comissão de Pleito Eleitoral, assegurando-se a participação de todos os colaboradores, seguindo-se a apuração dos votos.

Art. 26º Em cada eleição as folhas de votação serão arquivadas pela Comissão, acompanhado de toda documentação relativa ao pleito, por um período mínimo de 5 (cinco) anos.

CAPÍTULO VII DO TREINAMENTO

Art. 27º Antes da posse os membros indicados e eleitos das CIPA, titulares e suplentes, deverão ser submetidos a treinamento.

§ 1º Em se tratando do primeiro mandato, o treinamento dos membros dar-se-á no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da posse.

§ 2º O treinamento a que se refere o caput deste artigo terá carga horária de 20 (vinte) horas, com duração de no máximo 8 (oito) horas diárias, devendo ser realizado durante o expediente normal.

§ 3º O treinamento deverá ser repetido quando o colaborador for novamente indicado ou reeleito.

Art. 28º O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- I – Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;

**agir**

- II – Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;
- III – Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes nas Secretarias;
- IV – Noções sobre a AIDS, e medidas de prevenção;
- V – Noções sobre a legislação relativa à segurança e saúde no trabalho;
- VI – Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos; e
- VII – Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

2.1.7.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA												
Ações/Atividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Convocar eleições para a escolha dos representantes dos colaboradores na CIPA												
2. Treinamento dos membros eleitos e indicados pela Diretoria												
3. Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno												
4. Reunião de planejamento anual												
5. Reuniões ordinárias mensais da Comissão												
6. Apresentação de relatório para Direção Geral												

2.1.8 Comissão de Gerenciamento Resíduos de Serviços de Saúde

2.1.8.1 Proposta de Constituição da Comissão de Gerenciamento Resíduos de Serviços de Saúde

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde é uma comissão multiprofissional, que terá o desenvolvimento de suas atividades em caráter permanente, tendo como finalidade a execução de ações que visem à implantação, implementação do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, gerindo os resíduos de modo a reduzir a sua produção com vistas à proteção e preservação dos recursos naturais, saúde pública e do trabalhador.

A COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE visará também a promoção de programas de padrões sustentáveis de consumo na Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, com ações de conscientização socioambiental.

A Comissão será constituída inicialmente por 13 (treze) representantes dos serviços da Unidade, desde os serviços operacionais, de planejamento e assistenciais.

2.1.8.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento Resíduos de Serviços de Saúde

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CAPÍTULO I

DA CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE é um órgão deliberativo, diretamente subordinado à Diretoria Geral da Instituição, que será regido por este Regimento Interno e terá tempo de duração indeterminado.

Art. 2º - A COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE tem por finalidade auxiliar a gerência de resíduos da Policlínica, na definição de ações que objetivem a implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, de acordo com as normas vigentes - RDC nº 306/04, Lei 12.305/10, Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente - CONAMA nº 358/05.

Art. 3º A COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE visa também a promoção de programas de mitigação de padrões insustentáveis de consumo no âmbito das atividades administrativas, operacionais e assistenciais da Policlínica - Região Rio

Vermelho - Goiás, propondo agenda com ações de conscientização socioambiental e práticas sustentáveis que contribuam para o desenvolvimento sustentável.

CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO

Art. 4º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde terá a seguinte estrutura:

- 1 representante do Serviço de Resíduos;
- 1 representante do Serviço de Farmácia;
- 1 representante do Serviço de Planejamento;
- 1 representante do Serviço de Qualidade;
- 1 representante do Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho;
- 1 representante do Serviço de Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais;
- 1 representante do Serviço Multiprofissional;
- 1 representante do Serviço de Enfermagem;
- 1 representante do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;
- 1 representante do SCIRAS.

Art. 5º A COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE será composta por trabalhadores da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, designados e substituídos por ato do Diretor Geral da Unidade.

Art. 6º A COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE terá um Presidente, designado por ato do Diretor Geral da Unidade, e um Secretário Geral, este escolhido por eleição entre os integrantes, além dos membros efetivos e convidados;

§ 1º - Além dos componentes mencionados no Art 4º, a COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE poderá solicitar, para melhor desempenho de seu trabalho, colaboradores que participem eventualmente das atividades da Comissão.

CAPÍTULO III DA COMPETÊNCIA

Art. 7º À Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE compete:

- Elaborar o Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde - PGRSS;
- Coordenar o gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde da Policlínica - Região Rio

agir



Vermelho - Goiás;

- Realizar o gerenciamento dos resíduos do serviço de saúde abrangendo as etapas de planejamento dos recursos físicos, recursos materiais e capacitação dos recursos humanos envolvidos;
- Promover o diagnóstico socioambiental, focando em mitigar hábitos e práticas insustentáveis nas atividades administrativas, assistenciais e operacionais da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás;
- Propor ações de consumo consciente para os setores da Unidade;
- Propor programas e medidas de incentivo ao uso racional de recursos;
- Propor critérios objetivos de sustentabilidade socioambiental para os processos de aquisição de bens, obras e contratação de serviços no âmbito da Unidade em consonância com a lei 12305/2010 – PNRS e outras legislações incorporadas na legislação ambiental;
- Atuar de forma articulada com a Direção para atingir as metas e ações de sustentabilidade, instituídas no Planejamento Estratégico da Unidade e da AGIR;
- Criar ações para uso racional e destino de materiais recicláveis;
- Buscar parcerias para os programas ambientais;
- Promover cursos e palestras de Educação Ambiental;
- Elaborar e apresentar aos Diretores da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás relatório trimestral de atividades da COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8º Compete ao Presidente da COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE:

- Dirigir a COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE e representá-la interna e externamente;
- Cumprir e fazer cumprir este regimento interno;
- Fixar a pauta, convocar e presidir as reuniões;
- Submeter ao Diretor Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás as propostas aprovadas pela COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE;
- Designar tarefas aos membros ou grupos de trabalho para cumprimento dos objetivos



propostos;

- Proferir voto de desempate;
- Aprovar e divulgar o relatório anual de atividades;
- Apresentar cronograma de atividades anual;
- Coordenar a elaboração, aprovar e implementar plano de ação anualmente ou extraordinariamente, visando ao estabelecimento de metas a serem alcançadas, a partir de propostas apresentadas pelos membros.

Art. 9º Compete ao Secretário Geral da COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE:

- Substituir o Presidente em suas faltas, licenças, férias e impedimentos;
- Lavrar atas das reuniões da COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, distribuindo-as aos demais membros para ciência, após cada reunião;
- Promover atos de preparação e de execução às atividades;
- Arquivar em pasta destinada exclusivamente à COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE os documentos em meio físico;
- Manter os arquivos digitais e físicos organizados, atualizados e disponíveis para todos os membros;
- Executar as tarefas delegadas pelo Presidente.

Art. 10º Compete aos membros efetivos da COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE:

- Participar das reuniões da Comissão, discutir e deliberar sobre quaisquer assuntos constantes da pauta;
- Cumprir este regimento interno e zelar pelos objetivos da Comissão;
- Participar das atividades da Comissão, mantendo a Presidência informada sobre assuntos que possam potencializar seus resultados.

CAPÍTULO V

DAS INSTRUÇÕES GERAIS, MANDATO, REUNIÃO

Art. 11º A COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, de acordo com cronograma aprovado em reunião.

§ 1º – Em todas as reuniões ordinárias e extraordinárias da COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE será lavrada uma ata pelo Secretário Geral.

§ 2º – Os membros deverão comunicar e justificar a impossibilidade de comparecer às reuniões, 24 horas antes do seu início, salvo situações excepcionais devidamente justificadas.

§ 3º - Acarretará a substituição do membro da COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE faltoso, a ser solicitada ao Diretor Geral da Policlínica - Região Rio

agir

Vermelho - Goiás pelo Presidente da Comissão, via Comunicação Interna, a falta injustificada a 3 (três) reuniões sucessivas ou a 6 (seis) reuniões alternadas, por ano.

Art. 12º A comunicação entre os membros da COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE e com terceiros dar-se-á, preferencialmente, por meio eletrônico, inclusive para fins de convocação de reuniões.

Art. 13º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação por esta Comissão, podendo ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto ou por votação da sua maioria absoluta.

2.1.8.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Gerenciamento Resíduos de Serviços de Saúde

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE												
Ações/Atividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno												
2.Reunião de planejamento anual												
3.Reuniões ordinárias mensais da Comissão												
4.Apresentação de relatório para Direção Geral												

2.1.9 Comissão de Farmácia e Terapêutica

2.1.9.1 Proposta de Constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que assessora a Diretoria Técnica ou Clínica da Policlínica Regional - Unidade Goiás na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos dentro da Unidade de Saúde.

Pautada na Resolução n.619/2015 do Conselho Federal de Farmácia - CFF, que dispõe sobre suas atribuições, a CFT tem por objetivo atuar na análise crítica através de estudos científicos e técnicas farmacoeconômicas que fundamentam a seleção e exclusão de medicamentos e produtos para saúde, e desenvolver práticas voltadas ao uso seguro e racional dos mesmos.

A efetiva implementação da Comissão de Farmácia e Terapêutica será orientada pelo Ciclo da Assistência Farmacêutica, constituído pelas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, em conjunto com ações e serviços da atenção à saúde. É fundamental que cada ação, portanto, o serviço como um todo, seja centrada nos pacientes e não na estrutura administrativa de atendimento, garantindo aos usuários o melhor cuidado possível.

Para a composição desta comissão da Policlínica Regional - Unidade Goiás, propomos os seguintes membros, a saber:

- 01 Representante do Serviço de Padronização AGIR;
- 01 Representante do Serviço de Farmácia;
- 01 Representante do Serviço de Almoxarifado; 01 Representante do Serviço de Qualidade;
- 01 Representante do Serviço de Enfermagem; 01 Representante da Equipe Multiprofissional;
- 01 Representante do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;
- 01 Representante do Serviço de Controle e Infecções Relacionados à Assistência à Saúde.

2.1.9.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica

Regimento Interno da Comissão de Farmácia e terapêutica

CAPÍTULO I

DA CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1º A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que assessora a Diretoria Técnica da Policlínica Regional - Unidade Goiás na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos dentro da Unidade de saúde.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Art 2º A CFT é composta por enfermeiros, farmacêuticos e médicos e representantes dos

agir



seguintes setores:

01 Representante do Serviço de Farmácia;

01 Representante do Serviço de Almoxarifado;

01 Representante do Serviço de Qualidade;

01 Representante do Serviço de Enfermagem; 01 Representante da Equipe Multiprofissional;

01 Representante do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;

01 Representante do Serviço de Controle e Infecções Relacionados à Assistência à Saúde;

Art 3º Os membros da CFT serão nomeados pela Direção da Policlínica Regional – Unidade Goiás, sendo a escolha do seu Presidente prerrogativa dos seus membros, através de nomeação da Direção Técnica;

Art 4º Os ocupantes de cargos ou funções previstos no artigo anterior serão substituídos, em suas faltas ou impedimentos, por colaboradores indicados por sua chefia imediata.

CAPÍTULO III DA COMPETÊNCIA

Art 5º Compete à Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT:

- I. Selecionar medicamentos, eficazes, seguros em alinhamento as necessidades dos pacientes e sustentabilidade da unidade;
- II. Padronizar, exclusivamente, medicamentos de eficácia terapêutica comprovada, sob o ponto de vista clínico, biofarmacocinético e químico, como critério fundamental de escolha;
- III. Elaborar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e pareceres sobre incorporação ou desincorporação de medicamentos e materiais médicos hospitalares;
- IV. Priorizar a padronização de medicamentos com um único princípio ativo, excluindo sempre que possível às associações fixas;
- V. Padronizar medicamentos, levando-se em conta o menor custo de aquisição, armazenamento, dispensação, controle e custo do tratamento, resguardando a qualidade;
- VI. Promover ações relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado com fármacos;
- VII. Auxiliar o Núcleo de Segurança do Paciente - NUSP nas ações vinculadas a segurança da cadeia medicamentosa;
- VIII. Implantar o Protocolo de Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos junto ao NUSP e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- IX. Estimular os profissionais a notificarem incidentes relacionados à cadeia medicamentosa;

**agir**

- X. Realizar visitas periódicas nos setores para educação continuada com os profissionais;
- XI. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da cadeia medicamentosa;
- XII. Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes na Policlínica Regional - Unidade Goiás;
- XIII. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da cadeia medicamentosa;
- XIV. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da cadeia medicamentosa;
- XV. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos de decorrência medicamentosa;
- XVI. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Art 6º Serão atribuições dos membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT:

I - Do Presidente:

- a) Presidir e coordenar os trabalhos da CFT;
- b) Estabelecer a pauta das reuniões;
- c) Convocar reuniões ordinárias e/ ou extraordinárias quando necessário;
- d) Representar a Direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás, no que se refere à ações voltadas à cadeia medicamentosa, perante outras entidades;
- e) Aprovar e fazer cumprir o regimento interno da CFT;
- f) Cumprir e fazer cumprir as decisões da CFT;
- g) Expedir documentação, mantendo as cópias em arquivo.

II - Do Secretário:

- a) Registrar em ata as resoluções da Comissão;
- b) Redigir as atas das reuniões;
- c) Presidir as reuniões na impossibilidade do Presidente.

III - Dos demais membros da CFT:

- a) Divulgar, cumprir e manter atualizadas as ações da CFT;
- b) Colaborar na elaboração das atas durante as reuniões;
- c) Avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da cadeia medicamentosa;
- d) Levantar propostas para resolução de problemas encontrados;



- e) Outras atividades afins, designadas pelo Presidente da Comissão, para garantir o bom andamento dos trabalhos;
- f) Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CFT.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

- I. A CFT deverá reunir-se ordinariamente mensalmente, de acordo com cronograma anual, ou extraordinariamente quando necessário, sendo sua convocação efetuada pelo presidente da CFT, com antecedência mínima de dois dias, através de mensagem eletrônica, em local a ser definido pelo mesmo;
- II. Pauta da reunião será encaminhada junto com a convocação para a reunião, através de mensagem eletrônica;
- III. Pauta da reunião será encaminhada junto com a convocação para a reunião, através de mensagem eletrônica;
- IV. Pauta da reunião será encaminhada junto com a convocação para a reunião, através de mensagem eletrônica;
- V. O quórum mínimo para realização das reuniões será de 50% + 1. Devendo ter no mínimo um farmacêutico, a exceção do presidente, e um enfermeiro;
- VI. O membro que não comparecer às reuniões convocadas por 3 vezes consecutivas, sem justificativa, será excluído da CFT com substituição imediata;
- VII. A justificativa de não comparecimento deve ser plausível e deverá ser encaminhada com no mínimo 24 horas de antecedência à reunião, via e-mail ou outra ferramenta institucional de comunicação. A justificativa será avaliada pela Diretoria Técnica da Unidade para verificar aceitação da mesma;
- VIII. As propostas elencadas em cada reunião ordinária terão que ser operacionalizadas e seus resultados apresentados na próxima reunião ou sua justificativa para a sua não realização;
- IX. Esse regimento será revisto anualmente ou sempre que houver mudanças no funcionamento da CFT.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 6º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica, em conjunto com o Diretor Técnico da Policlínica Regional - Unidade Goiás.


agir b

Art. 7º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação por esta Comissão, podendo ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto ou por votação da sua maioria absoluta.

2.1.9.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Farmácia e Terapêutica

Atividades/Mês	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno												
Reunião de planejamento anual												
Reuniões ordinárias mensais da Comissão												
Apresentação de relatórios para Direção Geral												
Realizar Educações Contínuas e Permanentes previstas no planejamento anual												

2.1.10 Comissão de Proteção Radiológica

2.1.10.1 Proposta de Constituição da Comissão de Proteção Radiológica

A radioproteção é uma área dedicada exclusivamente à proteção dos indivíduos contra possíveis efeitos indesejados provenientes da utilização de radiações ionizantes na área médica, e tem como objetivo principal fornecer um nível apropriado de proteção para o homem sem prejudicar os benefícios provenientes das práticas que utilizam os raios ionizantes.

A Comissão de Proteção Radiológica se justifica na medida em que se estrutura e organiza conforme determinação da RDC nº 330, de 20 de dezembro de 2019, que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico aos envolvidos no processo radiodiagnóstico.

Para a composição desta comissão da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, propomos os seguintes membros, a saber:



- I. Representante da Coordenação de Atendimento Médico;
- II. Representante do Serviço de Imaginologia;
- III. Representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT;
- IV. Representante do Serviço de Odontologia.

2.1.10.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Proteção Radiológica

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Art. 1º Este Regimento é um componente básico da política nacional de proteção radiológica e segurança na área de radiodiagnóstico, em consonância com a política nacional de saúde e RDC nº 330, de 20 de dezembro de 2019. Disciplina a prática em radiodiagnóstico médico e odontológico, visando a defesa da saúde dos pacientes, dos profissionais e do público em geral. Define responsabilidades e apresenta as regras básicas aplicáveis aos vários segmentos envolvidos, incluindo fornecedores, prestadores de serviços, autoridades sanitárias e profissionais da área. O escopo e os requisitos estabelecidos estão baseados nas recomendações da Comissão Internacional de Proteção Radiológica e nas recentes Diretrizes Básicas Internacionais de Proteção Radiológica e Segurança estabelecidas em conjunto pela Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Internacional do Trabalho, Organização de Alimentos e Agricultura, Agência de Energia Nuclear e Agência Internacional de Energia Atômica; e considera os requisitos e recomendações relevantes publicados por diversos organismos nacionais e internacionais e autoridades sanitárias estaduais brasileiras.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO, MANDATO E FUNCIONAMENTO

Art. 2º A Comissão terá composição multiprofissional, designados em Ato Administrativo do Diretor Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, quais sejam:

- I. Representante da Supervisão Médica;
- II. Representante do Serviço de Imaginologia;
- III. Representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT;

agir

B

IV. Representante do Serviço de Odontologia.

Art. 3º A substituição de membros dar-se-á por Ato Administrativo.

§ 1.º A Comissão contará com apoio de um secretário indicado pelo Presidente da Comissão.

§ 2.º A ausência de um membro da Comissão a 2 (duas) reuniões consecutivas ou a 3 (três) alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará em substituição.

§ 3º A Comissão ficará subordinada à Diretoria Administrativa e Financeira da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Art. 4º A Comissão reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada 2 (dois) meses e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente, ou a requerimento da maioria simples de seus membros.

§ 1.º A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada sessão antes de cada votação.

§ 2.º As deliberações tomadas deverão ser encaminhadas ao Plenário da Comissão para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§ 3.º As deliberações serão consubstanciadas em notas endereçadas à Diretoria Administrativa e Financeira.

§ 4.º É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão tomada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 5º As reuniões da Comissão obedecerão à seguinte rotina:

- I. Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- II. Verificação de presença e existência de "quórum";
- III. Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- IV. Leitura e despacho do expediente;
- V. Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- VI. Organização da pauta da próxima reunião;
- VII. Comunicações breves e franqueamento da palavra.

Parágrafo único. Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 6º A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhadas das tomadas de decisões e registro em atas.

Art. 7º Após a leitura do parecer, o Presidente, ou seu substituto deve submetê-lo à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 1.º O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.

§ 2.º O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária.

§ 3.º Após entrar em pauta, a matéria deverá obrigatoriamente ser votada no prazo máximo de uma reunião.

Art. 8º Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 9º As deliberações serão divulgadas por meio de boletins eletrônicos ou escritos.

CAPÍTULO III DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10º São atribuições do presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- I. Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
- II. Indicar seu vice-presidente e o secretário;
- III. Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- IV. Suscitar pronunciamento da Comissão quanto às questões relativas à documentação e de dados estatísticos;
- V. Participar nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- VI. Indicar membros pertencentes ou não à Comissão para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão.

Art. 11º Caberá aos membros da Comissão:

- I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV. Executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- V. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Art. 12º Caberá ao secretário da Comissão:

- I. Organizar a ordem do dia;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Providenciar a execução das decisões determinadas;
- IV. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- V. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

- VI. Elaborar relatório semestral das atividades da Comissão;
- VII. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverão conter a pauta das reuniões.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13º Compete à Comissão:

- I. Definir um conjunto de diretrizes para se atingir um padrão aceitável de qualidade e segurança no campo da radiologia diagnóstica, a curto, médio e longo prazos;
- II. Implementar um programa de garantia de qualidade para que o prestador de serviço de radiodiagnóstico demonstre à sociedade o seu compromisso com a qualidade e segurança, previstos nos códigos de ética profissional e na legislação sanitária, em consonância com as normas e recomendações internacionais que dispõem sobre a matéria;
- III. Aplicar reavaliações de práticas, de instalações, de equipamentos, de procedimentos e da qualificação profissional (Programa de Proteção Radiológica - PPR);
- IV. Fortalecer ações preventivas no esforço da capacitação e certificação na área radiodiagnóstico;
- V. Verificar o seguimento e atualização de informações, controle de qualidade dos equipamentos e avaliação de dosimetria dos colaboradores, residentes, estagiários do setor diagnóstico;
- VI. Atualizar quanto às normas complementares e outros desdobramentos, como se trata de uma regulamentação básica, alguns aspectos específicos de detalhamento técnico e de implementação deste Regulamento;
- VII. Definir, em ato normativo, os critérios padronizados para a comprovação da capacitação dos profissionais, no que se refere aos aspectos de segurança e proteção radiológica;
- VIII. Acompanhamento dos colaboradores quanto ao uso obrigatório dos dosímetros e Equipamentos de Proteção Individual - EPIs e participação efetiva nos cursos de treinamento e capacitação;
- IX. Integração com as demais Comissões quando for pertinente.

CAPÍTULO V DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 14º O Administrativo proporcionará a infraestrutura necessária a assegurar o suporte técnico, científico e operacional, indispensáveis à eficiência da Comissão.

Art. 15º A Comissão, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

agir



Art. 16º Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão, em cotejo com a Diretoria Administrativo e Financeiro.

Art. 17º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação por esta Comissão, podendo ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto ou por votação da sua maioria absoluta.

2.1.10.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Proteção Radiológica

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA												
Ações/Atividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno												
2.Reunião de planejamento anual												
3.Reuniões ordinárias mensais da Comissão												
4. Apresentação de relatório para Direção Geral												

2.1.11 Comitê de Compliance

2.1.11.1 Proposta de Constituição do Comitê de Compliance

Esta proposta traz a criação do Comitê de *Compliance* da POLICLÍNICA que atuará como órgão de caráter consultivo, deliberativo e permanente para assessoramento de temáticas sobre *Compliance*, zelando para que as atividades da Unidade sejam conduzidas em conformidade com as leis, as diretrizes internas e a ética.

Este Comitê terá como objetivo analisar as denúncias de inconformidade (interna e externa) e assessorar a Diretoria da Unidade no desempenho de suas atribuições relacionadas à adoção

de estratégias, políticas e medidas voltadas à difusão da cultura de *Compliance*.

Compreendendo a necessidade de ser um Comitê multidisciplinar, ele terá uma composição que incluirá, no mínimo, representantes das seguintes áreas Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás:

- Comunicação;
- Diretoria Administrativa e Financeira;
- Ouvidoria;
- Qualidade;
- Recursos Humanos.

A AGIR é associada ao Instituto Ética Saúde e segue fielmente as instruções normativas pertinentes ao tema. Portanto, no âmbito Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, este Comitê representará uma estrutura complementar ao Núcleo de Compliance Corporativo, o que possibilitará a execução das práticas estabelecidas na OSS, atuando como gerenciador das políticas, normas e programas concernentes ao tema, em sua aplicação na unidade de saúde.

2.1.11.2 Proposta de Regimento Interno do Comitê de Compliance

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CAPÍTULO I DA FINALIDADE

Art. 1º O Comitê de *Compliance* da POLICLÍNICA tem o intuito de propiciar uma instância executiva da Política de *Compliance* e Código de Conduta Ética, em caráter preventivo, prospectivo e reativo, para a efetivação das práticas relativas ao Programa de Integridade da AGIR.

Art. 2º O Comitê está subordinado à Diretoria Geral da Unidade e tem como dependência de apoio o serviço de Qualidade como instância executiva de suas ações. Nesse sentido, torna-se uma instância multidisciplinar responsável por efetivar o Programa de Integridade e práticas de *Compliance* nos diversos âmbitos.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º O Comitê de *Compliance* da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás terá composição multidisciplinar em formato distinto, sendo constituído por representantes das seguintes áreas da Unidade:



- I. Comunicação;
- II. Diretoria Administrativa e Financeira;
- III. Ouvidoria;
- IV. Qualidade;
- V. Recursos Humanos.

§ 1º Para a execução plena das atividades, devido aos cenários e contextos de possíveis férias, afastamentos diversos e situações extraordinárias, sua composição mínima será considerada satisfatória com a presença de pelo menos 5 (cinco) membros.

§ 2º Os participantes devem ter reconhecida conduta ética, ilibada e idônea.

Art. 4º O Comitê será composto por:

- I. Presidente;
- II. Vice-Presidente;
- III. Secretário;
- IV. Membros.

§ 1º Os membros do Comitê têm sua nomeação por meio de Ato Administrativo da Diretoria Geral da Unidade.

§ 2º Novos membros serão nomeados, no caso da saída de algum componente.

§ 3º A função de Secretário será realizada pelo Serviço de Qualidade da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º As principais ações e rotinas do Comitê de *Compliance* Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás são:

- I. Planejar e executar ações da Política de *Compliance* e Código de Conduta Ética no âmbito da Unidade;
- II. Executar e monitorar o Programa de Integridade na POLICLÍNICA;
- III. Propor revisões às políticas pertinentes e submeter ao Núcleo de *Compliance* Corporativo;
- IV. Realizar encaminhamentos às comissões internas em situações pertinentes;
- V. Verificar documentos (políticas, diretrizes e Procedimentos Operacionais Padrão - POP) que tenham relação com práticas de *compliance* e conduta ética.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 6º Compete ao Presidente do Comitê de *Compliance* da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás:

- I. Presidir e coordenar os trabalhos do Comitê;
- II. Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, quando pertinentes;
- III. Definir a pauta das reuniões;
- IV. Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno do Comitê;
- V. Cumprir e fazer cumprir as deliberações do Comitê;
- VI. Representar o Comitê em reuniões ordinárias e extraordinárias da direção estratégica e do Núcleo de *Compliance* e Qualidade da AGIR;
- VII. Designar os membros que executarão as atividades, distribuindo as demandas do Comitê.

Art. 7º Compete ao Vice-Presidente do Comitê de *Compliance* da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás:

- I. Na ausência ou impedimento do Presidente, assumir as responsabilidades que lhe competem;
- II. Atuar como membro do Comitê, contribuindo nas atividades compartilhadas.

Art. 8º Compete ao Secretário do Comitê de *Compliance* da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás:

- I. Realizar organização administrativa para realização das reuniões;
- II. Proceder com os encaminhamentos de demanda, conforme deliberação da presidência;
- III. Submeter relatórios/documentos/demandas/informações para apreciação do Comitê;
- IV. Produzir e resguardar documentos do Comitê;
- V. Fornecer as informações necessárias para a prestação de contas.

Art. 9º Compete aos membros do Comitê de *Compliance* da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás:

- I. Participar ativamente das reuniões e atividades do Comitê;
- II. Realizar demandas designadas;
- III. Resguardar o sigilo de todas as informações obtidas por meio das ações do Comitê;
- IV. Prestar informações às autoridades pertinentes.

CAPÍTULO V

DA ORGANIZAÇÃO

The logo for AGIR consists of the word "agir" in a bold, lowercase, sans-serif font. The letter "i" has a blue dot above it. To the right of the text is a stylized blue signature or scribble.

Art. 10 Estabelecem-se estas práticas para o funcionamento do Comitê de *Compliance* Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás:

- I. Reunião ordinária bimestral;
- II. A participação no Comitê é indelegável, não sendo permitida a participação de pessoas representando os membros;
- III. Partes interessadas podem ser convidadas às reuniões e atividades do Comitê, de forma específica.

**CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 11 Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Presidente do Comitê de *Compliance* da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Art. 12 Este Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação, revogando-se todas as disposições em contrário.

2.1.11.3 Cronograma de Atividade Anual do Comitê de Compliance

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO COMITÊ DE COMPLIANCE												
Ações/Atividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.Criação do comitê e aprovação do Regimento Interno												
2.Reunião de planejamento anual												
3.Reuniões ordinárias do comitê												
4.Sistematização de ações de melhoria relacionadas ao Canal Integridade												

5. Treinamentos sobre Compliance, Código de Conduta Ética										
6. Apresentação institucional dos indicadores da comissão										

2.1.12 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

2.1.12.1 Proposta de Constituição do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

O Comissão de Ética em Pesquisa da POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS é um colegiado interdisciplinar e independente, com "munus público", de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para resguardar os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros. A responsabilidade de um CEP está pautada em diretrizes éticas internacionais, regulamentações e legislação nacional. No caso brasileiro, a partir de 2012, passou a vigorar a base nacional de registros "online" das pesquisas envolvendo seres humanos, o Sistema Plataforma Brasil. Este sistema é unificado e compartilhado, permitindo o gerenciamento dos projetos de forma mais efetiva, conferindo mais transparência e reduzindo o tempo de trâmite dos protocolos entre as instituições nacionais e o Sistema Comissão de Ética em Pesquisa - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP-CONEP).

A CEP será composto por um colegiado de, pelo menos, 7 (sete) membros de ambos os sexos, respeitando a paridade de gêneros, principalmente profissionais da área de saúde, incluindo também pelo menos um representante dos usuários, não podendo ter mais que a metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional.

O Comissão de Ética em Pesquisa com seres humanos, é um órgão institucional que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. É um COMISSÃO interdisciplinar e independente, responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas que envolvam a participação de seres humanos.

A missão do CEP é salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa. Além disso, o CEP contribui para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel da pesquisa no desenvolvimento institucional e no desenvolvimento social da comunidade. Contribui ainda para a valorização do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada.

O CEP também tem caráter consultivo e fornece orientação acerca de como tornar explícita, no

agir

projeto de pesquisa, a garantia de respeito aos princípios éticos de não maleficência, beneficência, justiça e autonomia aos sujeitos.

Entretanto, para que o CEP alcance esses propósitos, é também indispensável que pesquisadores, professores e estudantes não entendam o encaminhamento de seus projetos ao CEP como uma mera tarefa burocrática, uma simples etapa que foi criada e que deve ser superada para a execução suas pesquisas. É fundamental reconhecer e estabelecer um diálogo entre pesquisadores, professores, estudantes e membros do CEP, ratificando o compromisso institucional com o conhecimento científico, socialmente relevante e eticamente estabelecido, sobre os problemas de saúde da população.

Imbuídos deste espírito, com satisfação convidamos a todos os pesquisadores, professores e estudantes participar do exercício da ética no ensino-pesquisa envolvendo seres humanos!

O Colegiado do CEP/CCS desenvolveu um Manual de Orientação sobre as principais pendências éticas que foram identificadas pelo CEP e também pela CONEP e visa auxiliar tantos os membros na elaboração dos pareceres de forma padronizada, igualitária e justa.

E também busca transmitir ao pesquisador uma maior compreensão destas pendências, tornando o parecer uma ferramenta pedagógica de instrução ao mesmo.

2.1.12.2 Proposta de Regimento Interno do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

REGIMENTO INTERNO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art.1º - A Comissão de Ética em Pesquisa, ser criado por ato da Diretoria Geral da POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS, autorizado pela Resolução CONSEP/015/04 de 09/08/2004, sendo normalizado seu funcionamento pela Portaria DP nº 02/04 de 21/09/2004, em cumprimento ao disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo reconhecido oficialmente pela Carta CONEP/CNS/MS nº 026 de 19/junho/2005.

Art.2º - A Comissão de Ética em Pesquisa-CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, com "múnus público", de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos e cumprindo um papel educativo no intuito de assegurar a formação continuada dos seus membros e dos pesquisadores da instituição e da comunidade geral.

Art.3º - São objetivos da Comissão de Ética em Pesquisa-CEP:

agir 

- I. Defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade;
- II. Orientar o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos;
- III. Analisar e emitir parecer de acordo com os princípios éticos, emanados pelas Resoluções do CNS/MS nº 466/12 e 510/16 e suas complementares, a respeito das pesquisas que envolvam a utilização de seres humanos, sendo regido pelas normas e orientações da Comissão Nacional de Ética em pesquisa (CONEP).

CAPÍTULO II DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4º - A Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) tem as seguintes atribuições, definidas pela Resolução CNS/MS nº 466/12:

§ 1º Receber e analisar os aspectos éticos dos protocolos de pesquisa e emitir parecer consubstanciado sobre o mesmo e de forma independente;

§ 2º Divulgar no âmbito comunitário e institucional (docentes, discentes, funcionários, participantes de pesquisa, usuários dos serviços de saúde, interessados e população em geral) as normas relativas à ética em pesquisa envolvendo seres humanos;

§ 3º Fazer cumprir e zelar pelas atribuições do CEP descritas na Resolução CNS/MS nº 466/12;

§ 4º A revisão ética de toda e qualquer proposta de pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada da sua análise científica. Pesquisa que não se faça acompanhar do respectivo protocolo não será analisada pelo comissão;

§ 5º Constatado qualquer procedimento fora dos limites das legislações vigentes durante a execução de trabalhos de pesquisa, o Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) solicitará ao responsável a paralisação de sua execução até que a irregularidade seja sanada, sem prejuízo de outras medidas cabíveis;

§ 6º Das decisões proferidas pelo Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) caberá recurso, sem efeito suspensivo, à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde, encaminhado por meio do POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS;

§ 7º Cabe ao POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS a apuração de denúncias sobre dolo ou outras irregularidades decorrentes das decisões deste Comissão, bem como tomar as medidas cabíveis;

§ 8º Os membros do Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) estão obrigados a resguardar o sigilo, desde que o mesmo não venha ferir os princípios éticos estabelecidos nas legislações vigentes, sob pena de responsabilidade;

§ 9º Os membros do Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) têm total independência de ação no exercício de suas funções no Comissão, mantendo, sob caráter confidencial, as informações as

quais tem acesso;

§ 10º Ao receber denúncias ou perceber situações de infrações éticas, sobretudo as que impliquem em riscos aos participantes de pesquisa, os fatos deverão ser comunicados às instâncias competentes para averiguação e, quando couber, ao Ministério Público.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO DO COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

Art. 5º - A Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) em sua composição adota as recomendações da Norma Operacional 001/2013 do CNS/MS e Resolução nº 466/12 do CNS/MS, sendo constituído das seguintes representações:

§ 1º Da POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS docentes representantes titulares e suplentes de cada uma das grandes áreas do conhecimento existentes na IES, sendo preferencialmente da carreira docente, de gêneros diferentes e com experiência no trato com a pesquisa científica;

§ 2º Entre os membros titulares deverá haver, pelo menos, 1 membro representante dos usuários, respeitando-se a proporcionalidade pelo número de membros, estipulada pela Resolução, (No 001/13, ou seja, 1 (um) representante de usuários para cada 7 (sete) membros titulares;

§ 3º Os membros do CEP não podem ser remunerados no desempenho de sua tarefa, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação, sendo imprescindível que sejam dispensados, nos horários de seu trabalho no CEP de outras obrigações na instituição, dado o caráter de relevância pública da função;

§ 4º O Colegiado do Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) será composto por membros nomeados a partir de indicação dos departamentos e/ou dos membros titulares e suplentes que compõem o colegiado Comissão de Ética em Pesquisa (CEP). A indicação de qualquer membro titular ou suplente deverá ser submetida à aprovação plenária.

CAPÍTULO IV

DA INDICAÇÃO OU ELEIÇÃO DOS MEMBROS

Art. 6º - Os membros titulares e suplentes indicados no ARTIGO 5º, § primeiro, poderão ser eleitos ou indicados pelos Coordenadores dos Colegiados de Curso de Graduação e Pós-Graduação, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação ou por meio de escrutínio secreto organizado pelos Colegiados de Cursos.

Art. 7º - Os membros titulares e suplentes indicados no ARTIGO 5º, § segundo, serão indicados por meio de ofício pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) do estado de Goiás, sendo

denominados representantes dos usuários do serviço de saúde.

Art. 8º - Os membros titulares e suplentes indicados no ARTIGO 5º, § terceiro, serão escolhidos pela plenária do Comissão de Ética em Pesquisa A (CEP), feita por meio de indicação ou votação dos senhores membros em reunião ordinária. Os candidatos eventuais apresentarão carta de manifestação de interesse e currículo lattes ao coordenador do Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) que submeterá os nomes à avaliação da plenária para referendo.

CAPÍTULO V DO MANDATO DOS MEMBROS

Art. 9º - O mandato dos membros do Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) será de 3 (três) anos, conforme previsto na Resolução 370/2007, podendo haver uma recondução consecutiva por igual período.

Art. 10º - Os membros do Comissão de Ética em Pesquisa (CEP), pelo menos 1/3 da composição, deverão ser renovados, preferencialmente, a cada 18 meses (um ano e meio).

Art. 11º - Todos os membros do Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) deverão ao menos uma vez a cada 12 meses, ser submetidos a cursos de capacitação ministrados por especialistas na área da ética e da bioética, estudiosos do assunto e que apresentem vivência nas lides do sistema CEP-CONEP, membros da própria CONEP ou membros de CEP e que apresentem notório saber.

Parágrafo Único: os novos membros (titulares e suplentes) deverão ser submetidos a treinamento prévio que os habilite ao exercício de suas funções futuras junto a CEP. Caberá à Comissão de Ética em Pesquisa (CEP), em consonância com a Diretoria Geral, prover este treinamento e definir a forma mais viável para sua ocorrência.

Art. 12º - Em caso de afastamento de algum membro do Comissão de Ética em Pesquisa (CEP), por razões pessoais ou profissionais, este deverá ser informado à Coordenação, justificando por escrito as razões do afastamento do CEP. O membro afastado deverá ser substituído preferencialmente pelo membro suplente que já tenha passado pelo treinamento/capacitação da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP).

Parágrafo Único: em caso de impossibilidade, no prazo de 30 (trinta) dias será indicado um substituto, ouvida a Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação e/ou Coordenação de Cursos.

Art. 13º - O membro do Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) que faltar a três reuniões sem justificativa formalizada por escrito poderá ser excluído e substituído na forma do parágrafo anterior, a critério do Diretoria Técnica do HEEMJ ou de sua Coordenação. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas será entendida pela plenária como uma solicitação de



desligamento das funções do Comissão de Ética em Pesquisa (CEP), sendo prontamente acatada pela Coordenação e referendada pela plenária.

Parágrafo Único: A Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) deverá comunicar a CONEP as situações de vacância ou afastamento de membros e encaminhar as substituições efetuadas, justificando-as, conforme a norma operacional 001/13.

CAPÍTULO VI DA ORGANIZAÇÃO

Art. 14º - A Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) será dirigido por um(a) Coordenador(a), um(a) vice- coordenador(a) e um(a) secretário(a). A escolha do(a) Coordenador(a) e vice será feita pelos membros que compõem o colegiado durante a primeira reunião ordinária de cada ano.

§ 1º O mandato do(a) Coordenador(a) e do vice-coordenador terá duração máxima de 3 (três) anos, podendo haver uma recondução consecutiva por igual período.

§ 2º Na vacância do(a) Coordenador(a), proceder-se-á nova eleição na subseqüente reunião do CEP, devendo o eleito completar o mandato restante.

§ 3º No impedimento do(a) Coordenador(a) por afastamento temporário, gozo de férias ou licença saúde, responderá pela COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) o vice-coordenador(a) e, no impedimento deste, o segundo, eleito entre seus membros na primeira reunião.

§ 4º Para os trabalhos de secretaria da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) a Pró- Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação indicará um(a) secretário(a) que terá a responsabilidade dos trâmites documentais relativos aos protocolos de pesquisa, serviços de arquivo e informações gerais, provendo a infraestrutura física necessária ao desenvolvimento das atividades da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP). O secretário(a) terá função exclusivamente executiva, não sendo considerado membro do COMISSÃO, estando sujeito(a), porém, aos critérios éticos do Comissão de Ética em Pesquisa (CEP).

Art. 15º - Os projetos de pesquisa que envolvam seres humanos, elaborados no POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS ou a ele encaminhados, de áreas exclusivas da Saúde, das Ciências Sociais e Ciências Sociais Aplicadas, das Ciências Agrárias e Biológicas, das Ciências Humanas e demais áreas científicas deverão ser encaminhados á Plataforma Brasil, onde a(o) Secretária(o) receberá que o encaminhará para a(o) Coordenador(a) da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP), que designará um relator(a) para análise e emissão de parecer consubstanciado e de mérito ético.

Art. 16º - Compete a(o) Coordenador(a) da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) convocar e

presidir reuniões ordinárias e extraordinárias, receber, distribuir os protocolos aos relatores, controlar a distribuição equitativa dos pareceres aos relatores, notificar os prazos e informar o parecer da Comissão ao interessado.

Art. 17º - Compete a(o) Secretário(a) da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) enviar a convocação da reunião com antecedência mínima de 7 (sete) dias úteis aos membros do CEP, elaborar atas das Reuniões, emitir, transcrever e comunicar pareceres, verificar o cumprimento dos prazos de emissão dos pareceres.

CAPÍTULO VII DAS REUNIÕES

Art. 18º - A reunião da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) se instalará e deliberará com a presença de pelo menos 50% mais 1(um) de seus membros, e será dirigida pelo seu coordenador ou, na sua ausência, pelo vice-coordenador ou um membro do Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) designado pelo coordenador.

Parágrafo Único: as reuniões se darão da seguinte forma:

- a) verificação da presença do coordenador e, na sua ausência, abertura dos trabalhos por um vice-coordenador ou um membro do Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) designado pelo coordenador;
- b) verificação de presença dos membros do Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) e existência de "quorum";
- c) leitura e assinatura da ata da reunião anterior;
- d) Apresentação das justificativas de ausência;
- e) comunicações breves;
- f) leitura e despacho do expediente;
- g) ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- h) encerramento da sessão.

Art. 19º - As reuniões da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) serão realizadas ordinariamente a cada 15 (quinze) dias e reunir-se-á ordinária ou extraordinariamente sempre que necessário, a juízo do Coordenador ou por convocação de dois terços de seus membros.

Parágrafo Primeiro: as sessões extraordinárias deverão ser convocadas com prazo mínimo de 3 (três) dias, salvo em casos de extrema urgência, e apenas tratarão e votarão os assuntos que determinaram a sua convocação ou, excepcionalmente, assuntos que necessitem de decisões urgentes.

Art. 20º - Os membros da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) deverão estar presentes nas

reuniões convocadas para deliberação da análise e emissão de pareceres nos projetos.

Parágrafo Primeiro: o membro que faltar em até três reuniões consecutivas sem justificativa formalizada por escrito será excluído e substituído. A justificativa deve ser encaminhada à secretaria do CEP com pelos menos 2 (dois) dias de antecedência.

Parágrafo Segundo: o membro do CEP deverá participar das reuniões e, como produção, avaliar e discutir nas mesmas, pelo menos 75% (setenta e cinco por cento) dos projetos à ele designado para avaliação.

Art. 21º - A Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) disponibilizará para a comunidade científica e acadêmica, em local de fácil visibilidade e na página oficial do CEP na instituição, o calendário de suas reuniões.

Art. 22º - Os pesquisadores responsáveis por procedimentos de pesquisa que envolva seres humanos, a serem realizados no POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS ou em qualquer outro local, deverão submeter o projeto, bem como anexar todo o protocolo de pesquisa junto à Plataforma Brasil para análise da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP).

Art. 23º - Os Protocolos de Pesquisas submetidos à Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) para análise ética seguirão os trâmites previstos na Resolução CNS/MS nº 466/12 e, referendados pelo Manual Operacional para COMISSÃOs de Ética em Pesquisa, serão analisados na reunião subsequente à sua submissão, sendo respeitado o Calendário de Reuniões, os prazos estabelecidos e divulgados para a tramitação dos protocolos e avaliação pelos relatores.

Art. 24º - As decisões da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) sobre os resultados da análise dos Protocolos de Pesquisa a ele submetidos serão tomadas em reunião plenária, devendo ser suas deliberações acatadas por unanimidade.

Parágrafo Único: o Coordenador da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) terá direito também a voto de quantidade.

Art. 25º - Os membros da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) deverão se isentar de tomadas de decisões quando diretamente envolvidos na pesquisa em análise.

Art. 26º - A Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) deverá realizar anualmente programas de capacitação dos membros, bem como da comunidade acadêmica e promoção da educação em ética em pesquisa envolvendo seres humanos, conforme requer a Norma Operacional nº 001/13.

Art. 27º - Quando ocorrer paralisação das atividades do CEP em função de greve ou recesso institucional, nos termos da Carta Circular nº 244/16, da CONEP, o CEP deverá no caso de "Greve Institucional: comunicar à comunidade de pesquisadores e às instâncias institucionais correlatas (por exemplo: comissões de pós-graduação, centro de pesquisa clínica, outros)

quanto à situação, informando se haverá interrupção temporária da tramitação dos protocolos, e se a tramitação permanecerá paralisada (parcial ou totalmente) pelo tempo que perdurar a greve; aos participantes de pesquisa e seus representantes o tempo de duração estimado da greve e as formas de contato com a CONEP, de modo que permaneçam assistidos em casos de dúvidas sobre a eticidade e apresentação de denúncia durante todo o período da greve; e em relação aos projetos de caráter acadêmico, como TCC, mestrado e doutorado, a instituição deverá adequar devidamente os prazos dos alunos, de acordo com a situação de cada um, caso haja atraso na avaliação ética pelo CEP institucional; e informar à CONEP quais as providências que serão adotadas para regularizar a sua atuação quanto à tramitação de protocolos para apreciação ética, após o período de paralisação, e Recesso Institucional: informar, com a devida antecedência e por meio de ampla divulgação por via eletrônica, à comunidade de pesquisadores o período exato de duração do recesso; e aos participantes de pesquisa e seus representantes o período exato de duração do recesso e as formas de contato com o CEP e a CONEP, de modo que permaneçam assistidos em casos de dúvidas sobre a eticidade e apresentação de denúncia durante todo o período do recesso”.

CAPÍTULO VIII DO PROTOCOLO E PARECER

Art. 28º - O Projeto de Pesquisa será submetido ao Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) pelo pesquisador responsável por meio da Plataforma Brasil, sendo apresentado conforme normas estabelecidas e vigentes.

§ 1º Os projetos recebidos para análise deverão conter documentos elencados conforme o que determina as Resoluções do CNS/MS nº 466/12 e 510/2016, sendo que aqueles que não apresentarem os documentos exigidos e divulgados serão rejeitados;

§ 2º Os projetos de pesquisa com todos os documentos elencados serão validados, aceitos e encaminhados à Coordenação do CEP, para que esta confirme a designação da Diretoria Geral do POLICLÍNICA - REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS;

§ 3º O(s) relator(es) designado(s) deverá(ão) emitir parecer de mérito e consubstanciado de acordo com o que determina as Resoluções do CNS/MS nº 466/12 e 510/2016 e suas complementares e o padrão vigente no Comissão de Ética em Pesquisa (CEP). O parecer que não se apresentar no padrão solicitado será reencaminhado ao relator para adequação;

§ 4º Os prazos para análise dos protocolos de pesquisa, de acordo com o contido na Resolução CNS nº 466/12 complementada pela Norma Operacional nº 001/13, será de 10 (dez) dias para checagem documental e 30 (trinta) dias para liberar o parecer.

Art. 29º - A recusa ou atraso na emissão do parecer pelo período superior a 30 (trinta) dias será considerado, pelo Comissão de Ética em Pesquisa (CEP), como solicitação de

agir



desligamento das funções, sendo acatada prontamente pelo colegiado e coordenação.

Art. 30º - A Coordenação da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) fará a leitura de todos os pareceres, iniciais ou de retorno, e avaliará a sua consistência com o padrão do CEP e CONEP, podendo oferecer sugestões ao pesquisador e/ao Relator antes da avaliação da Comissão.

Art. 31º - Estando o parecer apropriado, este será submetido à avaliação do colegiado da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) em reunião plenária ordinária ou extraordinária. Recebendo ou não alterações ou emendas, o parecer será votado recebendo classificação em categorias:

§ 1º Aprovado – quando o protocolo se encontra totalmente adequado para execução;

§ 2º Com Pendência – quando a decisão é pela necessidade de correção, hipótese em que serão solicitadas alterações ou complementações do protocolo de pesquisa. Por mais simples que seja a exigência feita, o protocolo continua em “pendência”, enquanto esta não estiver completamente atendida. Se o parecer for de pendência, o pesquisador terá o prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir de sua emissão na Plataforma Brasil, para atendê-la. Decorrido este prazo, o CEP terá 30 (trinta) dias para emitir o parecer final, aprovando ou reprovando o protocolo;

§ 3º Não aprovado – Quando a decisão considera que os óbices éticos do protocolo são de tal gravidade que não podem ser superados pela tramitação em “pendência”. Nas decisões de não aprovação cabe recurso ao próprio CEP e/ou à CONEP, no prazo de 30 (trinta) dias, sempre que algum fato novo for apresentado para fundamentar a necessidade de uma reanálise;

§ 4º Arquivado – Quando o pesquisador descumprir o prazo para enviar as respostas às pendências apontadas ou para recorrer;

§ 5º Suspenso – Quando a pesquisa aprovada, já em andamento, deve ser interrompida por motivo de segurança, especialmente referente ao participante da pesquisa;

§ 6º Retirado – Quando o Sistema CEP/CONEP acatar a solicitação do pesquisador responsável mediante justificativa para a retirada do protocolo, antes de sua avaliação ética. Neste caso, o protocolo é considerado encerrado.

Art. 32º - A coordenação da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP), considerando os prazos de tramitação de cada Protocolo, poderá expedir Pareceres de interrupção da pesquisa a partir das categorias: Cancelado – quando a interrupção ocorrer antes do início da coleta de dados; Suspenso – quando a interrupção ocorrer após o início da coleta de dados.

Art. 33º - Sendo aprovado o Protocolo de Pesquisa, a Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) passa a assumir a corresponsabilidade, juntamente com os responsáveis pela pesquisa e a CONEP, no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa, garantindo a proteção dos participantes da pesquisa.

Parágrafo Único: A aprovação do Protocolo de pesquisa deverá ser emitida conforme as Resoluções 466/2012 e/ou 510/2016, considerando a seguridade aos direitos e deveres dos participantes da pesquisa e da comunidade científica.

Art. 34º - A Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) deverá manter em arquivo os protocolos de pesquisa e relatórios correspondentes por, no mínimo, 5 (cinco) anos após o encerramento do estudo.

Art. 35º - As pesquisas submetidas à avaliação ética da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) só deverão ser iniciadas após receberem parecer com as categorias Aprovação.

Parágrafo Único: os protocolos de área temática especial aprovados pelo CEP serão encaminhados à CONEP para análise e a pesquisa deverá ter início após a aprovação do órgão. Eventualmente e a critério da Coordenação referendado pela Plenária do colegiado da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) os Protocolos de Pesquisa de área temática especial poderão ser submetidos à apreciação da CONEP, sendo que neste caso a pesquisa só poderá ser iniciada após a manifestação favorável do órgão.

Art. 36º - As repostas às solicitações referentes ao Protocolo de Pesquisa em avaliação ou já avaliado, incluindo pedidos de inclusão ou exclusão de pesquisadores, alterações do título, extensão ou emendas só serão formalizadas se forem oriundas do pesquisador responsável, feitas por meio do site da Plataforma Brasil no ícone: Gerar Notificação. As solicitações serão analisadas por relatores e submetidas à plenária da CEP para discussão e deliberação.

Parágrafo Único: haverá exceção no caso de morte ou doença incapacitante do pesquisador responsável. Neste caso, a solicitação deverá conter a concordância por escrito dos demais pesquisadores envolvidos e registrados na Plataforma Brasil.

Art. 37º - Os relatores, cuja identidade deverá ser sigilosa, emitirão pareceres contendo apreciação sobre os aspectos éticos da pesquisa, tendo prazo máximo de 10 (dez) dias para apresentar os seus pareceres, salvo quando for justificado o pedido de prorrogação com deferimento do Coordenador.

Art. 38º - Recebidos os pareceres, o Coordenador incluirá na pauta da reunião imediatamente subsequente ao seu recebimento para apreciação da plenária, sendo determinada a leitura dos pareceres iniciais e/ou dos relatórios, colocando em discussão e votação as suas conclusões.

Art. 39º - Quando ocorrer a terceira pendência do projeto inicial, este será apreciado em reunião, ficando a critério da CEP a designação de um terceiro relator ou o envio de questionamentos ao pesquisador. Não havendo manifestação dentro do prazo, o processo será arquivado.

Art.40º - Quando não for possível, durante a reunião da Comissão, estabelecer um consenso

agir



entre pareceres emitidos, o projeto poderá ser encaminhado a um parecerista ad hoc especialista na área ou para a CONEP, a critério do colegiado do Comissão de Ética em Pesquisa (CEP), ouvida a plenária.

Art. 41º - Qualquer membro poderá solicitar vistas aos autos, devendo apresentar suas considerações até 48 (quarenta e oito) horas antes da subsequente reunião do CEP para sua inclusão na pauta, quando, então, serão objetos de deliberação.

CAPÍTULO IX DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Art.42º - A responsabilidade do pesquisador responsável pela pesquisa é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

Art.43º - Ao pesquisador responsável cabe:

- a) submeter o projeto via Plataforma Brasil e aguardar o pronunciamento do COMISSÃO antes de dar início à pesquisa;
- b) desenvolver o projeto conforme delineado;
- c) elaborar e apresentar os resultados finais;
- d) apresentar, a qualquer momento, dados solicitados pelo CEP;
- e) manter em arquivo, sob sua guarda, por no mínimo 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, que deverão conter as fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pela Comissão;
- f) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos;
- g) justificar perante a Comissão a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

CAPÍTULO X DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.44º - O conteúdo tratado durante todo o procedimento de análise dos protocolos tramitados no CEP é de ordem estritamente sigilosa e suas reuniões são sempre fechadas ao público. Cada um dos membros da CEP e todos os funcionários que têm acesso aos documentos, inclusive virtuais, e reuniões devem manter sigilo comprometendo- se, por declaração escrita, sobe pena de responsabilidade.

Art.45º - Os membros do Comissão que infringirem esta norma regimental por qualquer razão ou incorrerem em falta de ética profissional para a sua função no cargo ou para com o pesquisador serão afastados, não podendo ocupar o cargo novamente.

**agir**

Art.46º - É vedado, tanto aos titulares quanto aos suplentes, exercer atividades nas quais interesses privados possam comprometer o interesse público e sua imparcialidade no exercício de suas atividades no sistema CEP/CONEP.

Art.47º - Caso haja denúncias de infração ou falta de ética por parte de quaisquer membros da Comissão, estas deverão ser encaminhadas por escrito, por e-mail ou pelo sítio do CEP na internet, fundamentadas e assinadas, ao Coordenador que encaminhará à Pró- Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da instituição para abertura de processo de sindicância.

Art.48º - Cabe ao Coordenador encaminhar relatório anual das atividades do CEP à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Art.49º - Este Regimento poderá ser modificado em reunião expressamente convocada para este propósito e as alterações propostas deverão ser aprovadas por maioria simples e aclamadas em plenário pelos membros da CEP.

Art.50º - A Comissão de Ética em Pesquisa se obriga a comunicar anualmente à CONEP sua nova composição.

Art.51º - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Coordenação do CEP com base nas Resoluções do CNS/MS nº 466/12, 510/2016 e complementares à mesma ou que venham substituí-la, após consulta ao COMISSÃO e à CONEP, caso necessário.

Art.52º - Este regimento entrará em vigor após aprovação dos membros desta comissão.

2.1.12.3 Cronograma de Atividade Anual do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)												
Ações/Atividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno												
2.Reunião de planejamento anual												



2.1.13.2 Proposta de Regimento Interno do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

REGIMENTO INTERNO DA NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)

CAPÍTULO I DA CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1º A Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) - CAQ é um órgão deliberativo, diretamente subordinado à Diretoria Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, que será regido por este Regimento Interno e terá tempo de duração indeterminado. O Núcleo de Segurança do Paciente - NQSP tem a missão de proteger a saúde do usuário e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ele sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Art. 2º O NQSP será responsável por promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde além do padrão de qualidade da Unidade, por meio da implantação e manutenção do Programa de Qualidade Total, buscando a certificação de Acreditação da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Art. 3º Esta Comissão terá caráter educacional, e não fiscal, para determinar se a Instituição atende aos requisitos necessários de melhoria da segurança e da qualidade do serviço, , obedecerá às seguintes normas:

- Portaria MS nº 2616 de 12 de maio de 1998, que estabelece as normas para o Programa de Controle de Infecção Unidade;
- Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013;
- Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013;
- Resolução RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013;
- Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: ANVISA, 2014.

Art. 4º São princípios do NQSP:

- A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;

agir



- A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;

Parágrafo único. Os conceitos, critérios e padrões almejados nos processos devem ser difundidos e absorvidos pela Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, sendo igualmente aplicados no seu planejamento estratégico, para fortalecimento da cultura de qualidade nos serviços prestados.

CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO

Art 5º A Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) - CAQ é multidisciplinar e multiprofissional, nomeada pela Diretoria Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás e composta por membros do quadro funcional, contendo a seguinte estrutura:

- 1 representante do Serviço de Qualidade ;
- 1 representante do Setor de Recursos Humanos;
- 1 representante do Serviço de Recepção;
- 1 representante do Serviço de Ouvidoria;
- 1 representante do Serviço Multiprofissional;
- 1 representante do Serviço de Enfermagem;
- 1 representante do Serviço de Farmácia;
- 1 representante do Serviço de Planejamento;
- 1 representante do Serviço de Prestação de Contas.
- 1 representante do SCIRAS;
- 1 representante do Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
- 1 representante do Serviço Médico;
- 1 representante do Serviço de Odontologia;
- 1 representante do Serviço de Tecnologia da Informação.

Art 6º A NQSP será composta por trabalhadores da Unidade, designados e substituídos por ato do Diretor Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Art 7º O NQSP terá um Presidente, designado por ato do Diretor Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, e um Secretário Geral, este escolhido por eleição entre os integrantes, além dos membros efetivos e convidados;

§ 1º - Além dos componentes mencionados no Art 7º, o NQSP poderá solicitar, para melhor

desempenho de seu trabalho, colaboradores que participem eventualmente das atividades da Comissão.

Art 8º Os membros exercerão seus mandatos por 2 (dois) anos, sem receber qualquer tipo de remuneração adicional, considerando-se o relevante interesse público pertinente às atribuições exercidas por eles.

§ 1º A substituição dos membros dar-se-á por ato administrativo da Diretoria Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás para o tempo que restar do mandato.

§ 2º A ausência de um membro da Comissão a cinco (5) reuniões consecutivas ou a sete (7) alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará em perda do mandato.

Art. 9º Fica facultado ao Presidente da Comissão propor a participação de outros profissionais, vinculados à Unidade, para atuarem como apoio técnico e operacional na implementação dos processos.

Art. 10º A Comissão, durante as discussões para definição de metas para implantação, implementação e manutenção de melhorias, obedecerá às normas vigentes para cada processo trabalhado.

CAPÍTULO III DA COMPETÊNCIA

Art 11º À Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) compete:

- Sensibilizar todos os profissionais da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás no que tange ao entendimento sobre qualidade;
- Identificar e entender, em conjunto com os membros gestores, de forma sistemática as conformidades e oportunidades de melhorias nos processos de trabalho e deliberar/orientar nas adequações, de modo a contribuir para o processo de melhoria contínua;
- Propor à Unidade, com o apoio da gestão, cronograma de treinamento e elaboração de programas de capacitação de recursos humanos em nível multiprofissional;
- Orientar/deliberar sobre melhorias relacionadas à segurança, gestão integrada e excelência em gestão;
- Articular a realização de palestras e sensibilizações sobre os objetivos, metas e metodologia para melhorias de processos de trabalho;
- Elaborar roteiros para realização de auditorias internas na Unidade, bem como capacitar facilitadores para contribuir nessas atividades;
- Realizar auditorias internas para identificar não conformidades e auxiliar nos planos de ações de cada setor da Unidade;
- Emitir diagnósticos situacionais, mediante os resultados das auditorias internas;

agir



- Estabelecer metas de trabalho, gradativas e diversificadas, de acordo com prioridades e planejar estratégias para seu cumprimento;
- Estabelecer indicadores de desempenho e avaliação dos serviços e processos da Unidade;
- Orientar/definir prazos para cumprimento de ações de melhorias na qualidade da assistência prestada aos clientes e a sociedade em geral;
- Convidar, quando necessário, pessoas com habilidades ou conhecimentos especiais para contribuir nas atividades da Comissão;
- Determinar cronograma de cumprimento das atividades da Comissão;
- Qualificar-se constantemente sobre as melhorias nos processos de trabalho;
- Trabalhar com ética e presteza nas discussões, deliberações e execução das metas de trabalho;
- Elaborar e apresentar aos Diretores da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás relatórios bimestrais de atividades da Comissão.

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Art 12º São deveres e responsabilidades dos membros da CAQ:

- Participar das reuniões, discussões e deliberações sobre quaisquer assuntos constantes da pauta;
- Propor assuntos para a pauta das reuniões;
- Solicitar reunião extraordinária da Comissão;
- Colaborar com estudos e propostas à Comissão, que contribuam para a implantação de medidas que venham a assegurar a estruturação organizacional mais adequada à execução dos processos e das atividades da referida Comissão;
- Colaborar com estudos e debates visando ao aperfeiçoamento permanente dos processos e das atividades da Comissão;
- Coordenar a implantação, na sua área de atuação, das medidas e processos aprovados;
- Colaborar com o Núcleo da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás;
- Colaborar com os planos de ações dos setores em prol da resolução das não conformidades encontradas.

Parágrafo único - Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgirem função do exercício das atividades dos membros da Comissão, deverão ser informados aos demais integrantes na abertura do item de pauta.

Art. 13º Compete ao Presidente da Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP):


agir

- Ser o representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- Dirigir a NQSP e representá-la interna e externamente;
- Cumprir e fazer cumprir este regimento interno;
- Fixar a pauta, convocar e presidir as reuniões;
- Submeter ao Diretor Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás as propostas aprovadas pela NQSP;
- Designar tarefas aos membros ou grupos de trabalho para cumprimento dos objetivos propostos;
- Proferir voto de desempate;
- Aprovar e divulgar o relatório anual de atividades;
- Apresentar cronograma de atividades anual;
- Coordenar a elaboração, aprovar e implementar plano de ação anualmente ou extraordinariamente, visando ao estabelecimento de metas a serem alcançadas, a partir de propostas apresentadas pelos membros.

Art 14º Compete ao Secretário Geral da NQSP:

- Controlar as ocorrências relacionadas com o processo de melhorias, digitando dados, para elaboração de relatórios com estatísticas de produção;
- Participar da elaboração e redação dos procedimentos relacionados com o processo de melhorias;
- Preparar a proposta de pauta das reuniões da Comissão, fazendo constar as sugestões encaminhadas previamente pelos membros da Comissão, e consolidá-los com o Presidente;
- Expedir convocação para as reuniões da Comissão, anexando a pauta e a documentação necessária para as deliberações;
- Providenciar a organização do local das reuniões, a infraestrutura necessária e a comunicação aos membros da Comissão;
- Elaborar as atas ou notas de reuniões e encaminhá-las aos membros da Comissão, num prazo máximo de sete (07) dias;
- Organizar a comunicação, o arquivo e a documentação do processo de melhorias, de forma a garantir o acesso rápido e seguro às informações;
- Realizar outras funções determinadas pelo Presidente, relacionadas ao serviço.

Art. 15º Compete aos Membros da Comissão:

- Consolidar a pauta preliminar das reuniões da Comissão e submeter ao Presidente;
- Estudar e propor à Comissão, medidas para assegurar a estruturação dos processos organizacionais, adequando-os ao cumprimento dos requisitos básicos para alcance das melhorias almejadas;

agir



- Mapear e monitorar a implantação das medidas e da estruturação dos processos organizacionais estabelecidos e aprovados pela Comissão;
- Realizar estudos e debates visando o aperfeiçoamento permanente dos processos e da estrutura organizacional visando o cumprimento dos requisitos básicos para alcance das melhorias almejadas;
- Apreciar e deliberar sobre propostas apresentadas por membros da Comissão, a serem levadas às reuniões;
- Representar a Comissão junto aos setores da Unidade;
- Apoiar, acompanhar e controlar todas as ações voltadas para a implantação e manutenção do sistema da qualidade;
- Assegurar a realização das reuniões de análise crítica do sistema e na periodicidade prevista;
- Acompanhar os indicadores de desempenho do NQSP da Unidade para a tomada de decisão que garanta a eficácia do sistema;
- Promover a integração da Comissão com os demais setores, sendo interlocutor que viabilize a consolidação dos ajustes necessários à implantação das medidas que assegurem a estruturação dos processos organizacionais, adequando-os ao cumprimento dos requisitos básicos para alcance das melhorias almejadas;
- Definir cronograma de realização de auditorias internas;
- Prestar serviço de auditoria/consultoria interna em desenvolvimento organizacional e qualidade;
- Prestar assistência ao processo de desenvolvimento e manutenção da Comissão, buscando informações e retorno adequado (*feedback*) que possibilitem avaliação dos programas e procedimentos implantados;
- Programar e articular/executar o treinamento de todos os colaboradores nas atividades relacionadas à melhorias nos processos de trabalho, visando a multiplicação dos conhecimentos e facilitando o alcance das melhorias;
- Organizar eventos internos e externos relativos a melhorias nos processos de trabalhos, visando promover o treinamento dos colaboradores;
- Desenvolver material de apoio, tais como apostilas, cartilhas, cartazes, visando otimizar os treinamentos e a divulgação da conscientização sobre a metodologia de trabalho da Comissão;
- Acompanhar avaliadores de instituição certificadora no processo de diagnóstico organizacional.

CAPÍTULO V

agir

DAS INSTRUÇÕES GERAIS, MANDATO, REUNIÃO

Art. 16º As reuniões serão realizadas em caráter ordinário, mensalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros e a convocação será providenciada com, pelo menos, três dias úteis de antecedência.

Art. 17º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da Comissão com, pelo menos, 24 horas de antecedência.

Art. 18º As reuniões serão realizadas com a presença de no mínimo cinco (5) pessoas.

Parágrafo único. Na ausência do representante do Núcleo para presidir as ações do grupo de trabalho, este deverá designar um substituto, dentre os membros nomeados.

Art. 19º De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas, ações concluídas, estabelecimento de metas e prazos e lista de presença.

Art. 20º As deliberações da Comissão serão consubstanciadas em relatórios endereçados ao Diretor Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Art. 21º Os casos omissos deste Regimento serão discutidos e resolvidos pela Comissão.

Art. 22º Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CAPÍTULO VI

DOS GRUPOS DE TRABALHO DO NQSP

Art. 23º O NQSP poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos, podendo solicitar a participação de profissionais que não pertencem ao Núcleo.

§ 1º Os grupos de trabalho serão compostos por, no máximo, 6 (seis) e, no mínimo, 3 (três) componentes tendo reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pelo NUSP e nomeados pela Direção da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

§ 2º Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante do NUSP.

§ 3º O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do grupo de trabalho.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24º Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do NUSP, mediante aprovação em reunião convocada para essa finalidade.

Art. 25º Os casos omissos serão resolvidos pelo Núcleo em reunião para isto convocada, com a presença da Diretoria da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Art. 26º O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

agir



2.1.13.3 Cronograma de Atividade Anual do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)												
Ações/Atividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno												
2.Reunião de planejamento anual												
3.Reuniões ordinárias mensais da Comissão												
4. Implantação do Programa Qualidade Total												
5. Apresentação de relatório para Direção Geral												

2.1.14 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT

2.1.14.1 Proposta de Constituição do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT terá por finalidade atuar de forma preventiva para se ter uma assistência adequada na área de segurança e saúde dos colaboradores da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Para tanto, propõe-se desenvolver ações e programas voltados para a prevenção de acidentes ou doenças ocupacionais. Todos os processos e procedimentos serão realizados em conformidade com as disposições das Normas Regulamentadoras e Legislações Vigentes do Ministério da Economia e Secretaria do Trabalho.

O SESMT será orientado pela Norma Regulamentadora nº 4, sendo composto pelas funções de

agir

Engenheiro de Segurança do Trabalho, Técnico em Segurança do Trabalho, Técnico em Enfermagem do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho e Médico do Trabalho. A quantidade de profissionais será definida levando-se em consideração o grau de risco da Unidade e a quantidade de colaboradores que nela atuam.

Os integrantes do SESMT serão colaboradores celetistas da Instituição, os quais deverão possuir as qualificações técnicas necessárias para o exercício da função.

2.1.14.2 Proposta de Regimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho – SESMT

REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

CAPÍTULO I DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT desempenhará suas atribuições adotando procedimentos com a finalidade de garantir a qualidade e desempenho em matéria de segurança e saúde dos colaboradores, preservando sua integridade física e psíquica. A metodologia de atuação será pautada por rotina de adequação, além de identificação e controle dos riscos ocupacionais, com o intuito de eliminar e/ou reduzir incidentes, adoecimentos e acidentes de trabalho da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Art. 2º O SESMT exercerá suas funções sobre todos os colaboradores da POLICLÍNICA, incluindo aqueles que não possuem vínculo celetista, tais como os estagiários, residentes, dentre outros.

CAPÍTULO II DA ESTRUTURA

Art. 4º A estrutura do SESMT da POLICLÍNICA compreenderá:

- I. Engenheiro de Segurança do Trabalho;
- II. Técnico em Segurança do Trabalho;
- III. Técnico em Enfermagem do Trabalho;
- IV. Enfermeiro do Trabalho;
- V. Médico do Trabalho.

agir



CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º O SESMT da POLICLÍNICA será composto, inicialmente, por 7 (sete) componentes, que participarão das atividades de promoção, segurança e saúde dos colaboradores.

§ 1º O número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, conforme a quantidade de colaboradores da Instituição e o Quadro II da Norma Regulamentadora nº 4.

Art. 6º Durante a gestão, os membros do SESMT irão atuar com base nas Normas Regulamentadoras e Legislações Trabalhistas Vigentes.

Art. 7º Não poderão integrar o SESMT da POLICLÍNICA profissionais sem registros ativos ou que não estejam em dia com as obrigações requeridas pelos órgãos de registro de suas profissões.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 9º Compete ao SESMT da POLICLÍNICA:

- a) Supervisionar, orientar e fiscalizar os setores da Unidade para verificar as condições ambientais do ambiente de trabalho;
- b) Fazer inspeções diárias nos ambientes, a fim de identificar as irregularidades e promover sua adequação;
- c) Orientar os colaboradores da Instituição, por meio de diálogos de segurança, campanhas e treinamentos;
- d) Instruir sobre o uso e guarda correta dos Equipamentos de Proteção Individual - EPI e fazer a troca dos mesmos, sempre que necessário;
- e) Desenvolver atividades educativas, por meio de campanhas, divulgações e orientações sobre temas relativos à Segurança e Medicina do Trabalho, mantendo diálogo regular com a Diretoria, Coordenações, Departamentos e Serviços da POLICLÍNICA;
- f) Atuar preventivamente, conscientizando os colaboradores da POLICLÍNICA quanto às normas legais vigentes, por meio de reuniões, treinamentos, diálogos de segurança e outros meios disponíveis;
- g) Divulgar programas preventivistas, tais como o Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR e o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, sendo que todos os documentos deverão ser divulgados e apresentados aos colaboradores e estarem disponíveis para órgãos fiscalizadores do Ministério da Economia - Secretaria do Trabalho;
- h) Fazer a investigação nos casos de acidentes de trabalho, emitir o Comunicado de Acidente

agir 

de Trabalho - CAT e implantar medidas de controle para evitar a reincidência da situação com outros colaboradores;

i) Fazer o acompanhamento dos exames periódicos dos colaboradores e solicitar a sua renovação para atender às exigências legais da Norma Regulamentadora nº 7;

j) Receber os atestados de afastamentos temporários, fazer as tratativas dos casos e passar as orientações para os colaboradores, tais como a data de retorno e a necessidade de passar pela consulta com Médico do Trabalho;

k) Fazer o acompanhamento dos protocolos da pandemia do SARS-CoV-2 (COVID-19), bem como orientar os colaboradores quanto ao uso de máscaras, procedimentos de biossegurança no ambiente de trabalho, afastamento dos casos suspeitos e confirmados e o plano de contingência a ser adotado.

Art. 10 Compete ao Engenheiro de Segurança do Trabalho do SESMT da POLICLÍNICA:

a) Elaborar o Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho - LTCAT;

b) Elaborar o Laudo Técnico de Insalubridade e Periculosidade;

c) Fazer o levantamento de riscos qualitativos e quantitativos e inspeções nos locais de trabalho;

d) Garantir a implantação da promoção da segurança e saúde no trabalho;

e) Realizar treinamentos, orientações e qualificação profissional das Normas Regulamentadoras;

f) Elaborar e fazer o acompanhamento do Programa de Gerenciamento de Risco - PGR;

g) Realizar demais atividades correlatas ao cargo.

Art. 11 Compete ao Técnico em Segurança do Trabalho do SESMT da POLICLÍNICA:

a) Fazer levantamento de riscos qualitativos e quantitativos e realizar inspeções nos locais de trabalho;

b) Auxiliar o Engenheiro de Segurança do Trabalho da Unidade na elaboração do LTCAT e Laudos de Insalubridade e Periculosidade;

c) Realizar treinamentos, orientações e qualificação profissional das Normas Regulamentadoras;

d) Fazer o acompanhamento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA e Brigada de Incêndio;

e) Fazer a análise de acidentes e a elaboração do Comunicado de Acidente de Trabalho - CAT;

f) Fazer a entrega e orientação sobre o uso do Equipamento de Proteção Individual - EPI;

g) Elaborar e aplicar a ordem de serviço para os novos colaboradores e fazer a sua devida orientação;



h) Verificar o sistema de combate a incêndio da Unidade, inspecionando suas condições de uso;

i) Realizar demais atividades correlatas ao cargo.

Art. 12 Compete ao Técnico em Enfermagem do Trabalho da POLICLÍNICA:

a) Receber os afastamentos temporários dos colaboradores e fazer lançamento no sistema;

b) Elaborar o ASO conforme o tipo de exame e quais os procedimentos necessários para a realização destes, conforme o PMCSO;

c) Verificar a caderneta de vacina e orientar aos colaboradores sobre a importância de estar com as vacinas atualizadas;

d) Manter a segurança dos arquivos, como prontuários dos colaboradores e afastamentos;

e) Dar suporte à Enfermeira do Trabalho em suas atividades;

f) Realizar demais atividades correlatas ao cargo.

Art. 13 Compete ao Enfermeiro do Trabalho da POLICLÍNICA:

a) Receber os colaboradores e fazer a triagem para a realização dos exames ocupacionais;

b) Estabelecer forma de registro e controle dos processos da Medicina Ocupacional;

c) Elaborar os fluxos de recebimento de atestados e agendamento de exames ocupacionais;

d) Elaborar o ASO conforme o tipo de exame e quais os procedimentos necessários para a realização, conforme o PMCSO;

e) Conferir os prazos dos afastamentos temporários entregues pelos colaboradores;

f) Fazer o acompanhamento do relatório de exames periódicos e solicitar a renovação, através de meios de comunicação com o gestor e colaborador;

g) Observar as regras da Unidade para o andamento dos trabalhos da Medicina Ocupacional;

h) Observar as regras instituídas para a condução de processos administrativos, de recursos humanos e de materiais;

i) Elaborar pedido de exames complementares conforme o PCMSO e orientar o colaborador sobre a realização;

j) Fazer a impressão dos exames complementares e anexar ao ASO para a liberação do exame ocupacional;

k) Realizar demais atividades correlatas ao cargo.

Art. 14 Compete ao Médico do Trabalho da POLICLÍNICA:

a) Receber os colaboradores para a realização de exames ocupacionais;

b) Fazer a liberação dos ASO e passar orientações aos colaboradores, quando necessário;

c) Elaborar o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO;

agir

- d) Fazer a homologação dos afastamentos temporários dos colaboradores da Unidade;
- e) Realizar demais atividades correlatas ao cargo.

**CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO**

Art. 15 Os atos do SESMT relativos à Medicina Ocupacional deverão ser sigilosos e de acesso somente aos colaboradores autorizados.

Art. 16 Os atos do SESMT relativos à segurança do trabalho ficarão registrados em atas e os documentos previdenciários e trabalhistas ficarão à disposição dos colaboradores e órgãos fiscalizadores.

Art. 17 O SESMT deverá estar sempre à disposição dos colaboradores para orientação e acompanhamento de ocorrências relacionadas à Medicina e Segurança do Trabalho.

Art. 18 Os treinamentos serão realizados pela equipe do SESMT, conforme o cronograma anual. Os colaboradores que participarão dos treinamentos serão comunicados para o comparecimento ao treinamento e a presença será monitorada.

Art. 19 Todos os documentos relacionados à Segurança e Medicina Ocupacional da POLICLÍNICA serão arquivados no SESMT em sistema informatizado para garantia da confiabilidade das informações e viabilidade no rastreamento, quando necessário.

**CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 20 Este Regimento Interno poderá ser alterado de acordo com futuras atualizações das Normas Regulamentadoras e Legislações Trabalhistas do Ministério da Economia – Secretaria de Trabalho, ou quando a Unidade julgar necessário.

2.1.14.3 Cronograma de Atividade Anual do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO												
Ações/Atividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.Elaboração do Programa												



de Gerenciamento de Risco Ocupacional																			
2.Treinamentos das NR 1, 32, 6, 7, 12, 11																			
3.Treinamentos específicos conforme risco ocupacional dos setores																			
4.Constituição da CIPA conforme dimensionamento da NR 5																			
5.Treinamento e posse dos membros da CIPA																			
6. Descrição da Diretriz de Suporte com os prazos e entrega dos atestados																			
7.Inspecões nas áreas para verificação das condições do ambiente de trabalho																			
8. Elaboração do Relatório Analítico do PCMSO																			
9. Comunicação dos horários de atendimento do médico do trabalho, para realização de exames ocupacionais e homologações de atestados																			
10. Campanhas de orientação e recomendações de segurança do trabalho e segurança ocupacional																			



2.1.15 Outras Comissões

Ainda para a estruturação de trabalho e assistência prestada ao usuário do SUS pela Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, a AGIR propõe a composição de outras comissões, a saber:

1. Comissão de Processamentos de Produtos para Saúde
2. Comissão de Humanização
3. Núcleo de Vigilância Epidemiológica - NVE
4. Comissão de Ética em Enfermagem

2.1.15.1 Comissão de Processamentos de Produtos para Saúde

2.1.15.1.1 Proposta de Constituição da Comissão de Processamentos de Produtos para Saúde

A Comissão de Processamento de Produtos para Saúde - COPS é um órgão consultivo deliberativo, diretamente subordinado à Diretoria Técnica da Policlínica Regional - Unidade Goiás, e tem como objetivo subsidiar as tomadas de decisões relacionadas ao Processamento de Produtos para a Saúde, visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos na Unidade.

A COPS subsidiará suas ações pautadas nos requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e outras providências previstas na RDC nº 15, de 15 de março de 2012.

A COPS será composta pelos seguintes membros, a saber:

01 representante da Central de Material e Esterilização - CME; 01 representante da Enfermagem;

01 representante da Comissão de Controle de Infecção Relacionado a Assistência à Saúde - CCIRAS;

01 representante do Serviço de Cirurgias Menores Ambulatoriais; 01 representante Médico.

2.1.15.1.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Processamentos de Produtos para Saúde

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE PROCESSAMENTOS DE PRODUTO PARA SAÚDE

CAPÍTULO I

DA CATEGORIA E FINALIDADE

Art.1 A Comissão de Processamento de Produtos para Saúde - COPS tem como objetivo

agir



subsidiar as tomadas de decisões relacionadas ao processamento de produtos para a Saúde, visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos na Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás. A COPS subsidiará suas ações pautadas nos requisitos de boas práticas para o Processamento de Produtos para Saúde e outras providências previstas na RDC nº 15, de 15 de março de 2012.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO

Art. 2 A COPS será composta pelos seguintes membros, a saber:

01 representante da Central de Material e Esterilização - CME; 01 representante da Enfermagem;

01 representante da Comissão de Controle de Infecção Relacionado a Assistência à Saúde - CCIRAS;

01 representante do Serviço de Cirurgias Menores Ambulatoriais; 01 representante Médico.

Art. 3º - Os ocupantes de cargos ou funções previstas deverão ser substituídos, em suas faltas ou impedimentos, por profissionais por ele indicados.

Art. 4º - O presidente da COPS será o responsável pela CME que elegerá o seu suplente dentre os membros titulares da comissão.

CAPÍTULO III DA COMPETÊNCIA

Art. 5º Compete à COPS:

I - Definir os produtos para saúde a serem processados na CME da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás ou que necessitem de processamento por empresas terceirizadas;

II - Definir critérios de aceitabilidade de produtos para saúde, não pertencentes ao serviço;

III - Estabelecer critérios de avaliação das empresas processadoras terceirizadas e proceder a sua avaliação sempre que julgar necessário;

IV - Participar da especificação para a aquisição de produtos para a saúde, equipamentos e insumos a serem utilizados no processamento de produtos para saúde;

V - Participar da especificação para a aquisição de produtos para saúde a serem processados pela CME;

VI - Analisar e aprovar os indicadores para o controle de qualidade do processamento dos produtos propostos pelo responsável pela CME;

VII - Analisar e aprovar as propostas de melhorias relacionadas ao processamento de produtos para a saúde definidas pela empresa responsável pela gestão do serviço;


agir

- VIII - Manter registros das reuniões realizadas e decisões tomadas;
- IX - Analisar os eventos adversos relacionados ao processamento de produtos para saúde;
- X - Receber a autoridade sanitária na fiscalização da CME em conjunto com o Serviço de Planejamento e participar da defesa das infrações apontadas, caso proceda.

CAPÍTULO IV

DO PESSOAL E DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º – Serão atribuições dos membros da COPS:

Do Presidente

- I - Presidir e coordenar os trabalhos da comissão;
- II - Convocar reuniões ordinárias e/ou extraordinárias quando necessário;
- III - Representar a direção da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, sempre que necessário, no que se refere ao processamento de produtos para saúde, perante outras entidades;
- IV - Apresentar para a comissão o diagnóstico situacional da CME;
- V - Analisar e validar os indicadores de estrutura, de processos de trabalho e de resultados que avaliem a qualidade da CME apresentados pela empresa responsável pela gestão do serviço;
- VI - Submeter à Comissão as justificativas para aceitação ou rejeição de reúso de materiais comercializados como de uso único;
- VII - Avaliar as necessidades de reforma estrutural da CME e submeter apreciação da comissão;
- VIII - Analisar as propostas de aquisição de inovações tecnológicas a serviço da CME para otimizar o processo de trabalho;
- IX - Discutir com a comissão as melhorias dos processos de entrega de material consignado;
- X - Compartilhar com a comissão a escolha da empresa terceirizada para esterilização de produtos termossensíveis, quando necessário;
- XI - Discutir com a comissão eventos adversos relacionados ao processamento de produtos;
- XII - Elaborar pauta das reuniões da comissão;
- XIII - Garantir junto à direção da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, o cumprimento das recomendações formuladas pela coordenação Municipal, Estadual e Distrital;
- XIV - Cumprir e fazer cumprir as determinações das normas vigentes; XV - Cumprir e fazer cumprir as decisões da COPS.

Dos demais membros da Comissão:

- I - Envolver e auxiliar na busca de soluções para todos os problemas apresentados pelo presidente da comissão nas reuniões ordinárias e/ ou extraordinárias;

agir



- II - Apoiar as propostas de implementação do programa de trabalho da CME;
- III - Envolver na melhoria da CME como serviço competente;
- IV - Zelar pelo cumprimento de metas a curto, médio e longo prazo estabelecidas pela comissão;
- V - Aprovar e fazer cumprir o regimento interno da COPS;
- VI - Garantir junto à direção da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, o cumprimento das recomendações formuladas pela coordenação Municipal, Estadual e Distrital;
- VII - Cumprir e fazer cumprir as determinações das normas vigentes;
- VIII - Cumprir e fazer cumprir as decisões da COPS.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

- I - A Comissão deverá reunir-se ordinariamente mensalmente de acordo com o cronograma anual ou extraordinariamente quando necessário, sendo sua convocação efetuada pelo Presidente, com antecedência mínima de 3 (três) dias, através de mensagem eletrônica, em local a ser definido pelo mesmo, bem como a proposta da pauta;
- II - Para cada reunião realizada se lavrará ata, que será subscrita pelos presentes;
- III - A cada reunião a ata da reunião anterior será lida e assinada por todos os presentes;
- IV - O quorum mínimo para realização das reuniões será de 50% mais um;
- V - O membro que não comparecer às reuniões convocadas por 3 (três) vezes consecutivas, sem justificativa, será excluído da comissão e sua substituição deverá ser solicitada, imediatamente;
- VI - As propostas elencadas em cada reunião ordinária terão que ser operacionalizadas e seus resultados apresentados na próxima reunião ou a justificativa da não realização.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS OU TRANSITÓRIAS

- I - Este regulamento será revisado anualmente ou sempre que houver mudanças no funcionamento da Comissão;
- II - A renovação da comissão poderá ocorrer sempre que necessário através de nomeação feita pela Diretoria Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 6º Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros da COPS, mediante aprovação em reunião convocada para essa finalidade.


agir B

Art. 7º Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão em reunião para isto convocada, com a presença da Diretoria da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Art. 8º O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

2.1.15.1.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Processamentos de Produtos para Saúde

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE – COPS												
Ações/Atividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno												
2.Reunião de planejamento anual												
3.Reuniões ordinárias mensais da Comissão												
4. Apresentação de relatório para Direção Geral												

2.1.15.2 Comissão de Humanização

2.1.15.2.1 Proposta de Constituição da Comissão de Humanização

No Brasil, a saúde é tida legalmente como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, conforme regem a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. O conjunto de ações e serviços públicos de saúde integram o SUS, encarando o usuário pelo princípio da integralidade, não reduzindo a pessoa cuidada à doença que lhe acomete.

Buscando pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, foi lançada em 2003, a Política Nacional de



Humanização - PNH, também conhecida como HumanizaSUS, como uma ferramenta para estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

A PNH aponta seis diretrizes que buscam afirmar os valores que orientam a Política Pública de Saúde no Brasil, de forma que todos os agentes envolvidos no processo, exerçam seu direito à saúde de qualidade: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, e defesa dos direitos dos usuários.

A Comissão de Humanização da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás constituir-se-á em um espaço coletivo e democrático, que se destina a empreender a política institucional de humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos colaboradores, desenvolvendo conceitos e práticas de gestão e atenção que apoiem a construção de uma cultura institucional voltada à qualidade e efetividade do cuidado, valorização das pessoas e qualidade de vida no trabalho.

Para a composição desta comissão da Unidade, propõe-se os seguintes membros, a saber:

- I. Representante da Coordenação de Operações;
- II. Representante da Coordenação de Gestão e Planejamento;
- III. Representante da Coordenação de Atendimento Médico;
- IV. Representante da Coordenação Assistencial;
- V. Representante da Coordenação do SADT;
- VI. Membro(s) transitório(s), representantes dos diversos serviços da Unidade;

2.1.15.2.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Humanização

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º A Comissão de Humanização da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás constituir-se-á como uma comissão de natureza estratégica, criada na perspectiva de atender às melhores práticas no âmbito da assistência e gestão em saúde, tendo como referência as

diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização - PNH e as normativas previstas no Contrato de Gestão. A Comissão regulamenta-se pelo presente Regimento Interno.

Art. 2º A Comissão de Humanização fomenta os seguintes princípios no âmbito do cuidado e da gestão do trabalho em saúde:

- I - Valorização da vida;
- II - Compromisso com a qualidade da assistência;
- III - Compromisso com a qualidade de vida no trabalho;
- IV - Valorização da dimensão subjetiva e social das pessoas;
- V - Estímulo ao trabalho em equipe e à construção de redes cooperativas;
- VI - Estímulo à participação, autonomia e responsabilidade.

Art. 3º - A Comissão de Humanização tem por objetivo geral assessorar a Diretoria Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, desenvolvendo políticas e práticas de Humanização em benefício dos usuários, familiares, trabalhadores, estudantes e demais segmentos da sociedade, atuando em diversas áreas da Unidade.

Art. 4º - A Comissão de Humanização tem como objetivos específicos:

- I - Desenvolver a cultura da humanização com foco no cuidado centrado na pessoa;
- II - Fortalecer e articular as iniciativas de humanização já existentes;
- III - Diagnosticar, conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar usuários e colaboradores;
- IV - Estimular ações assistenciais centradas na qualidade do cuidado do ponto de vista técnico e ético;
- V - Estimular o desenvolvimento de políticas que enfoquem o bem estar do colaborador;
- VI - Contribuir para a melhoria das relações de trabalho e da gestão;
- VII - Melhorar a qualidade, segurança e a eficácia do atendimento prestado aos usuários do hospital por meio de práticas humanizadas de cuidado;
- VIII - Desenvolver indicadores de resultados que traduzam a eficácia, efetividade e eficiência das ações de humanização;
- IX - Estimular a realização de ações extramuros, parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências na área da humanização.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO, MANDATO E FUNCIONAMENTO

Art. 5.º A Comissão terá composição multiprofissional, designados em Ato Administrativo do Diretor Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, quais sejam:



- I - Representante da Coordenação de Operações;
- II - Representante da Coordenação de Gestão e Planejamento;
- III - Representante da Coordenação de Atendimento Médico;
- IV - Representante da Coordenação Assistencial;
- V - Representante da Coordenação do SADT;
- VI - Membro(s) transitório(s), representantes dos diversos serviços da instituição.

Parágrafo único: Os membros transitórios deverão ser colaboradores da Unidade, indicados pela Gestão da Comissão para condução de projetos específicos.

Art. 6.º A substituição de membros dar-se-á por Ato Administrativo.

§ 1.º A Comissão contará com apoio de um secretário indicado pelo Presidente da Comissão.

§ 2.º A ausência de um membro da Comissão a 2 (duas) reuniões consecutivas ou a 3 (três) alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará em substituição.

§ 3.º A Comissão ficará subordinada à Diretoria Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Art. 7.º A Comissão reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada 2 (dois) meses e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente, ou a requerimento da maioria simples de seus membros.

§ 1.º A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão antes de cada votação.

§ 2.º As deliberações tomadas deverão ser encaminhadas ao Plenário da Comissão para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§ 3.º As deliberações serão consubstanciadas em notas endereçadas à Diretoria Geral da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Art. 8.º As reuniões da Comissão obedecerão à seguinte rotina:

- I. Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- II. Verificação de presença e existência de "quorum";
- III. Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- IV. Leitura e despacho do expediente;
- V. Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- VI. Organização da pauta da próxima reunião;
- VII. Comunicações breves e franqueamento da palavra.

Parágrafo único. Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

**agir**

Art. 9.º A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhadas das tomadas de decisões e registro em atas.

Art. 10.º Após a leitura do parecer, o Presidente, ou seu substituto deve submetê-lo à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 1.º O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.

§ 2.º O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária.

§ 3.º Após entrar em pauta, a matéria deverá, obrigatoriamente, ser votada no prazo máximo de uma reunião.

Art. 11.º Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 12.º As deliberações serão divulgadas por meio de boletins eletrônicos ou escritos.

CAPÍTULO III DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 13.º. São atribuições do presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- I. Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
- II. Indicar seu vice-presidente e o secretário;
- III. Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- IV. Suscitar pronunciamento da Comissão quanto às questões relativas à Humanização;
- V. Participar nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- VI. Coordenar as atividades de promoção de humanização;
- VII. Indicar membros pertencentes ou não à Comissão para realização de estudos, levantamentos.

Art. 14.º. Caberá aos membros da Comissão:

- I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV. Executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- V. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão;
- VI. Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da Comissão de Humanização;
- VII. Deliberar e votar, em discussões colegiadas, sobre projetos, ações e atividades;
- VIII. Planejar, conjuntamente com os membros transitórios, as ações a serem desenvolvidas,

agir



incluindo o levantamento/detalhamento de recursos humanos, financeiros, materiais e outros, necessários à execução das atividades/programas que forem de sua responsabilidade;

IX. Monitorar e/ou acompanhar as ações desenvolvidas por membros transitórios em atividades/programas que forem de sua responsabilidade.

Parágrafo único. Os membros titulares, caso não possam comparecer à reunião ordinária ou extraordinária poderão indicar um membro suplente de sua confiança e que poderão deliberar e assumir responsabilidades.

Art. 15º – Aos membros transitórios cabem:

- I – Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da Comissão;
- II – Comparecer às reuniões quando solicitados;
- III – Conduzir ações específicas designadas pela gestão da comissão;
- IV – Propor ações, programas e projetos a serem avaliados em colegiado;
- V – Planejar, conjuntamente com os membros efetivos as ações a serem desenvolvidas incluindo o levantamento/detalhamento de recursos humanos, financeiros, materiais e outros, necessários à execução das atividades/programas que forem de sua responsabilidade;
- VI – Elaborar relatórios apresentando os resultados das ações desenvolvidas, indicadores e propor eventuais sugestões de melhoria.

Art. 16º. Caberá ao secretário da Comissão:

- I. Organizar a ordem do dia;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Providenciar a execução das decisões determinadas;
- IV. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- V. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- VI. Elaborar relatório semestral das atividades da Comissão; Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 17º. Compete à Comissão:

- I. Estabelecer estratégias e mecanismos que fomentem práticas assistenciais humanizadas;
- II. Elaborar a política de humanização institucional, traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para as ações de humanização;
- III. Buscar estratégias de comunicação e integração na relação entre os diferentes setores e entre usuários, familiares/acompanhantes e profissionais de saúde;

**agir**

- IV. Promover o fluxo de propostas e deliberações no âmbito da humanização;
- V. Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;
- VI. Avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda serão desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de humanização propostos;
- VII. Estimular a participação de colaboradores, da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização dos serviços;
- VIII. Criar, revisar e atualizar fluxos, rotinas e processos no âmbito das atividades de humanização e promover ajustes organizacionais que favoreçam a oferta do cuidado centrado na pessoa;
- IX. Desenvolver mecanismos para captação de recursos, estabelecer parcerias, alianças estratégicas e articular com as diversas frentes de trabalho, segundo regras de *compliance* definidas pela AGIR, na intenção de garantir a sustentabilidade e exequibilidade das ações propostas;
- X. Acompanhar, mediar, estimular e apoiar os responsáveis pelas ações/ atividades/ programas mensurando os resultados dessas iniciativas para compor o relatório semestral, com indicadores de resultados que traduzam a eficácia, efetividade e eficiência do programa operacionalizado.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18º. O Administrativo proporcionará a infraestrutura necessária para assegurar o suporte técnico, científico e operacional, indispensáveis à eficiência da Comissão.

Art. 19º. A Comissão, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 20º. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão em reunião para isto convocada, com a presença da Diretoria da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Art. 21º O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.



2.1.15.2.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Humanização

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO												
Ações/Atividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno												
2.Reunião de planejamento anual												
3.Reuniões ordinárias mensais da Comissão												
4. Apresentação de relatório para Direção Geral)												

2.1.15.3 Núcleo de Vigilância Epidemiológica - NVE

2.1.15.3.1 Proposta de Constituição do Núcleo de Vigilância Epidemiológica - NVE

Considerando que a Unidade é importante fonte para a notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, principalmente os casos mais graves, e que a investigação epidemiológica desses casos pode demonstrar o surgimento de novas doenças ou mudanças na história natural de uma doença ou no seu comportamento epidemiológico, com impacto para a saúde pública no município, a AGIR propõe a implantação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica - NVE na Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás.

Esta proposta tem como base, principalmente, as legislações:

- Portaria GM/MS nº 1.693, de 23 de julho de 2021, que institui a Vigilância Epidemiológica Unidade e a define como um conjunto de serviços, no âmbito Unidade, que proporciona o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde;
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a execução de ações de

vigilância epidemiológica como uma das atribuições do SUS, e;

- Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências.

O NVE estará diretamente ligado à Diretoria Geral Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás e apresentará, minimamente, a seguinte composição:

- 1 (um) Enfermeiro;
- 2 (dois) Técnico de Enfermagem;
- 1 (um) Agente Administrativo.

2.1.15.3.2 Proposta de Regimento Interno do Núcleo de Vigilância Epidemiológica – NVE

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - NVE

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Este Regimento visa organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Unidade - NVE Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás - POLICLÍNICA.

Art. 2º Este Regimento atende às normas instituídas pelo Ministério da Saúde - MS, por meio da Portaria nº 2.529/2004 e Portaria nº 2.254/2010, além da Portaria nº 1.693/2021. Esta última institui a Vigilância Epidemiológica em âmbito Unidade, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, bem como os critérios para a qualificação das Unidades de referência nacional e, também, define o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos NVE.

Art. 3º O conteúdo deste Regimento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do NVE e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

Art. 4º O NVE tem por finalidade a detecção, a notificação e a investigação dos agravos constantes da Portaria GM/MS nº 2.254/2010, em estreita articulação com a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, bem como a detecção de óbitos de mulheres em idade fértil, de óbitos maternos declarados, de óbitos infantis e fetais, de óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida. Este Núcleo deve, também, auxiliar na elaboração de treinamento de profissionais que atuam no POLICLÍNICA para educação em



relação às doenças de notificação.

Art. 5º As ações do NVE terão por objetivo detectar, de modo oportuno, as doenças transmissíveis e os agravos de importância nacional ou internacional, bem como a alteração do padrão epidemiológico em regiões estratégicas do país, desenvolvida em estabelecimentos de saúde Unidades, que atuarão como unidades sentinelas para a Rede de Vigilância Epidemiológica Unidade Nacional - REVEH.

CAPÍTULO II DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6º Na organização, são atribuições do NVE:

- I. Elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa em pacientes internados ou atendido em pronto-socorro e ambulatório para a detecção de Doenças de Notificação Compulsória - DNC e/ou eventos de saúde pública - como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida e outros decorrentes de desastres ou acidentes;
- II. Realizar notificação compulsória imediata em até 24 horas ao primeiro nível hierárquico superior, para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata, segundo normas e procedimentos estabelecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS, Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul - SES/MS e Secretaria Municipal de Saúde de Dourados - SMS;
- III. Notificar e investigar as DNC, no âmbito Unidade, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas e digitá-las no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN e demais sistemas de informação oficiais do MS;
- IV. Realizar investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos constantes da Portaria de Consolidação GM/MS nº 04/2017 - alterada pela Portaria GM/MS nº 1.061/2020 - detectados no ambiente Unidade, em articulação com a SMS e com a SES/MS, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/MS;
- V. Realizar as atividades de investigação de casos, surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito Unidade;
- VI. Monitorar e participar da investigação de óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil, ocorridos no ambiente Unidade, em conjunto com a Comissão de Verificação de Óbitos Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás e em articulação com a SMS e com a SES/MS, nos termos da Portaria GM/MS nº 2.254/2010;
- VII. Monitorar e participar da investigação dos óbitos fetais e infantis ocorridos no ambiente Unidade, em conjunto com a CVO e em articulação com a SMS e com a SES/MS, nos termos da Portaria GM/MS nº 2.254/2010;
- VIII. Consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente Unidade,

agir



- subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores;
- IX. Promover um trabalho integrado com o laboratório da Unidade e com outros laboratórios de referência, bem como serviços de anatomia patológica, estabelecendo fluxo interno de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC e eventos de importância em saúde pública;
- X. Incentivar o envio de material para necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos e anatomopatológicos, em casos de óbito por causa mal definida;
- XI. Estabelecer um fluxo de informação com a farmácia para recebimento de informação de pacientes em uso de medicamentos próprios de DNC;
- XII. Disponibilizar a integração com o serviço de arquivo médico e a Comissão de Revisão de Prontuários - CARP da Unidade para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e outros registros de atendimento;
- XIII. Desenvolver processo de trabalho integrado com os setores estratégicos da Unidade, tais como Núcleo de Segurança do Paciente, Serviço de Arquivo de Prontuário, Comissão de Revisão de Prontuário, Comissão de Verificação de óbitos, Comissão de Controle de Infecção Unidade e Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde em Serviços de Saúde, para fins de implementação das atividades de vigilância epidemiológica;
- XIV. Monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbimortalidade Unidade;
- XV. Realizar estudos epidemiológicos complementares das DNC no ambiente Unidade;
- XVI. Elaborar e divulgar, periodicamente, relatórios das doenças notificadas no hospital e realizar, sistematicamente, reuniões com as equipes médicas e de outros profissionais;
- XVII. Promover capacitação continuada dos profissionais do serviço sobre o preenchimento das fichas de notificação e investigação do SINAN, declarações de óbitos e de nascidos vivos;
- XVIII. Proporcionar campo de estágio em vigilância epidemiológica no ambiente Unidade para residentes e alunos de cursos de especialização ou curso técnico profissionalizante;
- XIX. Contribuir para o desenvolvimento do ensino e da pesquisa na área de vigilância epidemiológica em âmbito Unidade;
- XX. Avaliar as ações desenvolvidas, utilizando indicadores de qualidade nas dimensões estrutura, processo e resultado;
- XXI. Elaborar relatórios trimestrais de desempenho do NVE e de perfil de morbimortalidade Unidade das DNC, em instrumento e fluxo padronizado pelos órgãos governamentais responsáveis;
- XXII. Elaborar e encaminhar à Vigilância Epidemiológica Unidade da SES-MS - VEH/SES-MS a Programação Anual das Atividades e relatório das atividades realizadas, em instrumento e fluxo padronizado;
- XXIII. Promover um trabalho integrado com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do

município de Dourados.

XXIV. Realizar reuniões mensais, sendo que o NVE estabelecerá a necessidade de reuniões extraordinárias.

XXV. Para cada reunião realizada se lavrará ata, que será subscrita pelo Presidente e demais participantes.

Parágrafo único - As atividades complementares que envolvam outros usos da epidemiologia em âmbito Unidade poderão ser desenvolvidas pelos NVE dos hospitais de referência, de acordo com as prioridades definidas pelos gestores estadual e municipal, desde que seja assegurada a adequação técnica e quantitativa da equipe lotada no NVE.

Art. 7º O NVE de hospitais públicos estaduais e regionais sob gestão direta da SES/MS ou de Organizações Sociais estarão vinculadas, tecnicamente, à VEH/SES-MS.

Art. 8º A Vigilância Epidemiológica Unidade deverá ter seu funcionamento e processo de trabalho normatizado por Regimento Interno e os procedimentos operacionais padrões realizados pelos NVE deverão estar registrados em meio eletrônico ou impresso.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 9º O NVE é constituído pelos seguintes profissionais:

- 1(um) Enfermeiro;
- 2 (dois) Técnico de Enfermagem;
- 1(um) Agente Administrativo.

Art. 10 Compete ao Enfermeiro do NVE:

- I. Coordenar os trabalhos do NVE;
- II. Representar a instituição, sempre que necessário, no que se refere à vigilância epidemiológica das doenças, eventos e agravos, perante outras entidades;
- III. Supervisionar e/ ou realizar a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos, em colaboração com as equipes das unidades envolvidas, por meio do método de busca ativa para pacientes internados e ambulatoriais;
- IV. Supervisionar e revisar os casos levantados durante a vigilância epidemiológica;
- V. Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos de DNC, em colaboração com as equipes das unidades envolvidas;
- VI. Notificar a SVS/MS as DNC detectadas no âmbito Unidade, de acordo com os instrumentos e fluxos de notificações definidos;
- VII. Fornecer a taxa mensal de DNC das unidades sob vigilância;
- VIII. Assessorar a Direção Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás sobre as questões

relativas ao NVE;

- IX. Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa dos agravos em serviços de saúde;
- X. Manter-se atualizado na área de vigilância epidemiológica;
- XI. Divulgar, diariamente, os resultados de exames em andamento a respeito de pacientes internados e ambulatoriais sob vigilância epidemiológica;
- XII. Realizar capacitação sobre vigilância epidemiológica para colaboradores;
- XIII. Elaborar normas para vigilância epidemiológica;
- XIV. Elaborar, em conjunto com as equipes envolvidas, protocolos para vigilância epidemiológica das doenças, eventos e agravos;
- XV. Cumprir e fazer cumprir as decisões do NVE;
- XVI. Cumprir e fazer as determinações das normas vigentes;
- XVII. Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno do NVE.

Art. 11 Compete ao Técnico de Enfermagem do NVE:

- I. Proceder à investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos, em colaboração com as equipes das unidades envolvidas, por meio do método de busca ativa para pacientes internados e ambulatoriais;
- II. Revisar os casos levantados durante a vigilância epidemiológica;
- III. Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos de DNC, em colaboração com as equipes das unidades envolvidas;
- IV. Notificar a SVS/MS as DNC detectadas no âmbito Unidade, de acordo com os instrumentos e fluxos de notificações definidos;
- V. Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa dos agravos em serviços de saúde;
- VI. Divulgar, diariamente, os resultados de exames em andamento a respeito de pacientes internados e ambulatoriais sob vigilância epidemiológica;
- VII. Realizar capacitação sobre vigilância epidemiológica para colaboradores;
- VIII. Elaborar, em conjunto com as equipes envolvidas, protocolos para vigilância epidemiológica das doenças, eventos e agravos;
- IX. Manter-se atualizado na área de vigilância epidemiológica;
- X. Cumprir e fazer cumprir as decisões do NVE;
- XI. Cumprir e fazer as determinações das normas vigentes.

Art. 12 Compete ao Agente Administrativo do NVE:

- I. Manter atualizado os indicadores aplicados ao serviço;
- II. Realizar, diariamente e conforme demanda, o registro das fichas de notificação compulsória no SINAN;
- III. Preparar relatório de envio das fichas de notificação compulsória para os órgãos de saúde;

agir



- IV. Realizar ata de reunião em documento eletrônico, sempre que necessário;
- V. Participar das atividades diárias do NVE.

Art. 13 Este regimento entrará em vigor na data da sua aprovação e publicação.

2.1.15.3.3 Cronograma de Atividade Anual do Núcleo de Vigilância Epidemiológica - NVE

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA												
Ações/Atividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.Criação do Núcleo e aprovação do Regimento Interno												
2.Reunião de planejamento anual												
3.Reuniões ordinárias do Núcleo												
4.Definição de protocolos para notificações de agravos e coleta de amostras												
5.Treinamentos sobre os agravos de notificação compulsória para as equipes assistenciais												
6. Apresentação institucional dos indicadores do núcleo												

2.1.15.4 Comissão de Ética em Enfermagem

2.1.15.4.1 Proposta de Constituição da Comissão de Ética em Enfermagem

Membros e Finalidade

A Comissão de Ética em Enfermagem - CEE tem por finalidade pautar a atuação dos profissionais de enfermagem, assim como permear em ações educativas, opinativas, consultivas, fiscalizadoras e de assessoramento nas questões éticas do exercício da profissão, nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

Em conformidade com a Resolução COFEN nº 593/2018 é obrigatória a criação e funcionamento de Comissão de Ética de Enfermagem em instituições com no mínimo 50 (cinquenta) profissionais de enfermagem em seu quadro de colaboradores. Quando constituída é, portanto, um órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem - COREN, de caráter permanente, com pleno exercício de suas funções na Unidade de saúde a qual pertence, a saber:

- Representar o COREN/GO junto à Unidade;
- Divulgar o Código de Ética de Enfermagem e demais normas disciplinares do exercício profissional;
- Orientar a equipe de Enfermagem a desenvolver a assistência com qualidade e dentro dos pressupostos éticos e legais;
- Prestar consultoria e orientações sobre assuntos referentes às questões éticas;
- Promover medidas educativas e eventos para orientação dos profissionais de Enfermagem sobre os problemas, desafios e limites na prestação da assistência de Enfermagem em consenso com os princípios éticos;
- Participar de eventos com a finalidade de aprimoramento e atualização, buscando uma assistência de Enfermagem com qualidade e isenta de riscos.

A CEE da Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás será constituída por no mínimo 3 (três) e no máximo 11 (onze) profissionais de Enfermagem, facultada a eleição de suplentes, sempre respeitado o número ímpar de efetivos, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem. Terá como participantes:

- Presidente;
- Secretário;
- Membros.

2.1.15.4.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Ética em Enfermagem

agir

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º A Comissão de Ética de Enfermagem - CEE será o órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás - COREN-GO, junto a Policlínica - Região Rio Vermelho - Goiás, estando a ele vinculada. Terá funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem da Unidade, sendo subordinada à Direção Técnica.

Art. 2º A CEE deverá manter sua autonomia na Policlínica, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação ao Enfermeiro Responsável Técnico ou à Supervisão de Enfermagem da Unidade.

Parágrafo Único – Caberá ao Enfermeiro Responsável Técnico prover condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho da CEE.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º A CEE será composta de 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes, eleitos das categorias: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, com vínculo empregatício com a Instituição.

O cargo de Presidente somente poderá ser preenchido por Enfermeiro.

Art. 4º A CEE será instalada obedecendo o seguinte critério de proporcionalidade: 7 (sete) membros efetivos, sendo 4 (quatro) enfermeiros e 3 (três) Técnicos de Enfermagem.

Art. 5º O enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico de Enfermagem da Unidade não poderá participar da CEE.

Art. 6º O tempo de mandato da CEE poderá ser de 3 (três) anos, sendo admitida uma reeleição.

Art. 7º As reuniões serão mensais, sendo que a Comissão estabelecerá a necessidade de reuniões extraordinárias.

Art. 8º Em toda reunião serão lavrados ata e um relatório de reunião, secretariado por um dos membros do grupo.

Parágrafo único – Toda reunião deverá acontecer com a presença de pelo menos 50% mais um dos membros da Comissão, sendo que na ausência do Presidente um dos membros do grupo deverá substituí-lo.

Art. 9º Qualquer membro que deixar de comparecer em 2 (duas) reuniões consecutivas, sem

agir

B

justificativa, será automaticamente desligado da Comissão, assumindo em seu lugar outro profissional interessado.

§ 1º Os membros participantes deverão comunicar a ausência à Comissão até o término de cada reunião.

§ 2º Os membros participantes deverão comunicar antecipadamente sua ausência por ocasião de férias ou licenças.

§ 3º Os membros participantes poderão justificar até duas ausências consecutivas, sendo no máximo de três por semestre.

CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS

Art. 10º Compete à Comissão de Ética de Enfermagem - CEE:

- Divulgar e fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, da Lei e do Decreto acerca do Exercício Profissional, assim como as resoluções emanadas pelo COFEN e Decisões do COREN/GO;
- Colaborar com o COREN/GO na tarefa de discutir, divulgar, educar e orientar os temas relativos à Enfermagem;
- Comunicar ao COREN/GO a ausência de condições de trabalho da equipe de Enfermagem, que venham a comprometer a qualidade da assistência de Enfermagem prestada ao cliente;
- Comunicar ao COREN/GO o exercício ilegal da profissão, bem como quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional ou dispositivos éticos vigentes;
- Instaurar sindicância, instruí-la e elaborar relatório, sem emitir juízo, encaminhando ao Enfermeiro Responsável Técnico, para as providências administrativas, se houver, e ao COREN/GO, conforme norma própria;
- Solicitar, ao Presidente do COREN/GO, apoio técnico quando o fato ocorrido assim o requeira;
- Encerrar a sindicância nos casos de não se constatar indícios de infração ética, arrolando todos os documentos, elaborando relatório para arquivo na Instituição e enviando ao COREN/GO, via web, formulário disponibilizado pelo Conselho;
- Comunicar ao COREN/GO indícios de exercício ilegal, bem como a prática irregular da assistência aos pacientes por qualquer membro da equipe de saúde da Instituição;
- Propor e participar em conjunto com o Responsável Técnico e Educação Continuada de Enfermagem, ações preventivas junto à equipe de enfermagem.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art. 11º Os atos da CEE relativos à sindicância ou fiscalização deverão ser sigilosos.

Art. 12º As deliberações da CEE serão por maioria simples, sendo prerrogativa do Presidente o "voto Minerva" em caso de empate.

Art. 13º As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos neste Regimento.

Art. 14º A sindicância deverá ser instaurada mediante:

- Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;
- Deliberação da própria CEE;
- Determinação do COREN/GO.

Art. 15º Aberta a sindicância, a CEE informará o fato aos envolvidos, procedendo a convocação, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Parágrafo único - O profissional de Enfermagem que não atender às convocações ou solicitações da CEE, deverá ser encaminhado para análise do COREN/GO.

Art. 16º Todos os documentos relacionados com os fatos deverão ser mantidos junto às sindicâncias.

Parágrafo único - O acesso a esses documentos e aos autos será facultado somente às partes à CEE, preservando assim o sigilo.

Art. 17º O Presidente da CEE nomeará os membros que farão parte da sindicância para tomar depoimentos, analisar documentos e elaborar relatório conclusivo, sem emissão de juízo de valor.

Parágrafo único - Caso necessário, a CEE poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 18º Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao COREN/GO, para tramitação competente.

Art. 19º Quando o fato for de menor gravidade e não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir o Código de Ética, poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir relatório para o COREN/GO, por meio da página disponibilizada na *web*.

§ 1º Ocorrendo à conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

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

Art. 20º Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da CEE, o mesmo deverá ser afastado da


agir B

Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

CAPÍTULO V DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 21º Na desistência de um ou mais membros efetivos da CEE, esses serão substituídos automaticamente pelos suplentes, de acordo com o número de votos, comunicando-se o fato ao COREN/GO.

Art. 22º A ausência não justificada a mais de três reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo, sendo convocado o suplente correspondente, comunicando-se o fato ao COREN/GO.

Após o processo eleitoral, o Regimento Interno da CEE da Instituição deverá ser revisado, seguindo um modelo do COREN/GO, adequando-o às especificidades da instituição.

Os casos omissos do Regimento serão discutidos e resolvidos pela formação de um Comitê definido para o fim específico.

O Regimento entrará em vigor após sua publicação.

2.1.15.4.3 Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Ética em Enfermagem

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM												
Ações/Atividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno												
2.Reunião de planejamento anual												
3.Reuniões ordinárias mensais da Comissão												
4. Elaboração de "Cartilha de Educação Ética de Enfermagem"												

5. Organização de atividades formativas para fortalecimento da equipe nas ações centralizadas e/ou descentralizadas sobre conduta ética																				
6. Integração das normas de conduta em programas de capacitação e treinamento para os componentes da Equipe de Enfermagem da Policlínica.																				
7. Monitoramento da observância das normas de conduta.																				
8. Apresentação de relatório para Direção Geral																				

2.2 Qualidade Subjetiva

2.2.1 Acolhimento

2.2.1.1 Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica

O Manual é um documento onde estão descritas, de forma sistemática, as atividades e procedimentos que os serviços desempenham a fim de garantir segurança e qualidade das tarefas a serem executadas. Ele é utilizado como um guia dos processos, que também contribui com a correção de problemas.

A Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto - Região Rio Vermelho - Goiás disporá de atendimento a pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual para as linhas assistenciais contratualizadas, de segunda a sexta-feira, 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica.

A AGIR reforça o compromisso de ativar o serviço de Terapia Renal Substitutiva, ainda não

agir

implantada na Unidade, de forma, o funcionamento poderá se dar também em outros turnos e/ou dias da semana estendidos, de acordo com autorização da SES-GO.

MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO

Considerando a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, em substituição à Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, que trata do imediatismo das Notificações Compulsórias de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados, soma-se a este Manual a indicação das formas de notificação. Busca-se estabelecer que esta etapa de identificação dos casos elegíveis à notificação compulsória ocorra ainda no Acolhimento do paciente na Unidade.

A notificação compulsória tem sido a principal fonte da vigilância epidemiológica, a partir da qual, na maioria das vezes, desencadeia-se o processo informação-decisão-ação. A seleção das doenças/agravos para compor a lista de notificação nacional é estabelecida pelo MS e periodicamente revisada, tanto pela situação epidemiológica da doença/agravo, como pela emergência de novos agentes.

É papel da vigilância epidemiológica fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, disponibilizar informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer o comportamento da doença ou agravo, de forma a desencadear intervenções pertinentes com oportunidade e eficácia.

Segundo o MS, são funções da Vigilância Epidemiológica, a saber:

- coleta de dados;
- processamento dos dados coletados;
- análise e interpretação dos dados processados;
- recomendação das medidas de controle apropriadas;
- promoção das ações de controle indicadas;
- avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- divulgação de informações pertinentes.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é o sistema a ser alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, segundo a Portaria GM/MS nº 420, de 02 de março de 2022. Dessa forma, é possível contribuir para a identificação e análise



epidemiológica de determinada área geográfica, bem como para o seu planejamento em saúde.

O registro da notificação no SINAN é realizado por meio de 2 (dois) módulos:

1.Individual/Investigação: agravos compulsórios e agravos de interesse nacional que apresentam a Ficha de Notificação e de Investigação padronizados pela SVS;

2.Individual/Conclusão: agravos de interesse estadual e municipal que apresentam a Ficha de Notificação e o módulo de conclusão.

A Ficha Individual de Notificação - FIN é preenchida pela Unidade para cada paciente, quando da suspeita e/ou confirmação de agravos e doenças de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Ela será utilizada para registro de notificação negativa, notificação individual por agravo, notificação de surto e de Inquérito de Tracoma.

Segundo a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, conceitua-se:

- **Notificação compulsória:** comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal.
- **Notificação compulsória imediata:** notificação compulsória realizada em até 24 horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;
- **Notificação compulsória semanal:** notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;
- **Notificação compulsória negativa:** comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Listade Notificação Compulsória.
- Todas as notificações deverão ser realizadas pelos profissionais de saúde, no momento do atendimento, mediante casos suspeitos (investigação). Especificamente, na confirmação de algum agravo, os profissionais devem realizar a notificação imediatamente aos órgãos competentes e devem, também, registrá-las imediatamente no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

TIPOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

PORTARIA GM/MS Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	OCORRÊNCIA DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE DOENÇA, AGRAVO OU EVENTO DE SAÚDE PÚBLICA, PODENDO SER IMEDIATA OU SEMANAL.
NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA	REALIZADA EM ATÉ 24 HORAS, A PARTIR DO CONHECIMENTO DA OCORRÊNCIA DE DOENÇA, AGRAVO OU EVENTO DE SAÚDE PÚBLICA, PELO MEIO DE COMUNICAÇÃO MAIS RÁPIDO DISPONÍVEL
NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA SEMANAL	REALIZADA EM ATÉ 7 (SETE) DIAS, A PARTIR DO CONHECIMENTO DA OCORRÊNCIA DE DOENÇA OU AGRAVO
NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NEGATIVA	COMUNICAÇÃO SEMANAL INFORMANDO QUE NA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA NÃO FOI IDENTIFICADO NENHUMA DOENÇA, AGRAVO OU EVENTO DE SAÚDE PÚBLICA CONSTANTE DA LISTA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Figura 75 - Tipos de Notificação Compulsória

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2022.

Propõe-se, para a Policlínica as seguintes normas e rotinas para Notificação Compulsória de Agravos e Doenças:

- No momento do atendimento, o profissional de saúde deverá identificar o caso passível de notificação, sendo estes casos suspeitos (investigação) ou confirmados.
- Ao identificar o caso, o profissional de saúde deverá preencher a aba de notificação compulsória, localizada no prontuário digital da criança ou adolescente, conforme imagem a seguir:



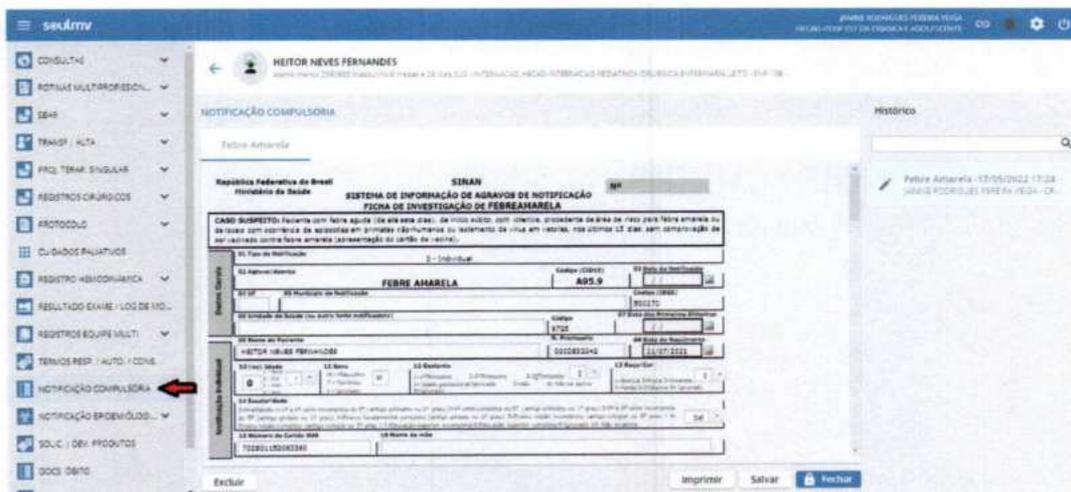


Figura 76 - Modelo de Notificação Compulsória no prontuário digital
 Fonte: Sistema Soul MV.

- Ficará sob responsabilidade do NVE capacitar todos os profissionais da assistência para o olhar atento aos casos notificáveis e autonomia de notificação.
- Uma vez realizada a notificação pelo colaborador assistencial, a informação irá para um banco de dados da vigilância epidemiológica da Unidade.
- Caberá ao NVE dar seguimento ao caso, realizando o registro da ficha no SINAN e notificando os órgãos competentes.
- Para casos de maior urgência, onde seja percebida situação de risco ou vulnerabilidade social do paciente, caberá ao Assistente Social a articulação com órgãos de proteção social, visando a proteção integral do usuário.

MANUAL COM INDICAÇÃO DE RECEPÇÃO

O perfil predominante ambulatorial da Policlínica – Região Rio Vermelho – Goiás, pressupõe que a chegada do paciente na Unidade foi antecedida por um ou mais atendimentos em busca de seu cuidado de saúde. É imprescindível que toda a atenção dispensada ao paciente e/ou familiar na Unidade, esteja em consonância com princípios éticos do SUS, conforme preconizado na PNH.

Desta forma, os profissionais da recepção receberão treinamento e será continuamente enfatizado que a recepção deverá ser um espaço de acolhimento, sendo importante destacar que escuta qualificada - com respeito e atenção - e a capacidade de diálogo como princípio para garantir um processo humanizado, atingindo o objetivo central que é a assistência qualificada ao usuário do SUS.

Levando-se em consideração o princípio de ambiência da PNH, o espaço físico, social, profissional e as relações interpessoais estarão em sintonia com o projeto de saúde voltado

para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nessa perspectiva, a experiência do usuário será vivenciada desde a sua entrada na Unidade.

DIRETRIZES DA PNH

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

agir



Figura 77 - Diretrizes da Política Nacional de Humanização

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, 2022.

A recepção disporá de um totem de senhas, tendo em vista que é um sistema moderno e de fácil uso. O aparelho fará a emissão de senha a partir do serviço buscado pelo paciente para gerenciar as filas de forma organizada e equânime, considerando as prioridades estabelecidas em legislação. A senha regulará a ordem de chegada e o tempo de espera para o serviço que o usuário precisa, porém é preciso considerar que o atendimento será realizado com horário previamente agendado. Uma vez acolhido na recepção, o recepcionista fará o registro e coleta de dados inicial e direcionará o paciente ao serviço que ele necessita.

agir

Questões estruturais da recepção da Unidade serão consideradas na garantia da ambiência da Policlínica, como banheiro acessível e disponibilidade de água potável, proporcionando assim um ambiente de cuidado mais resolutivo e adequado.

Os mobiliários serão confortáveis e suficientes, possibilitando o atendimento do usuário sentado e garantindo a sua privacidade. Serão dispostos para promover a interação entre os profissionais e usuários do serviço.

A Unidade disponibilizará equipamentos que permitirão a informação ao usuário em espera, como por exemplo, televisores veiculando informações em saúde, relógios, murais informativos, placas legíveis com a identificação dos serviços, ouvidoria, dentre outros, lembrando que a espera na recepção será um momento propício para o desenvolvimento de diversos projetos de Educação em Saúde citados anteriormente nessa proposta.

Ainda, como proposta diferencial da AGIR para as Recepções da Policlínica é a contratação de Atendentes de Hospitalidades, trazendo um modelo de recepcionar baseado em:

- Causar uma primeira impressão memorável;
- Realizar contato visual e ser gentil;
- Cumprimentar e dar boas-vindas a cada pessoa recém-chegada;
- Buscar o contato com o paciente e/ou acompanhante;
- Proporcionar imediata recuperação do atendimento;
- Manter linguagem corporal apropriada o tempo todo;
- Preservar a experiência de "encantamento" para o paciente/ acompanhante;
- Agradecer cada pessoa atendida.

O propósito do Atendente de Hospitalidade é criar uma cultura de recepcionar com gentileza. Dentre as estratégias para o bom desenvolvimento do cargo, será estabelecido que o acompanhante avalie seu nível de satisfação ao final do atendimento. Tal avaliação será um indicador monitorado pela gestão, que poderá beneficiar o colaborador com gratificação de remuneração variável.

MANUAL COM INDICAÇÃO DE ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES NA POLICLÍNICA

Com base nas informações sobre a Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho – Goiás, conforme constantes no instrumento de Edital Público, e considerando o perfil das categorias profissionais que se pretende oferecer, faz-se necessário dimensionar profissionais do Serviço Social e Psicologia enquanto partícipe do trabalho de acolhimento do paciente - não apenas enquanto assistência multiprofissional em consultório, mas também enquanto apoio, com orientação social e apoio psicossocial.

Entende-se que os profissionais da recepção, ainda que adotem um perfil acolhedor, não dispõem de conhecimento técnico e específico sobre a Rede de Atenção à Saúde – RAS para oferecer ao paciente. Por meio de um atendimento em nível educativo, reforçando os princípios da humanização, pacientes e familiares serão acolhidos em seus direitos e necessidades de saúde.

I - Orientação Social

Os profissionais do Serviço Social estarão dispostos em salas de atendimento em locais estratégicos, próximo à recepção, de forma que o acesso a eles seja facilitado, evitando qualquer tipo de barreira.

A Orientação Social, oferecida pelo Assistente Social, visará orientar o paciente ou familiar em relação a questões práticas sobre a RAS, fluxos de regulação, fluxo para acesso a insumos e serviços, direitos e deveres junto ao SUS, normas e rotinas da Unidade, contexto de risco e/ou vulnerabilidade social que extrapola a Política de Saúde, etc., buscando sempre a autonomia do usuário diante de seu cuidado de saúde.

Para que a Orientação Social realize a orientação adequada ao usuário, informações socioeconômicas serão coletadas deste. Com vistas a entender melhor os determinantes sociais que envolvem o contexto de saúde do paciente, o profissional buscará compreendê-lo em sua integralidade, para que o profissional, com conhecimento das particularidades da RAS, possa ser assertivo em sua orientação.

O objetivo é que o Assistente Social acolha o familiar, realize as orientações sociais necessárias, proporcionando maior segurança ao paciente e familiar sobre o serviço ofertado, e mediante estabelecimento de vínculo, possa apoiá-lo por meio do acompanhamento psicossocial durante sua permanência no Pronto Atendimento.

II - Apoio Psicossocial

O apoio psicológico, realizado pelo Psicólogo, também será um aliado no processo de acolhimento do paciente e da família, por meio da oferta de suporte emocional, orientação, prevenção, informação, clarificação da informação passada por outros profissionais acerca de diagnóstico, etc, fortalecendo a relação equipe e paciente, conforme diretrizes da PNH e explorando os enfoques biológico, psicológico e social do paciente e da família.

É importante destacar que o apoio psicossocial da Unidade trabalhará na perspectiva de estimular o protagonismo e autonomia dos usuários, apontando caminhos para que ele busque o exercício da cidadania frente à política de saúde e suas demandas.

O apoio psicossocial ao paciente e acompanhantes estarão de fácil acesso, em locais



estratégicos, próximo à recepção, de forma que o acesso aos mesmos seja facilitado, evitando algum tipo de barreira.

2.2.1.2 Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica

A proposta de acolhimento pautada como diretriz da PNH sugere a adoção de uma postura ética, que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.

O processo de produção da saúde compreende as relações de uma intrincada rede de atores, que em aspectos gerais, podem ser divididos em usuários, trabalhadores e gestores da saúde.

Segundo o MS, a humanização pode ser entendida como a valorização desses diferentes sujeitos que participam do cotidiano da construção da saúde pública. Engloba o entendimento aprofundado das singularidades dos mesmos, com vistas à uma assistência mais ampla e personalizada. Requer uma mudança profunda nas relações afetivas e de trabalho dos profissionais de saúde com os usuários, entre os profissionais de saúde, entre gestores, enfim, demanda a construção e/ou sedimentação de um novo fazer, pautado na ética das ações e no respeito à individualidade.

A PNH foi criada em 2003, tendo como referência diversas experiências positivas de gestão/assistência ocorridas dentro da própria rede. Ela se sustenta nos princípios da autonomia e protagonismo dos sujeitos, da corresponsabilidade, do estabelecimento de vínculos solidários, construção de redes de cooperação e da participação coletiva no processo de gestão.

A Humanização pode ser entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. Pressupõe, necessariamente, que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde.

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UMA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO

Na perspectiva do conteúdo citado no tópico anterior, propõe-se a implementação de uma Comissão de Humanização na Policlínica – Região Rio Vermelho - Goiás. O Acolhimento será implantado na Unidade por intermédio desta comissão, reunindo membros de diferentes funções, buscando um olhar integral sobre o usuário e sua experiência ambulatorial.

Os membros da comissão se reunirão para discutir o modo como está sendo realizado o atendimento e acolhimento no serviço, analisando o percurso do usuário desde sua entrada no

serviço de saúde até sua saída, depois do atendimento. Enfim, serão observadas todas as etapas que o paciente percorre e a maneira como ele é atendido em cada uma dessas etapas. Toda essa análise será realizada de forma técnica, crítica e humanizada, com apresentação de propostas de melhorias contínuas.

Para que uma Comissão de Humanização em uma Unidade de assistência ambulatorial seja bem sucedida, é necessário que toda a gestão se adeque a esta nova perspectiva, entendendo que se trata de uma filosofia, uma cultura a ser implantada.

De acordo com o MS, no eixo da gestão do trabalho está a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, seu desenvolvimento e seu crescimento profissional.

Por motivos práticos, para a elaboração desta Comissão, destacam-se as diretrizes e dispositivos que estão mais intimamente ligados com a operacionalização da proposta de Humanização da Policlínica – Região Rio Vermelho – Goiás.

Por dispositivos entende-se a aplicação das diretrizes, visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão, buscando estratégias para que a Comissão de Humanização da Unidade, de acordo com sua posição na RAS, esteja alinhada com as diretrizes do HumanizaSUS.

Por Acolhimento entende-se o processo de se receber o usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que o mesmo expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com as diversas áreas da Unidade e com os outros serviços de saúde.

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. Assim, pretende-se aqui estabelecer junto aos profissionais da Policlínica – Região Rio Vermelho - Goiás, uma cultura de acolhimento, em todas as etapas do processo de cuidado na Unidade. Estratégias como treinamentos, dinâmicas, simulações realísticas, pesquisas com os usuários, e outras ações serão usadas como apoio à proposta.

Como já exposto, o Acolhimento será implantado na Unidade por intermédio de uma comissão específica para essa finalidade, composta por membros de diferentes setores que se reunirão para discutir e analisar todo o percurso do usuário na Unidade, respeitando-se todas as etapas que o paciente percorre e a maneira como ele é atendido em cada uma dessas etapas. Toda essa análise será realizada de forma técnica, crítica e humanizada, com apresentação de propostas de melhorias contínuas.

EQUIPES DE REFERÊNCIA E DE APOIO MATRICIAL

Entende-se por Grupo de Referência e de Apoio Matricial aquele que se constitui por profissionais de diferentes áreas e saberes (interdisciplinar, transdisciplinar), organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço (pacientes que fica sob a responsabilidade desse Grupo/Equipe). Está inserido, num sentido vertical, em uma matriz organizacional, em que as equipes de referência, ao invés de serem um espaço episódico de integração horizontal, passam a ser a estrutura permanente e nuclear dos serviços de saúde.

Desta forma, referenciar o paciente a um grupo matriciador pressupõe acolhê-lo e assisti-lo em um suas demandas numa perspectiva biopsicossocial, responsabilizando-se pelo mesmo, por meio de iniciativas que reforcem a autonomia e cidadania diante de seu cuidado de saúde.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - PTS

O Projeto Terapêutico Singular - PTS parte de um levantamento da individualidade dos sujeitos que procuram atendimento. Nesta abordagem, as discussões sobre os diagnósticos e as propostas de intervenção são compartilhadas e o seguimento do tratamento se dá a partir da construção de contratos terapêuticos que derivam de acordos sobre as possibilidades e demandas inerentes a cada caso.

O PTS configura-se como uma discussão de casos clínicos, proporcionando uma atuação integrada da equipe e considerando aspectos que vão além do tratamento médico. Assim, o usuário é visto na sua totalidade, na dimensão bio-psico-social.

Esta metodologia será implantada pela equipe multiprofissional da Unidade, possibilitando a elaboração de projeto estratégico, com propostas de intervenção, ações e tomadas de decisão quanto a melhor maneira de viabilizar as necessidades do paciente/família.

Para o cumprimento das etapas necessárias ao estabelecimento do PTS, a equipe multiprofissional seguirá 5 momentos, a saber:

- a) Diagnóstico;
- b) Definição de metas;
- c) Divisão de responsabilidades;
- d) Negociação;
- e) Reavaliação.

A implantação de tal metodologia demandará a ação integrada de gestão para garantir o atendimento individualizado, humanizado e ético ao usuário e família, promovendo assim, a melhoria da qualidade de vida e do atendimento prestado na Unidade.

PROJETOS COGERIDOS DE AMBIÊNCIA

A Ambiência refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Na perspectiva do HumanizaSUS os espaços devem privilegiar a confortabilidade, privacidade, interação, garantindo o bem estar de usuários e trabalhadores. Dentro deste entendimento, os Projetos Cogeridos de Ambiência serão implantados na Policlínica – Região Rio Vermelho - Goiás por meio da escuta a todos os envolvidos no processo de produção da saúde na Unidade. Ressalta-se que o manual com indicação de Recepção citado anteriormente traz questões práticas para a proposta de Ambiência da AGIR na Unidade.

2.2.2 Atendimento

2.2.2.1 Proposta para implantação de Serviço de Atendimento ao Usuários

O Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU irá considerar, prioritariamente, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS, partindo da concepção de que gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social.

Para efetivação das diretrizes do ParticipaSUS na Policlínica – Região Rio Vermelho - Goiás será necessária a adoção de práticas e mecanismos que assegurem a participação da comunidade e dos profissionais de saúde.

Estas práticas ampliam a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos, ensejando resultados mais expressivos e duradouros.

Assim, a gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde.

Nesse sentido, o SAU se estabelecerá como uma "Ouvidoria ativa", que irá até a pessoa que é cuidada e oportunizará que esta seja ouvida sobre suas dúvidas, insatisfações, sugestões, elogios e possíveis percepções quanto ao que a Unidade lhe oferta.

Para tal, a rotina do SAU perpassará, principalmente, em estar em meio aos usuários, possibilitando que seja visualizado como uma ferramenta de conexão direta entre o gestor da Unidade e as pessoas assistidas em no serviço.



O interesse do SAU será atuar na defesa dos direitos do cidadão, buscando a melhoria do serviço público, ouvindo seus elogios, sugestões ou reclamações referentes à atuação dos profissionais, qualidade da assistência prestada, instalações físicas, higiene e equipamentos.

Dessa forma, a "busca ativa" será uma rotina importante no serviço, empreendendo visitas *in loco* constantes aos usuários, com cronogramas pré-estabelecidos para esse acompanhamento, contribuindo para a resolução preliminar de queixas que porventura existam.

Mesmo que resolvidas antes de se tornarem reclamações formais, as queixas serão quantificadas e trabalhadas para uma análise crítica dessas mediações, servindo principalmente como instrumento de gestão para a administração da Unidade. Ou seja, todas as manifestações serão documentadas, analisadas e discutidas com a equipe da Unidade para propor ações e mudanças gerenciais, buscando a solução do problema.

Além do atendimento presencial, outros canais poderão ser estabelecidos para maior aproximação com os usuários, como por meio de aplicativos de conversação, telefone e email. O foco é que o SAU seja um facilitador da experiência do paciente para o aperfeiçoamento dos processos internos.

O modelo de estruturação do SAU aplicado pela AGIR fundamenta-se em um estudo preliminar da rotina de atendimentos da Unidade de saúde. A estruturação dos canais e formatos de contato, bem como a metodologia de avaliação desses resultados e sua análise crítica periódica são pontos centrais na Política de Compliance e Qualidade da OSS.

Por fim, ao passo que se estabelece a relação de confiança com as pessoas atendidas, propõe-se a criação do Conselho do Usuário, uma reunião frequente com os usuários atendidos para que estes contribuam com as melhorias que deverão ser implementadas na Unidade, com base em sua experiência. Estes serão convidados, de forma rotineira, a propor soluções e, também, visualizar os resultados daquilo que oportunizaram com suas percepções.

Todas as manifestações serão documentadas e analisadas, contribuindo diretamente para avanços nos processos de trabalho, sendo o manifestante informado sobre as providências tomadas. O usuário poderá se manifestar utilizando as seguintes formas:

- Presencialmente;
- Por e-mail;
- Por telefone;
- Por escrito, por meio de impressos disponíveis em caixas de sugestões que serão espalhadas na Unidade.

O SAU será constituído pela Ouvidoria da Policlínica, pela Pesquisa de Satisfação do Usuário,



Taxa de Resolução de Queixas e por rotinas e protocolos.

Pesquisa de Satisfação – Net Promoter Score – NPS

A Pesquisa de Satisfação do Usuário destinará à avaliação da percepção dos usuários quanto à qualidade dos serviços prestados na Policlínica.

Será um instrumento de aproximação mais específica dos agentes que executam essa atividade, servindo como contato frequente com a população atendida.

O SAU será o responsável pela realização da Pesquisa de Satisfação do Usuário que, por meio de questionário estruturado disponibilizado por toda a Unidade, avaliará mensalmente a qualidade do serviço prestado, sob a ótica dos usuários.

Ao final, os dados serão tabulados, apresentados à Diretoria da Unidade, disponibilizados para análise dos colaboradores e usuários, bem como também serão submetidos à SES/GO, de acordo com a frequência estabelecida.

Coleta de dados: O questionário será composto por perguntas relacionadas à infraestrutura, Acolhimento/Atendimento e avaliação geral da Unidade. Será aplicado mensalmente, abrangendo minimamente 10% dos usuários de linha de contratação da Policlínica – consultas médicas e não médicas especializadas, Terapias especializadas, SADT e outros.

Metodologia: A metodologia utilizada na pesquisa será a *Net Promoter Score - NPS*, que tem como objetivo mensurar a satisfação e nível de recomendação de um serviço por parte dos clientes. O NPS é a pergunta "de 0 a 10, o quanto você indicaria o serviço/unidade para um amigo ou familiar?". Para a aplicabilidade na Policlínica, o questionário será composto por outras perguntas, também com métrica de 0 a 10, e conterá a referida pergunta do NPS.

As respostas dos usuários serão consolidadas e estes serão classificados como:

- Respostas de 0 a 6 - Detratores. Usuários insatisfeitos quanto aos serviços/atendimentos recebidos na Unidade.
- Respostas de 7 a 8 - Neutros. Usuários satisfeitos, mas que se mantêm indiferentes aos serviços/atendimentos recebidos na Unidade.
- Respostas de 9 a 10 - Promotores. Usuários satisfeitos, que consideraram como positiva a experiência com os serviços/atendimentos recebidos na Unidade.

Após a tabulação das respostas, nos 3 (três) grupos, será calculado o NPS, por meio da fórmula:

NPS= % de clientes promotores - % de clientes detratores

De acordo com o resultado do NPS é possível estabelecer uma classificação em 4 (quatro) zonas de classificação, que exemplificam qual o grau de satisfação dos clientes, conforme relacionado abaixo:

agir

- Zona de Excelência – NPS entre 76 e 100;
- Zona de Qualidade – NPS entre 51 e 75;
- Zona de Aperfeiçoamento – NPS entre 1 e 50;
- Zona Crítica – NPS entre -100 e 0.

Tabulação dos dados e elaboração de relatório final: Os resultados serão tabulados de forma geral e por setor da Unidade, de acordo com as zonas. Será elaborado um relatório final com os resultados da pesquisa. Este será encaminhado à SES/GO, conforme período delimitado no Instrumento de contratualização.

Elaboração e acompanhamento de planos de ação: Analisando os resultados e as oportunidades de melhorias, serão elaborados planos de ação. Estes serão registrados em sistema informatizado adotado pela AGIR, permitindo o acompanhamento da execução das ações e os resultados obtidos por elas.

2.2.2.2 Proposta para implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação

Ouvidoria

As ouvidorias são canais democráticos de comunicação destinados a receber manifestações dos cidadãos, incluindo reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitação de informações.

Por meio da mediação e da busca de equilíbrio entre os entes envolvidos - cidadão, unidade de saúde e gestores do SUS -, é papel da Ouvidoria receber a manifestação, efetuar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda e o retorno ao usuário, com o objetivo de propiciar uma resolução adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Assim, as ouvidorias fortalecem o SUS e a defesa do direito à saúde da população, por meio do incentivo à participação popular e da inclusão do cidadão no controle social.

As ouvidorias são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde e produção de informações que subsidiam as tomadas de decisão. O processo de avaliação tem caráter permanente e funciona a partir da perspectiva do usuário do SUS, contribuindo efetivamente para o aperfeiçoamento gradual e constante dos serviços públicos de saúde.

A unidade de Ouvidoria SUS vinculada à SES/GO será parte integrante do SAU a ser implantado pela AGIR na Policlínica – Região Rio Vermelho - Unidade Goiás, como ferramenta de diálogo entre o cidadão, unidade de saúde e gestão do SUS. Para a implantação, são previstos os seguintes passos:

agir

Mobilização para a criação da Ouvidoria

Os gestores da Unidade, os profissionais e a comunidade-alvo deverão estar conscientes da importância e atribuições da Ouvidoria e dispostos a participar do serviço.

Os objetivos e propósitos a serem alcançados deverão estar claros, tais como a forma de participação dos usuários na gestão da Unidade, os requisitos para avaliação da qualidade dos serviços prestados e as informações relevantes para servirem de subsídio para a tomada de decisões por parte dos gestores.

Definição do Organograma

A Ouvidoria, pensada também como uma ferramenta de gestão, será vinculada ao organograma da Unidade, articulada com a Diretoria da Unidade, tendo toda a programação e suporte necessários para sua implantação.

Estruturação da Ouvidoria

Para a operacionalização da Ouvidoria será reservado um espaço físico determinado para tal, de fácil acesso, que permita o atendimento presencial privativo, com mobiliários e equipamentos adequados, linha telefônica e internet.

O seu funcionamento será garantido por meio das seguintes especificações, a saber:

- **Instrumento Normativo:** Será elaborado um instrumento normativo de criação/regulamentação, formalizando o funcionamento do setor, contendo sua localização na estrutura organizacional da Unidade, competências e atribuições, cargos e funções, além de suas rotinas de funcionamento (prazos e fluxos).
- **Recursos Humanos:** serão designados profissionais exclusivos para o serviço, tendo formação e capacitação compatível com a função, sendo esta equipe composta, minimamente, pelo ouvidor e técnicos para a execução das atividades.

Implantação do Sistema OuvidorSUS

Considerando que as Ouvidorias do SUS constituem uma rede interligada de ouvidorias, sob orientação estratégica central da Ouvidoria Geral do SUS - OUVSUS, subordinada à Diretoria de Integridade - DINTEG do MS e que a OUVSUS preconiza a utilização do sistema OuvidorSUS, regulamentado na Portaria GM/MS nº 8/2007, será realizada a solicitação de cadastro da Policlínica à OUVSUS.

Para a utilização do sistema na Unidade, os profissionais da Ouvidoria serão capacitados por meio do acesso ao material informativo do MS, disponível no link <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/ouvidoria-do-sus>, bem como por meio de outros treinamentos que se fizerem necessários.

As demandas recebidas na Unidade serão registradas no sistema OuvidorSUS, respeitando-se

agir

os prazos de resposta/resolução estabelecidos na Portaria GM/MS nº 8/ 2007 e no protocolo da Unidade. As demandas recebidas pela SES/GO também serão trabalhadas de acordo com os documentos citados.

a) Instauração do fluxo do Serviço de Ouvidoria:

- **Recebimento:** As demandas serão recebidas na Ouvidoria de forma presencial, por telefone, e-mail e outros. Poderão, também, ser recebidas diretamente no sistema por encaminhamento da SES/GO.
- **Análise e Registro no OuvidorSUS:** As demandas serão analisadas quanto ao seu teor e registradas no sistema, de acordo com sua classificação e tipificação, conforme manuais disponibilizados pelo MS.
- **Encaminhamento:** Após a análise de suficiência de dados, a demanda será encaminhada para a área responsável pela sua resolução. O encaminhamento deverá ocorrer de acordo com os processos referentes aos fluxos de gestão da informação da Unidade.
- **Acompanhamento:** A Ouvidoria deverá acompanhar o andamento das respostas e resoluções para cumprimento dos prazos estabelecidos, bem como deverá avaliar as respostas recebidas, e encaminhá-las novamente, caso necessitem de qualificação.
- **Resposta ao usuário:** A resposta será registrada no sistema OuvidorSUS, e será informada ao usuário manifestante, de acordo com o modo definido pelo serviço. A demanda será fechada no sistema, mediante resposta satisfatória.

b) Definição de indicadores: serão trabalhados indicadores de desempenho do Serviço de Ouvidoria, sendo definidos os seguintes, inicialmente:

1 - Percentual de reclamações recebidas na ouvidoria: este indicador informará o percentual de reclamações dentre todas as manifestações da Ouvidoria recebidas no mês.

Método do Cálculo: $\frac{\text{número de reclamações recebidas}}{\text{total de atendimentos realizados no mês}} \times 100$

Meta: <5%

A Ouvidoria manterá registro das manifestações, mediante elaboração de Relatório da Ouvidoria contendo, minimamente, os dados elucidados na tabela abaixo:

Tabela 1 - Modelo de Relatório de Ouvidoria

Nome	Data	Número da Demanda	Tipo da Demanda	Descrição da Demanda	Setor	Prazo para resposta	Resposta

agir

2 -Taxa de resolução de queixas: compreende o percentual de queixas solucionadas no mês. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

Método do Cálculo: $\frac{\text{número de queixas solucionadas}}{\text{total de queixas recebidas no mês}} \times 100$

Meta: >80%

A Ouvidoria manterá registro das queixas, mediante elaboração de Relatório de Resolução de Queixas contendo, minimamente, os dados conforme tabela a seguir:

Tabela 2 - Modelo de Relatório de Resolução de Queixas

Nome	Data	Manifestação	Setor	Resposta	Prazo para Resolução da Queixa	Providência tomada

2.2.2.3 Proposta de formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores

A PNH traz um novo conceito que busca tornar a experiência do paciente mais confortável, melhorando suas relações com os familiares e com o ambiente externo. A ideia é tornar gestores, profissionais da saúde e usuários do SUS comprometidos e corresponsáveis por um cuidado humanizado e uma relação mais próxima entre os envolvidos.

Assim, ações e iniciativas de humanização propostas e implantadas pela AGIR percorrerão todos os setores da Policlínica. Enquanto estiver em atendimento na Unidade, o paciente poderá permanecer em período integral com o acompanhante de sua preferência, que pode ser um familiar ou pessoa com quem mantenha vínculo afetivo.

O acompanhante deverá ter idade igual ou superior a 18 anos e deverá ser, preferencialmente, familiar de primeiro grau, alguém que tenha vínculo afetivo com o paciente, tenha carinho e paciência, além de condições emocionais para resolução de questões práticas e burocráticas.

Será recomendado que os acompanhantes não seja indivíduos que se enquadrem nos grupos de risco (maiores de 60 anos, obesos, hipertensos, diabéticos, com imunidade baixa ou com doenças pulmonares ou cardíacas), que sendo o perfil da Unidade ambulatorial, de baixa e média complexidade.

agir

Pretende-se implantar na Policlínica um modelo de assistência acolhedora aos pacientes e acompanhantes, com suporte e apoio durante toda a permanência na Unidade, que deve ser iniciado ainda na Recepção com a equipe de Acolhimento, que será treinada conforme os preceitos da PNH acerca da escuta qualificada com respeito e atenção, considerando que a Unidade é referência para 04 (quatro) regiões de saúde (Regiões de Saúde Central, Rio Vermelho, Oeste I e Oeste II) com abrangência para oferta de atendimento à 72 Municípios.

Todos os colaboradores da Unidade serão capacitados na perspectiva de garantir ao usuário e acompanhante o direito à informação sobre sua saúde. Além disso, eles serão instruídos no que se refere ao dever de divulgar informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, conforme previsto na Lei nº 8.080/1990 e Portaria GM/MS nº 1.820/2009.

Para garantir um cuidado humanizado para pacientes e acompanhantes, todos os consultórios de atendimento ambulatorial da Policlínica terão 2 (duas) cadeiras, de forma a receber de forma confortável paciente e acompanhante.

Além disso, será implantado ambientação par os consultórios e áreas de atendimento dedicados ao paciente pediátrico/infantil decorados com tatames coloridos, brinquedos e ferramentas de trabalho lúdicas que facilitem a adesão do paciente ao serviço ofertado.

A proposta de acolhimento pautada como diretriz da PNH sugere a adoção de uma postura ética, que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.

O processo de produção da saúde compreende as relações de uma intrincada rede de atores, que em aspectos gerais, podem ser divididos em usuários, trabalhadores e gestores da saúde.

Segundo o MS, a humanização pode ser entendida como a valorização desses diferentes sujeitos que participam do cotidiano da construção da saúde pública. Engloba o entendimento aprofundado das singularidades dos mesmos, com vistas à uma assistência mais ampla e personalizada. Requer uma mudança profunda nas relações afetivas e de trabalho dos profissionais de saúde com os usuários, entre os profissionais de saúde, entre gestores, enfim, demanda a construção e/ou sedimentação de um novo fazer, pautado na ética das ações e no respeito à individualidade.

A PNH foi criada em 2003, tendo como referência diversas experiências positivas de gestão/assistência ocorridas dentro da própria rede. Ela se sustenta nos princípios da autonomia e protagonismo dos sujeitos, da corresponsabilidade, do estabelecimento de vínculos solidários, construção de redes de cooperação e da participação coletiva no processo de gestão.

**agir**

A Humanização pode ser entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. Pressupõe, necessariamente, que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde.

Como já exposto, o Acolhimento será implantado na Unidade por intermédio de uma comissão específica para essa finalidade, composta por membros de diferentes setores que se reunirão para discutir e analisar todo o percurso do usuário na Unidade, respeitando-se todas as etapas que o paciente percorre e a maneira como ele é atendido em cada uma dessas etapas. Toda essa análise será realizada de forma técnica, crítica e humanizada, com apresentação de propostas de melhorias contínuas.

Proposta de Implantação de uma Comissão de Humanização

Na perspectiva do conteúdo citado no tópico anterior, propõe-se a implementação de uma Comissão de Humanização na Policlínica Regional – Unidade Goiás. O Acolhimento será implantado na Unidade por intermédio desta comissão, reunindo membros de diferentes funções, buscando um olhar integral sobre o usuário e sua experiência ambulatorial.

Os membros da comissão se reunirão para discutir o modo como está sendo realizado o atendimento e acolhimento no serviço, analisando o percurso do usuário desde sua entrada no serviço de saúde até sua saída, depois do atendimento. Enfim, serão observadas todas as etapas que o paciente percorre e a maneira como ele é atendido em cada uma dessas etapas. Toda essa análise será realizada de forma técnica, crítica e humanizada, com apresentação de propostas de melhorias contínuas.

Para que uma Comissão de Humanização em uma Unidade de assistência ambulatorial seja bem sucedida, é necessário que toda a gestão se adeque a esta nova perspectiva, entendendo que se trata de uma filosofia, uma cultura a ser implantada.

De acordo com o MS, no eixo da gestão do trabalho está a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, seu desenvolvimento e seu crescimento profissional.

Por motivos práticos, para a elaboração desta Comissão, destacam-se as diretrizes e dispositivos que estão mais intimamente ligados com a operacionalização da proposta de Humanização da Policlínica Regional – Unidade Goiás.

Por dispositivos entende-se a aplicação das diretrizes, visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão, buscando estratégias para que a Comissão de Humanização

agir



da Unidade, de acordo com sua posição na RAS, esteja alinhada com as diretrizes do HumanizaSUS.

Por Acolhimento entende-se o processo de se receber o usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que o mesmo expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com as diversas áreas da Unidade e com os outros serviços de saúde.

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuramos serviços de saúde. Assim, pretende-se aqui estabelecer junto aos profissionais da Policlínica Regional – Unidade Goiás, uma cultura de acolhimento, em todas as etapas do processo de cuidado na Unidade. Estratégias como treinamentos, dinâmicas, simulações realísticas, pesquisas com os usuários, e outras ações serão usadas como apoio à proposta.

Desta forma, a AGIR propõe as seguintes iniciativas para a Policlínica, com vistas ao acolhimento para os colaboradores, usuários e acompanhantes, especialmente aos residentes em localidade diversa.

Proposta de Formas de Acolhimento para Usuários e Acompanhantes

1. Ambiente Acolhedor e Estrutura de Apoio

- **Sala de Espera Humanizada:** Criação de uma sala de espera equipada com poltronas confortáveis, música ambiente suave e televisão com conteúdo educativo. A oferta de água, café e chá poderá ser implementada, a fim de aumentar o conforto dos acompanhantes e pacientes que permanecem por longos períodos na unidade.
- **Espaço para Crianças:** Montagem de um espaço infantil nas áreas comuns, com brinquedos educativos e mesas para desenho, que possam entreter as crianças enquanto aguardam o atendimento.
- **Wi-Fi de acesso livre:** Disponibilização de Wi-Fi gratuito para que acompanhantes e pacientes possam acessar informações e se comunicar com familiares enquanto aguardam atendimento.

2. Apoio Psicossocial e Informativo

- **Serviço de Apoio Psicológico:** Disponibilização de um serviço de apoio psicossocial para acompanhantes e pacientes, com possibilidade de atendimento breve para ajudar a lidar com a ansiedade e o estresse da espera ou do tratamento.
- **Informações Visuais e Materiais:** Desenvolvimento de cartazes e folhetos informativos sobre os direitos dos usuários e acompanhantes, o funcionamento da Policlínica, o cronograma de atendimento e dicas de cuidados de saúde. O objetivo é manter os usuários informados e integrados ao processo de cuidado.

agir

B

3. Acompanhamento de Pacientes Residentes em Locais Distantes

- **Organização do Transporte para Retorno:** Para pacientes e acompanhantes que dependem de transporte público e residem em municípios distantes, a Policlínica pode coordenar o agendamento dos horários de saída de forma a otimizar o uso dos transportes disponíveis. Isso também ajuda a evitar longos períodos de espera ao final do atendimento.
- **Área de Descanso Temporária:** Criação de um espaço para descanso para aqueles que, por motivos de transporte, precisam aguardar por longos períodos. Este espaço pode ser equipado com poltronas reclináveis, garantindo um ambiente tranquilo.

Proposta de Acolhimento para Colaboradores

1. Programa de Bem-Estar para Colaboradores:

- **Sala de Descompressão:** Um espaço onde os colaboradores possam fazer pausas, com sofás, música relaxante, e até mesmo a oferta de lanches saudáveis e chá. Isso pode melhorar o bem-estar mental e físico dos profissionais que trabalham longas horas.
- **Rodízio de Funções para Redução do Estresse:** Proposta de rodízio entre funções administrativas e atendimento ao público, com o objetivo de reduzir o desgaste emocional de quem lida diretamente com pacientes e familiares em situações delicadas.

2. Treinamentos e Capacitação Continuada:

- **Cursos de Humanização e Atendimento ao Público:** Continuação do treinamento com enfoque em comunicação empática, resolução de conflitos e atendimento humanizado, visando capacitar os colaboradores para lidar melhor com as necessidades e angústias dos usuários.
- **Ações de Valorização do Profissional:** Programas de reconhecimento e valorização dos colaboradores que se destacam no atendimento humanizado e acolhimento, promovendo a motivação e o compromisso com a excelência.

Desta forma, a AGIR, com essas iniciativas, objetiva criar um ambiente mais acolhedor e humanizado, tanto para os pacientes quanto para os colaboradores, promovendo a integração e o bem-estar de todos os envolvidos no processo de atendimento e cuidado assistencial.

Conduta para Acompanhante idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente.

Vale ressaltar que será sempre preconizado as condutas conforme previsão da legislação vigente para idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais.

agir



2.2.2.4 Plano/projeto para implantação do Sistema de Contra Referência à Atenção Primária

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando papel fundamental na coordenação e ordenação do cuidado e na garantia da continuidade assistencial. Desta forma, a AGIR propõe à implantação de um modelo integrado aos diferentes níveis de atenção e serviços de média e alta complexidade, respeitando os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS, preconizando e em conformidade com os parâmetros definidos pelo Edital Nº 02/2024 para a gestão da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto.

Objetivo

O objetivo deste plano/projeto é implementar um sistema de referência e contrarreferência na APS, que assegure a continuidade assistencial, ofertando soluções para as diferentes necessidades do usuário, e a eficiência no fluxo de informações e serviços entre os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A proposta visa garantir a integração da APS com os serviços de média e alta complexidade, utilizando fluxos padronizados e protocolos específicos, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, Secretária do Estado da Saúde de Goiás e das exigências do editalícias.

Metodologia

1. Gerenciamento do Fluxo de Pacientes e Prioridade

Referência: Todos os pacientes que necessitarem de encaminhamento para a Policlínica ou outras unidades especializadas serão referenciados por meio de guias padronizadas e agendamentos via Regulação Estadual, garantindo um fluxo organizado e evitando deslocamentos desnecessários.

Contrarreferência: Ao término do atendimento na Policlínica ou unidades de média/alta complexidade, os pacientes serão contrarreferenciados para a APS por meio de relatórios clínicos padronizados, que incluirão diagnóstico, tratamento realizado, medicação prescrita e orientações para seguimento. Este processo será monitorado e coordenado pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR), conforme exigido pelo edital.

Prioridade no Atendimento: O sistema de filas será gerido com base em critérios de gravidade, tempo de espera e necessidade clínica, conforme as diretrizes do SUS e do edital, assegurando que os casos de maior urgência sejam priorizados.

2. Integração com a Atenção Primária

A APS será responsável por acompanhar os pacientes que retornam ao sistema após atendimentos especializados, assegurando a continuidade do cuidado. A integração será


agir

facilitada por reuniões periódicas entre os profissionais de saúde da APS e das unidades especializadas, promovendo discussões de casos complexos e alinhamento das condutas clínicas.

A articulação entre a Policlínica e a APS será feita por assistentes sociais e outros profissionais designados, responsáveis por assegurar a transferência segura e eficiente das informações, garantindo que a continuidade do cuidado seja garantida.

3. Capacitação e Educação Permanente

A equipe da APS será capacitada continuamente, com foco em protocolos de referência e contrarreferência, permitindo a adesão aos processos e melhorando a comunicação entre os diferentes pontos de atenção da rede. Oficinas de capacitação e treinamentos serão oferecidos periodicamente, visando à educação permanente e à atualização dos profissionais.

4. Tecnologia e Ferramentas de Monitoramento

O uso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) será essencial para garantir o registro adequado e o acompanhamento contínuo dos pacientes em todos os níveis de atenção. O PEP permitirá que as informações de referência e contrarreferência estejam disponíveis em tempo real para todos os profissionais envolvidos.

Indicadores de desempenho, como tempo de espera para consultas especializadas, efetividade no contrarreferenciamento e adesão aos protocolos, serão monitorados regularmente. Relatórios periódicos serão gerados para avaliar a eficiência do sistema e possibilitar ajustes contínuos.

Resultados Esperados

Os principais resultados esperados incluem:

- Redução do tempo de espera para consultas e procedimentos especializados;
- Aumento da resolubilidade da APS, com redução de encaminhamentos desnecessários;
- Melhoria na comunicação entre os níveis de atenção, garantindo uma assistência integral ao paciente;
- Maior adesão dos profissionais ao sistema de referência e contrarreferência, com melhora no fluxo de pacientes;
- Continuidade do cuidado e redução da fragmentação dos serviços de saúde.

Cronograma de Implantação

Atividade	Período de Execução
Capacitação/Integração das equipes da APS e Policlínica	1º mês
Implantação do sistema de referência e contrarreferência	1º ao 3º mês
Monitoramento e avaliação contínua	A partir da implantação

agir



Conclusão

A proposta de implantação da Atenção Primária à Saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde visa garantir a eficiência e a qualidade no atendimento aos pacientes, respeitando os princípios do SUS e as exigências do Edital Nº 02/2024. Através de um sistema estruturado de referência e contrarreferência, com protocolos bem definidos e profissionais capacitados, buscamos oferecer uma assistência integral e contínua, assegurando a melhor experiência ao usuário do SUS.

agir



EM BRANCO

EM BRANCO

EM BRANCO

agir





**CRITÉRIO 3:
QUALIFICAÇÃO
TÉCNICA**

B

3.1 Experiência Anterior em Gestão de unidade de saúde da proponente

3.1.1 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos

Para atender ao critério acima, os documentos que comprovam a experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos estão disponíveis no **Anexo I**.

3.1.2 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clínica especializada ou similar

Para atender ao critério acima, os documentos que comprovam a experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clínica especializada ou similar por quantidade igual ou superior a 200 leitos estão disponíveis no **Anexo II**.

3.1.3 Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO

Para atender ao critério acima, os documentos que comprovam o certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO estão disponíveis no **Anexo III**.

O valor previsto de isenção auferido referente ao Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), no montante aproximado mensal de R\$211.181,95 (Duzentos e onze mil, cento e oitenta e um reais e noventa e cinco centavos) correspondente a operacionalização e execução dos serviços de saúde da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho - Goiás, sob o gerenciamento e operacionalização da Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde AGIR, que poderão ser revertidos na aplicação de investimento, podendo se dar em infraestrutura, equipamentos da unidade e/ou ampliação da carteira assistencial, quais sejam em melhoria e ampliação das instalações e substituição de equipamentos atuais, conforme alinhamento e validação prévia da Secretária do Estado da Saúde de Goiás.

agir



3.1.4 Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente.

Para atender ao critério acima, os documentos que comprovam o certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente estão disponíveis no **Anexo IV**.

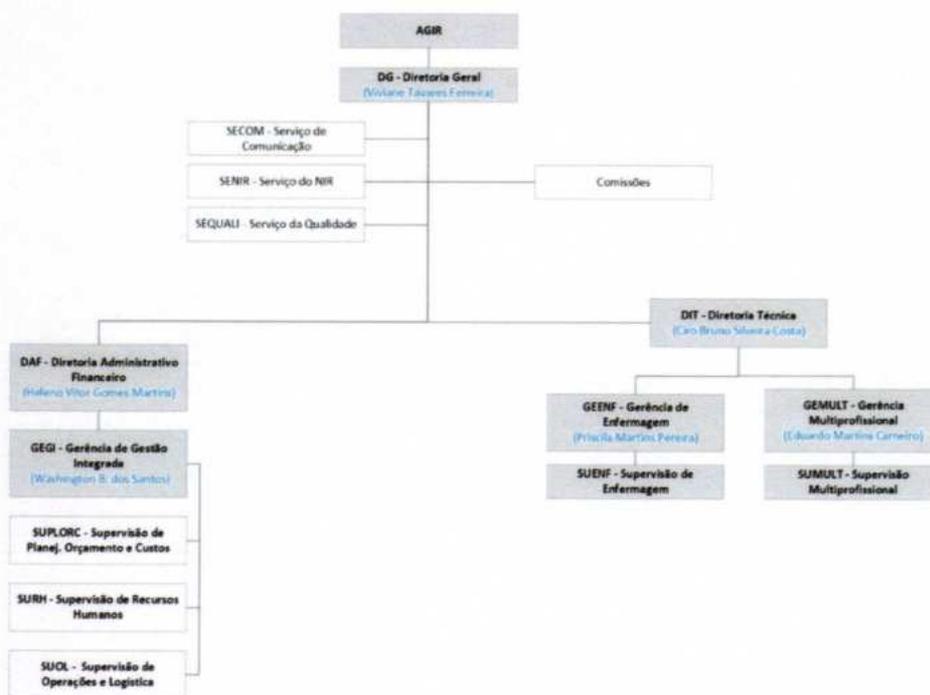
3.2 Estrutura da Gestão

3.2.1 Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo

A. ORGANOGRAMA PROPOSTO PARA UNIDADE POLICLÍNICA CIDADE DE GOIÁS

UNIDADE POLICLÍNICA
Policlínica Cidade de Goiás

Estrutura Organizacional Proposta



Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGR

B. DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO

Os cargos da categoria ocupacional de gestão, de supervisão à diretoria, estão contemplados com as seguintes competências:

COMPETÊNCIAS	
COMPETÊNCIA CORE	
Gestão em Saúde	Capacidade de gerir pessoas, processos e tecnologias (recursos) na execução das atividades e tarefas inerentes ao cargo/função, contribuindo com a estratégia da instituição.
COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL DE ATITUDE	
Aderência Cultural	Se compromete com o propósito, missão, visão, valores e estratégia, atuando como promotor, que reforça a cultura organizacional.
Flexibilidade	Capacidade de agir proativamente, conseguindo se adaptar diante de novas situações e imprevistos, conduzindo as ações de forma adequada às mudanças.
COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL DE ASPECTOS RELACIONAIS	
Comunicação	Habilidade para se comunicar de forma adequada, tanto verbalmente (ao falar e escrever) quanto não verbalmente (através da postura e das expressões). Transmite informações com o objetivo de alcançar resultados e evita se envolver em conversas desnecessárias ou assuntos irrelevantes para o trabalho, prevenindo mal-entendidos e problemas de comunicação.
Trabalho em Equipe	Compreende os processos e estratégias da instituição, sendo capaz de reconhecer o impacto do seu trabalho e o trabalho da equipe com as entregas de outras áreas. Também consegue interagir com a equipe, gestores e clientes de maneira positiva e respeitosa.
COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL FUNCIONAL	
Adesão a Normas e Regulamentos	Compreende e atua de acordo com as normas, diretrizes e regulamentos da Instituição, se comprometendo com as pessoas, processos e contribuindo com a cultura de segurança.
COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL DISTINTIVA	
Visão Sistêmica	Compreende o negócio, os processos e as estratégias da Instituição de forma integrada e é capaz de perceber o impacto do seu trabalho nas outras áreas.
COMPETÊNCIA DE LIDERANÇA	
Liderança (Transformacional)	Realiza gestão da equipe para alcançar as metas e objetivos, apresentando habilidade de inspirar e motivar, ouvindo ativamente, analisando as necessidades e sugestões. Valoriza as melhorias propostas, a fim de transmitir credibilidade e respeito, promovendo mudança e crescimento individual e organizacional.
COMPETÊNCIA DE RESULTADOS	
Entrega de Resultados	Habilidade para alcançar as metas e resultados da sua área, comprometendo-se com as responsabilidades do seu cargo.
COMPETÊNCIA TÉCNICA	
Domínio Técnico	Habilidade de aplicar e aprimorar o conhecimento técnico da sua área, para encontrar as melhores soluções e realizar um trabalho de alta qualidade.

A seguir, está contextualizado cada descrição do cargo, conforme serviços definidos em organograma.

- Diretor (a) Geral
- Diretor (a) Técnico
- Diretor (a) Administrativo Financeiro
- Gerente de Gestão Integrada
- Gerente de Enfermagem
- Gerente Multiprofissional

agir

Handwritten signature

DESCRIÇÃO E ESPECIFICAÇÕES DO CARGO			
CARGO:	DIRETOR (A) GERAL		
ÁREA / SETOR:	DG		
EIXO ORGANIZACIONAL:	ADMINISTRATIVO	CATEGORIA OCUPACIONAL:	GESTÃO
ESTRUTURA / NÍVEL:	DIRETOR	CBO:	1312-05

MISSÃO DO CARGO
<p>Dirigir a unidade, promovendo alinhamento dos processos institucionais e das diretrizes corporativas, garantindo a gestão eficiente e estratégica da unidade hospitalar, assegurando a excelência no atendimento ao paciente, a sustentabilidade financeira e o cumprimento de normas e regulamentos, com o objetivo de promover a saúde e o bem-estar da comunidade atendida.</p>

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES
<p>Dirigir as responsabilidades dos diretores, acompanhando as ações realizadas, para garantir a qualidade e eficiência dos serviços prestados, diariamente.</p>
<p>Dirigir reuniões de alinhamento com os líderes, alinhando as informações junto aos gestores quanto as estratégias do negócio, para que se tenha fluidez no desdobramento das ações em todos os níveis organizacionais, semanalmente.</p>
<p>Estabelecer diretrizes, baseando-se nas metas do Contrato de Gestão, para contribuir com as estratégias institucionais, sempre que necessário.</p>
<p>Estabelecer estratégias para o cumprimento da identidade organizacional, acompanhando os resultados junto ao corpo gestor, para definir melhorias e garantir a prestação dos serviços, diariamente.</p>
<p>Responder pelas ações da unidade, prestando contas ao corporativo e aos órgãos públicos, para garantir transparência e conformidade aos serviços prestados, diariamente.</p>
<p>Interagir com os órgãos governamentais, participando de reuniões e eventos externos, para compartilhar os resultados alcançados, sempre que necessário.</p>
<p>Fomentar as produções e atividades técnico-científicas desenvolvidas na unidade, direcionando às gerências quanto às diretrizes estabelecidas, para fortalecer o ensino e a pesquisa científica, diariamente.</p>
<p>Apoiar as Superintendências nos assuntos técnico-administrativos-assistenciais, realizando análises e pareceres, para subsidiar as decisões estratégicas no âmbito da Unidade, sempre que necessário.</p>
<p>Demais atividades correlatas</p>

ESPECIFICAÇÃO DO CARGO (REQUISITOS DE ACESSO)			
FATORES	GRAU	DESCRIÇÃO	
GRAU DE INSTRUÇÃO:	5	Pós-Graduação Completa em nível Lato Sensu/Stricto Sensu/Residência	
	FORMAÇÃO EM:	Graduação Completa em Administração e/ou áreas afins, com registro no respectivo Conselho. Pós-graduação em Gestão em Saúde e/ou Administração Hospitalar.	
EXPERIÊNCIA:	1	MÍNIMA:	6 meses
	6	DESEJÁVEL:	5 anos e 1 mês a 10 anos
CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS / CERTIFICAÇÕES:	3	O cargo necessita de cursos e/ou capacitações com regularidade frequente e atualizações constantes	
RESPONSABILIDADES POR ERROS:	4	O trabalho exige elevado grau de exatidão, atenção e senso de responsabilidade para evitar erros que podem causar grandes perdas financeiras para a organização, agravo às tarefas e práticas organizacionais, assim como desgaste e prejuízo de sua imagem.	
RESPONSABILIDADES POR GESTÃO:	6	O cargo exerce liderança sobre os cargos de níveis de apoio e/ou técnico e/ou profissional e/ou especialista e/ou gestão.	
RESPONSABILIDADES POR CONTATOS:	4	O cargo tem contatos prioritários com o Conselho de Administração	
RESPONSABILIDADES POR DADOS CONFIDENCIAIS:	4	O cargo proporciona acesso a planos e objetivos de assuntos considerados estritamente confidenciais que, se forem divulgados, poderão causar sérios embaraços e/ou grandes prejuízos financeiros e/ou morais à empresa. Discrição e integridade máximas são requisitos essenciais ao cargo.	
CONDIÇÕES DE TRABALHO:	1	Administrativo - Ambientes administrativos, sem contato direto com assistência e pacientes.	

CONHECIMENTOS E HABILIDADES TÉCNICAS ESPECÍFICAS	
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS:	Desejável cursos de ferramentas da qualidade, regulação estadual, legislação do SUS, metodologia Lean e pacote office intermediário.
HABILIDADES TÉCNICAS ESPECÍFICAS:	Experiência mínima de 06 (seis) meses em gestão hospitalar e/ou administração hospitalar, gestão de pessoas, processos e projetos em empresas no segmento de saúde e/ou terceiro setor (OS), planejamento estratégico e orçamento empresarial. Desejável experiência com processos de certificação ONA.

agir

DESCRIÇÃO E ESPECIFICAÇÕES DO CARGO			
CARGO:	DIRETOR (A) TÉCNICO (A)		
ÁREA / SETOR:	DIT		
EIXO ORGANIZACIONAL:	ESPECIALIDADES MÉDICAS	CATEGORIA OCUPACIONAL:	GESTÃO
ESTRUTURA / NÍVEL:	DIRETOR	CBO:	

MISSÃO DO CARGO
Planejar, avaliar e dirigir as rotinas relacionados ao corpo clínico e serviços assistenciais, promovendo o alinhamento dos processos institucionais e das diretrizes corporativas, para contribuir com a gestão do cuidado e com a melhoria contínua dos processos.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES
Planejar, avaliar e dirigir o funcionamento dos serviços médicos e assistenciais relacionados à assistência técnica em saúde, pautando-se em normas legais, nas políticas institucionais e no planejamento estratégico, para assegurar as condições técnicas de atendimento na instituição, assistência segura e de qualidade ao paciente, diariamente.
Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, realizando atualização, divulgação e o alinhamento com o corpo clínico e assistencial, para garantir a execução das orientações em consonância com as diretrizes institucionais, diariamente.
Prestar contas a Diretoria Geral da unidade, ao corporativo e demais órgãos, fornecendo relatórios gerenciais, indicadores de performance e estudos de viabilidade econômica para novos projetos e produtos, a fim de garantir a continuidade do serviço e a sustentabilidade do negócio, sempre que necessário.
Representar a instituição, participando de reuniões oficiais com as autoridades e os órgãos fiscalizadores, para prestar esclarecimentos a respeito da atuação da área sob sua direção, sempre que necessário.
Fomentar as produções e atividades técnico-científicas assistenciais, direcionando às gerências quanto às diretrizes estabelecidas, para fortalecer o ensino e a pesquisa científica, diariamente.
Assegurar o funcionamento das Comissões de Ética Médica, seguindo as resoluções pertinentes do conselho de classe, a fim de atender as normas estipuladas, diariamente.
Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno do corpo Clínico e Assistencial Institucional, divulgando-o e realizando alinhamentos, para disseminar o conhecimento destas normas entre os colaboradores, sempre que necessário.
Propor o dimensionamento da área técnica e assistencial, definindo os recursos humanos necessários da equipe Médica e outras ligadas a sua diretoria, para contribuir com o cuidado integral do usuário, diariamente.
Demais atividades correlatas

ESPECIFICAÇÃO DO CARGO (REQUISITOS DE ACESSO)			
FATORES	GRAU	DESCRIÇÃO	
GRAU DE INSTRUÇÃO:	5	Pós-Graduação Completa em nível Lato Sensu/Stricto Sensu/Residência	
	FORMAÇÃO EM:	Graduação em Medicina com registro no Conselho Regional de Medicina. Pós-graduação em Gestão de Saúde, e/ou Administração Hospitalar.	
EXPERIÊNCIA:	1	MÍNIMA:	6 meses
	6	DESEJÁVEL:	5 anos e 1 mês a 10 anos
CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS / CERTIFICAÇÕES:	3	O cargo necessita de cursos e/ou capacitações com regularidade frequente e atualizações constantes	
RESPONSABILIDADES POR ERROS:	4	O trabalho exige elevado grau de exatidão, atenção e senso de responsabilidade para evitar erros que podem causar grandes perdas financeiras para a organização, agravo às tarefas e práticas organizacionais, assim como desgaste e prejuízo de sua imagem.	
RESPONSABILIDADES POR GESTÃO:	6	O cargo exerce liderança sobre os cargos de níveis de apoio e/ou técnico e/ou profissional e/ou especialista e/ou gestão.	
RESPONSABILIDADES POR CONTATOS:	4	O cargo tem contatos prioritários com o Conselho de Administração	
RESPONSABILIDADES POR DADOS CONFIDENCIAIS:	4	O cargo proporciona acesso a planos e objetivos de assuntos considerados estritamente confidenciais que, se forem divulgados, poderão causar sérios embaraços e/ou grandes prejuízos financeiros e/ou morais à empresa. Discrição e integridade máximas são requisitos essenciais ao cargo	
CONDIÇÕES DE TRABALHO:	3	Outros (serviços internos e externos) - Atividades nos ambientes internos do hospital e/ou externos, com contato eventual com pacientes.	

CONHECIMENTOS E HABILIDADES TÉCNICAS ESPECÍFICAS	
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS:	Cursos de ferramentas da qualidade. Desejável conhecimento em metodologia Lean, regulação estadual, legislação do SUS e pacote office intermediário.
HABILIDADES TÉCNICAS ESPECÍFICAS:	Experiência mínima de 06 (seis) meses em gestão hospitalar e/ou administração hospitalar, gestão de pessoas, processos e projetos da área médica. Desejável experiência com processos de certificação ONA e empresas do terceiro setor (OS).

agir

DESCRIÇÃO E ESPECIFICAÇÕES DO CARGO			
CARGO:	DIRETOR (A) ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO		
ÁREA / SETOR:	DAF		
EIXO ORGANIZACIONAL:	ADMINISTRATIVO	CATEGORIA OCUPACIONAL:	GESTÃO
ESTRUTURA / NÍVEL:	DIRETOR	CBO:	
MISSÃO DO CARGO			
Dirigir os processos administrativos, operacionais e financeiros relativos à unidade, a fim de garantir o cumprimento das metas estabelecidas em contrato de gestão, a melhoria contínua dos processos e o alcance dos resultados estabelecidos pelo planejamento estratégico da Instituição.			

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES			
Dirigir o processo de prestação de contas da produção hospitalar, dos recursos orçamentários e financeiros da Instituição, baseando-se no planejamento adequado dos recursos disponíveis, para garantir o cumprimento da política de accountability, o alcance das metas do contrato de gestão e o cumprimento do Planejamento Estratégico da Instituição, diariamente.			
Criar e/ou implantar estratégias, empregando metodologias e processos de trabalho pautando em práticas inovadoras, melhoria contínua e análises dos resultados, para corroborar com o desenvolvimento e resultados ligados ao cumprimento das metas e objetivos estratégicos da Instituição, sempre que necessário.			
Dirigir reuniões de alinhamento, aproximando os gestores às estratégias do negócio, para que se tenha fluidez no desdobramento das ações em todos os níveis organizacionais, semanalmente.			
Garantir o gerenciamento dos contratos, bens, insumos e serviços das áreas sob sua gestão, acompanhando via sistemas, relatórios e indicadores, para assegurar a continuidade da prestação dos serviços e o cumprimento das Políticas e Diretrizes institucionais, semanalmente.			
Projetar, analisar e dirigir o orçamento da unidade, plano de investimentos, apuração e análises de custos, utilizando relatórios gerenciais e indicadores fornecidos pelas áreas, para garantir aplicação eficiente e eficaz dos recursos, semanalmente.			
Dirigir a cadeia logística, no âmbito da unidade, acompanhando os estoques junto a área responsável e analisando fluxos e indicadores, para garantir o abastecimento adequado e cumprir com as Políticas e Diretrizes institucionais, diariamente.			
Dirigir a infraestrutura, o parque patrimonial e tecnológico da unidade, acompanhando os processos e indicadores, para garantir o pleno funcionamento da unidade, diariamente.			
Estabelecer Gestão Sustentável de Recursos, no âmbito da unidade, implantando projetos, campanhas, planos de gerenciamento de resíduos e indicadores, para garantir a adoção de práticas de responsabilidade social e de sustentabilidade ambiental, sempre que necessário.			
Liderar o processo de gestão de pessoas, no âmbito da unidade, utilizando processos de trabalho e indicadores, para focar estrategicamente no desenvolvimento do capital humano e garantir o dimensionamento otimizado de recursos humanos, diariamente.			
Dirigir o processo de gestão da qualidade e riscos, estabelecendo procedimentos operacionais, para assegurar a prestação de serviços hospitalares com segurança e promover a melhoria contínua dos processos, diariamente.			
Apoiar a alta gestão nos assuntos técnico-administrativos, realizando análises e pareceres, a fim de subsidiar as decisões estratégicas no âmbito da Unidade, sempre que necessário.			
Demais atividades correlatas			

ESPECIFICAÇÃO DO CARGO (REQUISITOS DE ACESSO)			
FATORES	GRAU	DESCRIÇÃO	
GRAU DE INSTRUÇÃO:	5	Pós-Graduação Completa em nível Lato Sensu/Stricto Sensu/Residência	
	FORMAÇÃO EM:	Graduação Completa em Ciências Contábeis, e/ou Administração, e/ou Economia e/ou na área da Saúde. Pós-graduação Completa em Gestão da Saúde e/ou Administração Hospitalar. Gestão de Pessoas, e/ou áreas afins.	
EXPERIÊNCIA:	1	MÍNIMA:	6 meses
	6	DESEJÁVEL:	5 anos e 1 mês a 10 anos
CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS / CERTIFICAÇÕES:	3	O cargo necessita de cursos e/ou capacitações com regularidade frequente e atualizações constantes	
RESPONSABILIDADES POR ERROS:	4	O trabalho exige elevado grau de exatidão, atenção e senso de responsabilidade para evitar erros que podem causar grandes perdas financeiras para a organização, agravando as tarefas e práticas organizacionais, assim como desgaste e prejuízo de sua imagem.	
RESPONSABILIDADES POR GESTÃO:	6	O cargo exerce liderança sobre os cargos de níveis de apoio e/ou técnico e/ou profissional e/ou especialista e/ou gestão.	
RESPONSABILIDADES POR CONTATOS:	4	O cargo tem contatos prioritários com o Conselho de Administração	
RESPONSABILIDADES POR DADOS CONFIDENCIAIS:	4	O cargo proporciona acesso a planos e objetivos de assuntos considerados estritamente confidenciais que, se forem divulgados, poderão causar sérios embaraços e/ou grandes prejuízos financeiros e/ou morais à empresa. Discrição e integridade máximas são requisitos essenciais ao cargo	
CONDIÇÕES DE TRABALHO:	1	Administrativo - Ambientes administrativos, sem contato direto com assistência e pacientes.	
CONHECIMENTOS E HABILIDADES TÉCNICAS ESPECÍFICAS			
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS:	Cursos em ferramentas da qualidade, metodologia Lean e planejamento estratégico. Desejável pacote office intermediário.		
HABILIDADES TÉCNICAS ESPECÍFICAS:	Experiência mínima de 06 (seis) meses em gestão de saúde e/ou hospitalar e/ou administração hospitalar. Gestão pessoas, processos e projetos administrativos, financeiro e custos hospitalares e/ou terceiro setor (OS).		

agir



DESCRIÇÃO E ESPECIFICAÇÕES DO CARGO			
CARGO:	GERENTE DE GESTÃO INTEGRADA		
ÁREA / SETOR:	GERÊNCIA DE GESTÃO INTEGRADA		
EIXO ORGANIZACIONAL:	ADMINISTRATIVO	CATEGORIA OCUPACIONAL:	GESTÃO
ESTRUTURA / NÍVEL:	SUPERVISOR	CBO:	

MISSÃO DO CARGO

Gerenciar a equipe, processos e demandas relacionadas às áreas administrativas e operacionais, através de planejamento, organização e controles, garantindo o cumprimento das metas e do planejamento estratégico, contribuindo com a gestão eficaz da clínica.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

Gerenciar a equipe e os serviços administrativos e operacionais relacionados a unidade. Incluindo a gestão de recursos humanos, financeiros e materiais, utilizando sistemas de gestão, realizando reuniões e delegando atividades, a fim de garantir a execução dos processos e o cumprimento do planejamento estratégico, diariamente.

Gerenciar as rotinas para a condução dos atendimentos, assegurando que todos os setores estejam funcionando de maneira integrada e eficiente, a fim de garantir que os processos sejam executados conforme as políticas e procedimentos estabelecidos, diariamente.

Realizar o acompanhamento dos contratos e fornecedores, monitorando se as ações pactuadas estão sendo executadas, a fim de assegurar que os serviços sejam realizados conforme o acordado, diariamente.

Gerenciar os processos relacionados às auditorias internas e externas, acompanhando e monitorando as ações previstas, a fim de assegurar que a clínica esteja preparada para inspeções e certificações, sempre que necessário.

Monitorar a implantação de softwares e projetos, utilizando metodologias de gestão, a fim de assegurar o êxito das inovações, sempre que necessário.

Gerenciar os indicadores setoriais, monitorando os dados estatísticos, analisando os resultados e propondo planos de ação, a fim de subsidiar à gestão nas tomadas de decisões e promover a melhoria contínua, mensalmente.

Contribuir com a educação continuada, estimulando a equipe, a fim de garantir a melhoria contínua dos processos e o bem estar organizacional, sempre que necessário.

Realizar e acompanhar as tratativas nos registros de ponto, utilizando sistemas e/ou ferramentas institucionais, a fim de garantir o gerenciamento da assiduidade e pontualidade dos colaboradores, mensalmente;

Analisar e validar as solicitações de aquisição, utilizando os sistemas institucionais, a fim de contribuir com o uso consciente dos recursos e reposição dos itens, diariamente.

Elaborar as escalas de trabalho e programação de férias, alimentando e analisando os dados em ferramentas institucionais, a fim de realizar a distribuição assertiva do quadro de colaboradores, diariamente.[]

Demais atividades correlatas.

ESPECIFICAÇÃO DO CARGO (REQUISITOS DE ACESSO)			
FATORES	GRAU	DESCRIÇÃO	
GRAU DE INSTRUÇÃO:	5	Pós-Graduação Completa em nível Lato Sensu/Stricto Sensu/Residência	
	FORMAÇÃO EM:	Graduação Completa em Administração e/ou Economia e/ou áreas afins. Pós-graduação completa em Gestão em Saúde e/ou Administração Hospitalar. Gestão de Pessoas e/ou áreas afins.	
EXPERIÊNCIA:	1	MÍNIMA:	6 meses
	4	DESEJÁVEL:	3 anos e 1 mês a 4 anos
CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS / CERTIFICAÇÕES:	2	O cargo necessita de cursos e/ou capacitações com uma regularidade semestral	
RESPONSABILIDADES POR ERROS:	4	O trabalho exige elevado grau de exatidão, atenção e senso de responsabilidade para evitar erros que podem causar grandes perdas financeiras para a organização, agravos às tarefas e práticas organizacionais, assim como desgaste e prejuízo de sua imagem.	
RESPONSABILIDADES POR GESTÃO:	4	O cargo exerce liderança sobre os cargos de níveis de apoio e/ou técnico e/ou profissional.	
RESPONSABILIDADES POR CONTATOS:	2	O cargo tem contatos prioritários com pares e/ou gestores de outras áreas	
RESPONSABILIDADES POR DADOS CONFIDENCIAIS:	4	O cargo proporciona acesso a planos e objetivos de assuntos considerados estritamente confidenciais que, se forem divulgados, poderão causar sérios embaraços e/ou grandes prejuízos financeiros e/ou morais à empresa. Discrição e integridade máximas são requisitos essenciais ao cargo	
CONDIÇÕES DE TRABALHO:	2	Apoio/ Administrativo - Ambientes administrativos, com contato eventual com áreas assistenciais e materiais de uso dos pacientes.	
CONHECIMENTOS E HABILIDADES TÉCNICAS ESPECÍFICAS			
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS:	Desejável Pacote Office intermediário.		
HABILIDADES TÉCNICAS ESPECÍFICAS:	Experiência mínima de 06 (seis) meses em gestão em saúde e/ou administração hospitalar, rotinas administrativas e financeiras.		



[Handwritten signature]

DESCRIÇÃO E ESPECIFICAÇÕES DO CARGO			
CARGO:	GERENTE DE ENFERMAGEM		
ÁREA / SETOR:	GERÊNCIA DE ENFERMAGEM		
EIXO ORGANIZACIONAL:	ASSISTENCIAL	CATEGORIA OCUPACIONAL:	GESTÃO
ESTRUTURA / NÍVEL:	GERENTE DE UNIDADE	CBO:	1312-10

MISSÃO DO CARGO

Gerir pessoas, processos e projetos, viabilizando a segurança do paciente, a qualidade, a eficácia e a continuidade dos serviços prestados pela área de enfermagem, pautado pela sustentabilidade e visando o cumprimento dos objetivos do planejamento estratégico.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES
Gerenciar a equipe de enfermagem, utilizando ferramentas de gestão, acompanhando a performance e dimensionamento de pessoal, a fim de assegurar o cumprimento das metas estabelecidas, bem como a realização de uma assistência segura, eficiente e sustentável ao paciente, diariamente.
Validar as necessidades de aquisição de materiais, insumos e equipamentos, garantindo o bom funcionamento da unidade de negócio, a fim de promover práticas seguras, diariamente.
Acompanhar os custos dos serviços sob sua gestão, analisando e adequando os processos necessários, a fim de garantir a sustentabilidade do negócio e propor ações de melhoria, sempre que necessário.
Planejar projetos de melhoria, implementando ações voltadas para a promoção da assistência e aplicando metodologias de gestão, a fim de colaborar com a qualidade do serviço prestado ao paciente, sempre que necessário.
Incentivar e oferecer suporte a produção científica e a capacitação profissional, estimulando a produção das práticas baseadas em evidências, a fim de instigar a promoção do capital intelectual da instituição e a cultura de ensino, diariamente.
Acompanhar a elaboração de normas, rotinas e protocolos do setor, baseando-se em literaturas e resoluções destinadas à assistência, a fim de promover a qualidade e a padronização na prestação dos serviços aos pacientes, sempre que necessário.
Gerir os contratos sob sua responsabilidade, acompanhando a execução dos serviços, a fim de garantir o cumprimento das cláusulas contratuais, diariamente.
Realizar reuniões de alinhamento com a equipe, apresentando os dados e resultados do setor, a fim de promover o engajamento e disseminar a cultura organizacional, sempre que necessário.
Colaborar com o planejamento dos programas de aperfeiçoamento, residência e estágios curriculares, incentivando a produção científica e de ensino e pesquisa, a fim de instigar a promoção do capital intelectual da instituição e a cultura de ensino, diariamente.
Monitorar e acompanhar os indicadores setoriais, analisando os resultados e desenvolvendo ações, a fim de garantir a qualidade e a segurança da assistência prestada, diariamente.
Participar das decisões estratégicas, acompanhando as atividades de planejamento relacionados à gerência de enfermagem, instituindo ações e aplicando ferramentas institucionais, a fim de contribuir com o aprimoramento dos processos, sempre que necessário.
Demais atividades correlatas.

ESPECIFICAÇÃO DO CARGO (REQUISITOS DE ACESSO)		
FATORES	GRAU	DESCRIÇÃO
GRAU DE INSTRUÇÃO:	5	Pós-Graduação Completa em nível Lato Sensu/Stricto Sensu/Residência
	FORMAÇÃO EM:	Graduação Completa em Enfermagem, Pós-Graduação Completa em Gestão de Saúde e/ou Administração Hospitalar, Enfermagem e/ou áreas afins. Registro ativo no Conselho de Classe do Estado de Goiás.
EXPERIÊNCIA:	1	MÍNIMA: 6 meses
	6	DESEJÁVEL: 5 anos e 1 mês a 10 anos
CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS / CERTIFICAÇÕES:	3	O cargo necessita de cursos e/ou capacitações com regularidade frequente e atualizações constantes
RESPONSABILIDADES POR ERROS:	4	O trabalho exige elevado grau de exatidão, atenção e senso de responsabilidade para evitar erros que podem causar grandes perdas financeiras para a organização, agravo às tarefas e práticas organizacionais, assim como desgaste e prejuízo de sua imagem.
RESPONSABILIDADES POR GESTÃO:	6	O cargo exerce liderança sobre os cargos de níveis de apoio e/ou técnico e/ou profissional e/ou especialista e/ou gestão.
RESPONSABILIDADES POR CONTATOS:	2	O cargo tem contatos prioritários com pares e/ou gestores de outras áreas
RESPONSABILIDADES POR DADOS CONFIDENCIAIS:	3	O trabalho proporciona acesso a dados e informações consideradas confidenciais e exige cuidados normais para evitar sua divulgação que, se concretizada, poderá causar embaraços inconvenientes e até prejuízos financeiros para a empresa
CONDIÇÕES DE TRABALHO:	3	Outros (serviços internos e externos) - Atividades nos ambientes internos do hospital e/ou externos, com contato eventual com pacientes.

CONHECIMENTOS E HABILIDADES TÉCNICAS ESPECÍFICAS

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS:	Desejável cursos em ferramentas da qualidade, legislações dos conselhos de classe, gestão e acreditação hospitalar e pacote office intermediário.
HABILIDADES TÉCNICAS ESPECÍFICAS:	Experiência mínima de 06 (seis) meses em gestão em saúde e/ou administração hospitalar. Gestão de pessoas, processos, projetos e indicadores da área de enfermagem.

agir

DESCRIÇÃO E ESPECIFICAÇÕES DO CARGO			
CARGO:	GERENTE MULTIPROFISSIONAL		
ÁREA / SETOR:	GERENCIA MULTIPROFISSIONAL		
EIXO ORGANIZACIONAL:	ASSISTENCIAL	CATEGORIA OCUPACIONAL:	GESTÃO
ESTRUTURA / NÍVEL:	GERENTE DE UNIDADE	CBO:	
MISSÃO DO CARGO			
Gerenciar e desenvolver a equipe e os serviços multiprofissionais, garantindo a execução dos processos, integrando as equipes multiprofissionais de saúde, promovendo uma abordagem interdisciplinar no cuidado ao paciente, a fim de promover uma assistência de prevenção e/ou readaptação e/ou reabilitação de qualidade.			
PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES			
Gerenciar a equipe e os serviços multiprofissionais, utilizando sistemas, realizando reuniões, delegando atividades e monitorando a performance dos profissionais, a fim de garantir a execução dos processos e uma assistência de prevenção e/ou readaptação e/ou reabilitação de qualidade ao paciente, diariamente.			
Gerenciar o cumprimento de protocolos assistenciais, assegurando que os padrões de qualidade e segurança sejam seguidos por todas as equipes multiprofissionais, monitorando indicadores de qualidade, como taxas de infecções hospitalares, complicações e eventos adversos, e implementando melhorias nos processos assistenciais, a fim de assegurar que o cuidado oferecido seja seguro, eficaz e centrado no paciente, diariamente.			
Implementar e gerenciar os indicadores da área, analisando os resultados, acompanhando os dados estatísticos e desenvolvendo ações e projetos de melhoria, a fim de aprimorar os processos da área multiprofissional e cumprir as metas institucionais, mensalmente.			
Gerir os contratos sob sua responsabilidade, utilizando ferramentas institucionais, acompanhando a execução dos serviços, a fim de garantir o cumprimento das cláusulas contratuais, diariamente.			
Incentivar e oferecer suporte a produção científica e a capacitação profissional, estimulando a produção das práticas baseadas em evidências, com vistas a promoção do capital intelectual da instituição e a cultura de ensino, diariamente.			
Gerenciar as necessidades e manutenção de recursos materiais e equipamentos, garantindo o bom funcionamento da unidade de negócio, para promover práticas seguras, diariamente.			
Validar pareceres técnicos de produtos e insumos, avaliando a qualidade dos materiais, a fim de garantir o monitoramento do que será direcionado à assistência, sempre que necessário.			
Realizar a gestão de documentos da qualidade, orientando e acompanhando as referências de sua área na elaboração, seguindo as diretrizes preconizadas e utilizando ferramentas institucionais para garantir a padronização das atividades executadas, sempre que necessário.			
Demais atividades correlatas			

ESPECIFICAÇÃO DO CARGO (REQUISITOS DE ACESSO)			
FATORES	GRAU	DESCRIÇÃO	
GRAU DE INSTRUÇÃO:	5	Pós-Graduação Completa em nível Lato Sensu/Stricto Sensu/Residência	
	FORMAÇÃO EM:	Graduação Completa em Fisioterapia, e/ou Fonoaudiologia, e/ou Psicologia, e/ou Terapia Ocupacional, e/ou Serviço Social, e/ou Pedagogia, Pós-graduação Completa em Gestão em Saúde e/ou Administração Hospitalar e/ou áreas multiprofissionais.	
EXPERIÊNCIA:	-	MÍNIMA:	6 meses
	6	DESEJÁVEL:	5 anos e 1 mês a 10 anos
CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS / CERTIFICAÇÕES:	3	O cargo necessita de cursos e/ou capacitações com regularidade frequente e atualizações constantes	
RESPONSABILIDADES POR ERROS:	4	O trabalho exige elevado grau de exatidão, atenção e senso de responsabilidade para evitar erros que podem causar grandes perdas financeiras para a organização, agravo às tarefas e práticas organizacionais, assim como desgaste e prejuízo de sua imagem.	
RESPONSABILIDADES POR GESTÃO:	6	O cargo exerce liderança sobre os cargos de níveis de apoio e/ou técnico e/ou profissional e/ou especialista e/ou gestão.	
RESPONSABILIDADES POR CONTATOS:	2	O cargo tem contatos prioritários com pares e/ou gestores de outras áreas	
RESPONSABILIDADES POR DADOS CONFIDENCIAIS:	3	O trabalho proporciona acesso a dados e informações consideradas confidenciais e exige cuidados normais para evitar sua divulgação que, se concretizada, poderá causar embaraços inconvenientes e até prejuízos financeiros para a empresa	
CONDIÇÕES DE TRABALHO:	3	Outros (serviços internos e externos) - Atividades nos ambientes internos do hospital e/ou externos, com contato eventual com pacientes.	
CONHECIMENTOS E HABILIDADES TÉCNICAS ESPECÍFICAS			
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS:	Desejável cursos em legislações dos Conselhos de classe, RDC 07 e NR32. Pacote office intermediário.		
HABILIDADES TÉCNICAS ESPECÍFICAS:	Experiência mínima de 06 (seis) meses em gestão em saúde e/ou administração hospitalar. Gestão de pessoas, processos, projetos e indicadores da área multiprofissional.		

agir

B

3.2.2 Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência

3.2.3 a) Experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de Unidade Hospitalar que atuarão na unidade, com documento comprobatório do interesse do titular

3.2.3 b) Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento (Policlínicas/AME/clínicas especializadas, etc)

Para atender aos critérios acima, os documentos que comprovam as titulações e experiências exigidas conforme item a e b, constam estão disponíveis no Anexo V.

agir

