

ÍNDICE DO DOCUMENTO

1. FA1 - MODELO GERENCIAL.....	14
1.1. Implantação de fluxos individualizados ao perfil da unidade de saúde	14
1.1.1. FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITIVAS, EXTERNAS E INTERNAS	14
1.1.1.1. Acessos	14
1.1.1.1.1. Tipos de acessos (entradas e saídas) do hospital	14
1.1.1.1.2. Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para acompanhantes e visitas aos usuários	18
1.1.1.2. Acompanhamento familiar em internamento hospitalar	19
1.1.1.3. Descrição do Fluxo de Circulação nas Áreas	21
1.1.1.3.1. Fluxos Auxiliares (Recepção Entrada)	28
1.1.1.3.2. Fluxos Principais (Recepção Internação)	29
1.1.1.3.3. Fluxos Administrativos (Serviço de Prontuários do Paciente - SPP).....	30
1.1.2. FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS/ROUPAS	34
1.1.2.1. Etapas do processo operacional	34
1.1.2.2. Processos Desenvolvidos	35
1.1.2.3. Fluxograma	37
1.1.2.4. Fluxo unidirecional para roupas	40
1.1.3. FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SERVIÇO SAÚDE	42
1.2. Implantação de gestão	47
1.2.1. IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS	50
1.2.1.1. Compras	51
1.2.1.2. Compras Programadas	52
1.2.2. PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE	56
1.2.3. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO MULTIPROFISSIONAL	68
1.2.3.1. Proposta do Regimento do Serviço de Enfermagem	68
1.2.3.2. Proposta do Regimento do Serviço de Farmácia	75
1.2.4. PROPOSTA DE PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COM VISTA AO CONTROLE GERENCIAL DA UNIDADE E MELHORIA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO	81
1.2.4.1. Introdução	81
1.2.4.2. Objetivos da proposta para os colaboradores	81
1.2.4.2.1. Melhorar a experiência de tecnologia ao colaborador	81
1.2.4.3. Proposta de melhoria para os pacientes	82
1.2.4.4. Proposta de melhoria para Segurança da Informação	84
1.2.4.4.1. Tecnologias Utilizadas	84



1.2.4.4.2. Resultados Esperados	89
1.2.4.5. Orçamento	89
1.2.4.6. Conclusão	89
1.2.5. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO	89
1.3. Implantação de Processos.....	94
1.3.1. PROPOSTA DE MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS	94
1.3.2. PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS	106
1.3.2.1. Proposta de Manual de Rotinas para Administração Financeira	106
1.3.2.1.1. Objetivo da Política	106
1.3.2.1.2. Abrangência	106
1.3.2.1.3. Das Responsabilidades	107
1.3.2.1.4. Pagamentos.....	108
1.3.2.1.5. Controles Internos	109
1.3.2.1.6. Recusa de Recebimento e Cancelamento de Notas.....	110
1.3.2.1.7. Avaliação de Fornecedores	110
1.3.2.1.8. Bloqueio de Fornecedores	110
1.3.2.1.9. Controles Contábeis.....	111
1.3.2.1.10. Compliance e Auditoria.....	111
1.3.2.1.11. Revisão da Política	111
1.3.2.2. Proposta de Manual de Gestão de Custos	111
1.3.2.2.1. Introdução.....	111
1.3.2.2.2. Estrutura de Custos	112
1.3.2.2.3. Planejamento de Custos	119
1.3.2.2.4. Ferramentas de monitoramento	120
1.4. Incrementos de Atividades.....	123
1.4.1. PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS DENTRO DO CUSTEIO PREVISTO PARA A UNIDADE.....	123
1.4.1.1. Ações	123
1.4.1.2. Processos.....	124
1.4.1.3. Estrutura Organizacional	124
1.4.1.4. Estrutura de Pessoal.....	124
1.4.1.5. Resultados esperados na implantação de um programa de qualidade.....	125
2. FA2 - AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE	126
2.1. Comissão de Ética Médica.....	126
2.1.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	126
2.1.1.1. Membros.....	126

2.1.1.2. Finalidade	126
2.1.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO.....	126
2.1.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL	132
2.2. Comissão de Ética Multiprofissional	133
2.2.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	133
2.2.1.1. Membros.....	133
2.2.1.2. Finalidade	133
2.2.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO.....	133
2.2.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL	137
2.3. Comissão de Biossegurança	138
2.3.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	138
2.3.1.1. Membros.....	138
2.3.1.2. Finalidade	138
2.3.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO.....	138
2.3.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL	142
2.4. Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS).....	143
2.4.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	143
2.4.1.1. Membros.....	143
2.4.1.2. Finalidade	143
2.4.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO.....	144
2.4.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL	148
2.5. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.....	149
2.5.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	149
2.5.1.1. Membros.....	149
2.5.1.2. Finalidade	149
2.5.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO.....	149
2.5.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL	153
2.6. Comissão de Verificação de Óbitos	154
2.6.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	154
2.6.1.1. Membros.....	154
2.6.1.2. Finalidade	154
2.6.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO.....	154
2.6.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL	158
2.7. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT)	159
2.7.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	159



2.7.1.1.	Membros	159
2.7.1.2.	Finalidade	159
2.7.2.	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	159
2.7.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL	163
2.8.	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	164
2.8.1.	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	164
2.8.1.1.	Membros	164
2.8.1.2.	Finalidade	164
2.8.2.	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	164
2.8.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL	171
2.9.	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho – SESMT	172
2.9.1.	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	172
2.9.1.1.	Membros	172
2.9.1.2.	Finalidade	172
2.9.2.	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	172
2.9.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL	175
2.10.	Comissão de Documentação Médica e Estatística	176
2.10.1.	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	176
2.10.1.1.	Membros	176
2.10.1.2.	Finalidade	176
2.10.2.	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	176
2.10.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL	178
2.11.	Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	179
2.11.1.	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	179
2.11.1.1.	Membros	179
2.11.1.2.	Finalidade	179
2.11.2.	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	179
2.11.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL	184
2.12.	Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)	185
2.12.1.	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	185
2.12.1.1.	Membros	185
2.12.1.2.	Finalidade	185
2.12.2.	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	185
2.12.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL	192
2.13.	Comissão de Proteção Radiológica	193
2.13.1.	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	193



2.13.1.1. Membros	193
2.13.1.2. Finalidade.....	193
2.13.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	193
2.13.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.....	196
2.14. Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde.....	197
2.14.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	197
2.14.1.1. Membros	197
2.14.1.2. Finalidade.....	197
2.14.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	197
2.14.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.....	202
2.15. Comitê Transfusional.....	203
2.15.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	203
2.15.1.1. Membros	203
2.15.1.2. Finalidade.....	203
2.15.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	203
2.15.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.....	207
2.16. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).....	208
2.16.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	208
2.16.1.1. Membros	208
2.16.1.2. Finalidade.....	208
2.16.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	208
2.16.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.....	212
2.17. Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar.....	213
2.17.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	213
2.17.1.1. Membros	213
2.17.1.2. Finalidade.....	213
2.17.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	214
2.17.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.....	216
2.18. Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB).....	217
2.18.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	217
2.18.1.1. Membros	217
2.18.1.2. Finalidade.....	217
2.18.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	218
2.18.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.....	221
2.19. Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	222
2.19.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	222



2.19.1.1. Membros	222
2.19.1.2. Finalidade.....	222
2.19.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	222
2.19.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.....	229
2.20. Comitê de Compliance	230
2.20.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	230
2.20.1.1. Membros	230
2.20.1.1.1. Presidente do Comitê	230
2.20.1.1.2. Membro da Área Jurídica	231
2.20.1.1.3. Membros da Auditoria Interna	232
2.20.1.1.4. Membros das Áreas Operacionais.....	232
2.20.1.1.5. Representante de Recursos Humanos.....	233
2.20.1.2. Finalidade.....	233
2.20.1.2.1. Avaliação e Monitoramento de Riscos	234
2.20.1.2.2. Gestão de Políticas e Procedimentos Internos.....	236
2.20.1.2.3. Capacitação e Treinamento	237
2.20.1.2.4. Relatórios de Conformidade	240
2.20.1.2.5. Atuação em Processos de Auditoria	243
2.20.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	246
2.20.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.....	248
2.20.3.1. Objetivo do Cronograma	248
2.20.3.2. Atividades Principais	249
2.20.3.2.1. Janeiro - Março	249
2.20.3.2.2. Abril - Junho	249
2.20.3.2.3. Julho - Setembro	249
2.20.3.2.4. Outubro - Dezembro	250
2.20.3.3. Atividades Contínuas.....	250
2.20.3.4. Benefícios do Cronograma de Atividades	250
2.21. Comitê de Investigação do Óbito Materno e infantil	251
2.21.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)	251
2.21.1.1. Membros	251
2.21.1.2. Finalidade.....	251
2.21.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	251
2.21.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.....	256
2.22. Outras Comissões.....	257
2.22.1. NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – NVE.....	257
2.22.1.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)	257

2.22.1.1.1. Membros	257
2.22.1.1.2. Finalidade	257
2.22.1.2. Proposta de Regimento Interno	257
2.22.1.3. Cronograma de Atividade Anual	260
2.22.2. COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	261
2.22.2.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)	261
2.22.2.1.1. Membros	261
2.22.2.1.2. Finalidade	261
2.22.2.2. Proposta de Regimento Interno	261
2.22.2.3. Cronograma de Atividade Anual	271
2.23. Desenvolvimento da unidade	272
2.23.1. PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE INDIVIDUALIZADA PARA O ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	272
2.23.1.1. Educação Continuada a Distância (EAD)	274
2.23.1.2. Metodologia e Diretrizes para adoção do Plano Anual de Educação Continuada	279
2.23.1.3. Tempo de implantação	279
2.23.1.4. Cronograma de Implantação do Programa de Educação Permanente	280
2.23.2. FLUXO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DE EQUIPAMENTOS PARA A UNIDADE DE SAÚDE	280
2.23.2.1. Organização para o serviço equipamentos	281
2.23.2.2. Atividades	281
2.23.2.3. Rotinas / fluxo operacional	282
2.23.2.4. Cronograma para Processo de Contratação da empresa Responsável pela Engenharia Clínica	284
2.23.3. POSSUIR PARCERIA COM INSTITUIÇÕES DE ENSINO, OU SUAS PRÓPRIAS PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E/OU DE SAÚDE PÚBLICA EM CONCORDÂNCIA COM O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE VIGENTE	285
2.23.4. PROJETO DE HOSPITAL ENSINO PARA A UNIDADE	285
2.24. Acolhimento	301
2.24.1. MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES NA EMERGÊNCIA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	301
2.24.1.1. Proposta para o serviço de psicologia, de atenção aos usuários internados e seus familiares	306
2.24.1.2. Proposta para o serviço social, de atenção aos usuários internados e seus familiares	307



2.24.2. PROPOSTA E METODOLOGIA E INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS E CONTROLE DE RISCO PARA AS VISITAS AOS USUÁRIOS.....	309
2.24.2.1. Controle de acesso	310
2.24.2.2. Crachá de identificação	310
2.24.2.3. Ponto biométrico	310
2.24.2.4. Pulseira de identificação	311
2.24.2.5. Etiqueta de identificação	311
2.24.2.6. Sistema de monitoramento contínuo	311
2.24.2.7. Horário para visitas	312
2.25. Atendimento.....	315
2.25.1. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES, PROPOSTA DE FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES, COM ÊNFASE AOS DE USUÁRIOS IDOSOS, CRIANÇAS, ADOLESCENTES E PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS CONFORME PREVISÃO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE	315
2.25.1.1. Acompanhantes.....	315
2.25.1.2. Horário para visitas	318
2.25.1.3. Critérios para ter acesso às dependências do Hospital	319
2.25.2. PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DA OUVIDORIA VINCULADA A SES, COM PESQUISA DE SATISFAÇÃO	320
3. FA3 - QUALIFICAÇÃO TÉCNICA	333
3.1. Experiência Anterior em Gestão Hospitalar da proponente	333
3.1.1. EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 200 LEITOS.....	333
3.1.2. EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 100 LEITOS E INFERIOR A 200 LEITOS	333
3.1.2.1. Hospital da Mulher Mariska Ribeiro	333
3.1.2.2. Hospital Municipal Dr Ernesto Che Guevara	335
3.1.3. EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 LEITOS E INFERIOR A 100 LEITOS	337
3.1.3.1. Hospital Municipal Nossa Senhora do Nazareth	337
3.1.3.2. Hospital Municipal Oceânico Dr Gilson Cantarino	340
3.1.4. 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	344



3.1.5. CERTIFICADO DE ACREDITAÇÃO – ONA, JOINT COMISSION INTERNATIONAL, QMENTUM DA CANADÁ ACCREDITATION INTERNATIONAL OBTIDOS PELA UNIDADE HOSPITALAR DURANTE A GESTÃO DA OSC PROPONENTE	344
3.2. Estrutura e experiência da Diretoria.....	345
3.2.1. APRESENTAÇÃO DE ORGANOGrama DA UNIDADE, COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO.....	345
3.2.1.1. Diretoria Geral	345
3.2.1.2. Diretoria Técnica	346
3.2.1.3. Diretoria de Enfermagem	346
3.2.1.4. Diretoria Administrativa	347
3.2.2. TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E/OU GESTÃO EM SAÚDE DOS MEMBROS DA DIRETORIA E GERÊNCIA QUE ATUARÃO NA UNIDADE, COM DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INTERESSE DO TITULAR.....	347
3.2.3. EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE 1 ANO NO GERENCIAMENTO (DIREÇÃO) DE UNIDADE HOSPITALAR DA DIRETORIA OU GERÊNCIA QUE ATUARÁ NA UNIDADE COM DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DO INTERESSE DO TITULAR	348
3.3. Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar	349
3.3.1. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO POR ÁREA DE ATENÇÃO COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES PROPOSTAS NO PLANO DE TRABALHO.....	349
3.3.2. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E URGÊNCIA.....	350
3.3.3. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE NA MEDICINA COMO NAS EMERGÊNCIAS E UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO	352
3.3.4. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS AMBULATÓRIOS, HOSPITAL DIA E ENFERMARIAS, DESTAQUES PARA OS PLANTÕES E SOBREAVISOS	353
3.3.5. PROPOSTA PARA CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ENTIDADES DE ENSINO PARA DESENVOLVIMENTO DE ESTÁGIO CURRICULARES, TREINAMENTOS EM SERVIÇOS, RESIDÊNCIAS E ESTÁGIOS.....	355
3.3.6. APRESENTAÇÃO DE TÍTULO STRICTO SENSU NA ÁREA DE GESTÃO EM SAÚDE DOS INDICADOS PARA A GESTÃO DA UNIDADE, COM DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INTERESSE DO TITULAR.....	363
3.3.7. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO/ENFERMARIAS, UTI, CME E BLOCO CIRÚRGICO.....	364
3.4. Implementação e Funcionamento de outros Serviços.....	365



3.4.1.	INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL	365
3.4.1.1.	Estrutura.....	365
3.4.1.2.	Normas e rotinas	369
3.4.1.3.	Áreas de abrangência	371
3.4.1.4.	Horário	371
3.4.1.5.	Equipe mínima.....	371
3.4.2.	INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	371
3.4.2.1.	Normas e rotinas	371
3.4.2.2.	Área de abrangência.....	372
3.4.2.3.	Horário	372
3.4.2.4.	Equipe mínima.....	372
3.4.2.4.1.	Fisioterapia.....	373
3.4.2.4.2.	Psicologia	376
3.4.2.4.3.	Fonoaudiologia	379
3.4.2.4.4.	Terapia Ocupacional	383
3.4.3.	NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL	386
3.4.3.1.	Estrutura.....	386
3.4.3.2.	Normas e Rotinas.....	393
3.4.3.2.1.	Finalidades do Faturamento	395
3.4.3.2.2.	Administração Financeira.....	399
3.4.3.2.3.	Setor de Patrimônio	401
3.4.3.2.4.	Execução orçamentária financeira.....	402
3.4.3.2.5.	Contabilidade / Custo.....	402
3.4.3.2.6.	Almoxarifado	403
3.4.3.3.	Horário e equipe mínima	408
3.4.4.	APRESENTAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES.....	409
3.4.4.1.	São princípios para a padronização de medicamentos no hospital.....	409
3.4.4.2.	Vantagens da padronização	411
3.4.4.3.	Seleção e Aquisição de Medicamentos.....	412
3.4.4.4.	Critérios para inclusão de medicamentos na padronização:.....	412
3.4.4.5.	Prescrição de medicamentos e materiais médicos hospitalares não padronizados	413
3.4.4.6.	Medicamentos e materiais médicos hospitalares não padronizados	413
3.4.4.7.	Plano de Ação para padronização de medicamento e/ou material médico hospitalar	414
3.4.5.	APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS	

SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E MANUTENÇÃO PREDIAL.....	443
3.4.5.1. Limpeza Hospitalar Especial.....	445
3.4.5.2. Vigilância	448
3.4.5.3. Manutenção Predial	451
3.5. Política de Recursos Humanos.....	461
3.5.1. APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES ...	462
3.5.1.1. Educação Permanente.....	467
3.5.1.2. Programa de Retenção de Talentos.....	471
3.5.1.3. Programa Jovem Aprendiz.....	472
3.5.2. APRESENTAÇÃO DE PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS.....	473
3.5.2.1. Metodologia Estrutural	473
3.5.2.2. Gratificação	473
3.5.2.3. Criação de Novos Cargos.....	474
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.....	474
3.5.3.1. Proposta para estabelecimento de normas para seleção de pessoal	474
3.5.3.2. Contrato de trabalho e Avaliação de desempenho.....	478
3.5.3.2.1. Introdução.....	478
3.5.3.2.2. Objetivo	479
3.5.3.2.3. Definições e embasamento teórico.....	480
3.5.3.2.4. Métodos de avaliação de desempenho.....	482
3.5.3.2.5. Métodos modernos de avaliação de desempenho	484
3.5.3.2.6. Escopo	486
3.5.3.3. Sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção	487
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)	490
3.5.4.1. Registro e controle de pessoal	490
3.5.4.2. Modelo para escalas de trabalho	491
3.5.4.3. Apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças) ..	492
3.6. Metodologia de Projetos.....	493
3.6.1. PROPOSTA DE TRABALHO COM ADEQUADO PLANEJAMENTO, VISÃO DE FUTURO, CRONOGRAMAS DE EXECUÇÃO, CUSTOS ESTIMADOS E RESULTADOS FACTÍVEIS	493
3.6.1.1. Estimativa de despesas.....	493

3.6.1.2.	Dimensionamento de pessoal	495
3.6.1.3.	Metas de produção	500
3.6.1.4.	Síntese de metas de desempenho	502
4.	ANEXOS DA PROPOSTA	503
	ANEXO I - CURRÍCULO INSTITUCIONAL DO FAS.....	504
	ANEXO II - COMPROVAÇÕES DE PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES DE ENSINO.....	603
	ANEXO III - EXPERIÊNCIA GESTÃO EM SAÚDE – CER LEBLON.....	609
	ANEXO IV - EXPERIÊNCIA GESTÃO EM SAÚDE – HMMR.....	665
	ANEXO V - EXPERIÊNCIA GESTÃO EM SAÚDE – HMECG.....	1039
	ANEXO VI - EXPERIÊNCIA GESTÃO EM SAÚDE – HMNSN.....	1115
	ANEXO VII - EXPERIÊNCIA GESTÃO EM SAÚDE – HMOGC.....	1178
	ANEXO VIII - MEMBROS DA DIRETORIA E GERÊNCIA.....	1202
	ANEXO IX - ROTINAS E PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM.....	1440
	ANEXO X - ROTINAS E PROTOCOLOS MÉDICOS.....	1802
	ANEXO XI - PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS.....	1981

Chamamento Público Nº 006/2024-SES/GO

A presente Proposta de trabalho tem por objeto o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ**, localizado na Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo, Jataí - GO, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho e seus anexos, parte integrante do Edital de Chamamento Público Nº 006/2024-SES/GO.

1. FA1 - MODELO GERENCIAL

1.1. Implantação de fluxos individualizados ao perfil da unidade de saúde

Apresentamos a Norma Operacional de circulação dos usuários, constando o fluxo de circulação dos usuários/acompanhantes, desde sua entrada até sua saída, compreendendo a recepção, a espera, o atendimento, e a circulação em áreas restritas internas e externas do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho – HEJ.

1.1.1. FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITIVAS, EXTERNAS E INTERNAS

O fluxo operacional proposto será pautado na Portaria do Ministério de Saúde nº 2.048, com o intuito de organizar e normatizar as pontas de entrada dos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, propõe-se uma série de mudanças, tanto estruturais quanto operacionais, no que diz respeito ao atendimento às urgências e emergências em todo o território nacional. Além de permitir melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas, a portaria tornou-se elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolubilidade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

O acolhimento também envolve, colaboradores de apoio ao usuário, nas diversas áreas da Unidade.

Acolhimento de apoio ao usuário - Tem como objetivo acolher os usuários em todas as situações que se fizerem necessário para um bom andamento no atendimento.

- Colaboradores de apoio ao usuário (corredor interno);
- Colaboradores de apoio ao usuário (corredor externo).

1.1.1.1. Acessos

Os acessos ao HEJ estarão relacionados com a circulação de pessoas e de materiais. A relação é de tipos funcionais de acessos, e não de número de acessos, esta sim, via de regra, função da quantidade dos serviços prestados.

1.1.1.1.1. Tipos de acessos (entradas e saídas) do hospital

- Paciente externo ambulante, doador e acompanhante;



- Paciente externo transportado e acompanhante;
- Paciente a ser internado - ambulante ou transportado;
- Cadáver, acompanhante e visita;
- Funcionário e estagiários (a distribuição por categorias é definida pela administração), vendedor, fornecedor e prestador de serviço, entre outros.
- Materiais e resíduos.

Haverá na gestão da Unidade uma preocupação de se restringir ao máximo esses acessos, com objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação no hospital, evitando-se o tráfego estranho em áreas restritas, o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços diferenciados, além dos problemas decorrentes de desvios de materiais.

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

Os acessos na Unidade estão relacionados diretamente com a circulação de sua população usuária e de materiais, devendo se restringir ao máximo os números desses acessos, com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação, evitando-se o tráfego indesejado em áreas restritas, o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços diferenciados, além dos problemas decorrentes de desvios de materiais. Entretanto os acessos de pessoas (pacientes, doadores, funcionários, alunos e público), devem possibilitar que os portadores de deficiência ambulatoria possam adentrar ao prédio sem a ajuda de terceiros.

A circulação dentro da Unidade ficará com o seguinte fluxo operacional:

• **Área Interna:**

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

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

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



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

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

- **Áreas Restritas:**

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

- **Áreas Externas:**

De acordo com os serviços prestados e população usuária, devem ser previstos locais de estacionamento para as viaturas de serviço e de passageiros, sendo consideradas para quantificação do número de vagas as orientações dos códigos e posturas municipais.

A seguir é apresentado de modo geral os tipos de serviços e a população usuária que requerem estacionamentos:

- paciente externo transportado (paciente de emergência), que chega ou parte de automóvel ou ambulância;
- paciente a ser internado (paciente interno);
- visitantes para paciente internado;
- paciente externo do ambulatório;
- funcionários se possível vaga de uso exclusivo;
- fornecedores, vendedores, prestadores de serviço;
- entrega de fornecimentos: combustível, mantimentos, medicamentos, etc);
- remoção de mortos;
- remoção de resíduos.

- **São condições obrigatórias para acesso as dependências do hospital:**

- Para a Comunidade Interna (Funcionários e Prestadores de Serviços lotados no hospital):
 - Estar portando documento oficial com foto ou seu próprio crachá, o qual deverá estar posicionado no peito, em situação visível sem nada a encobri-lo, para efeito

da perfeita identificação e estar com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras);

- Não estar portando armas de fogo ou outra de qualquer natureza;
- Não apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas;
- Não estar fumando.
- Para a Comunidade Externa:
 - Ser previamente identificado e estar portando documento oficial com foto no Serviço de Recepção;
 - Estar portando no peito, em situação visível, desprovido de qualquer obstáculo que concorra para encobri-lo, parcial ou totalmente, o crachá correspondente à sua área (setor / enfermaria) de destino;
 - Estar no horário de visita ou devidamente autorizado pela chefia do setor/enfermaria;
 - Ser comprovadamente maior de 18 anos, em caso de acompanhante, e maior de 14 anos, para visitação;
 - Apresentar-se com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras);
 - Não estar portando qualquer gênero alimentício, exceto quando aprovado formalmente pelo Serviço de Nutrição e Dietética;
 - Não apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas;
 - Não estar fumando;
 - Não estar portando aparelhos eletroeletrônicos, a menos que tenha sido previamente autorizado pela Direção Técnica ou Direção de Enfermagem;
 - Não estar abalado emocionalmente de forma a prejudicar o paciente internado a ser visitado;
 - Militares ou membro de Poder Judiciário devem apresentar sua “carteira funcional”, que comprove tal situação, e ter justificativa para entrar.
- Observações:
 - Os visitantes oficiais poderão ter acesso às dependências do hospital, desde que estejam acompanhados de um colaborador designado pela Direção Administrativa;
 - Não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico da Instituição, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios



servidores da Instituição, de acordo com o inciso XVIII, Art.117, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990;

1.1.1.1.2. Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para acompanhantes e visitas aos usuários

- **Visita aberta e o direito há acompanhante 24 horas**

Visita aberta é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH) que amplia o acesso dos visitantes às unidades de internação para garantir o elo entre o paciente, sua família, amigos, enfim, sua rede social e os serviços da rede de saúde.

O acompanhante representa a rede social da pessoa internada e estar com ela durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde.

Devemos incluir a visita e o acompanhante como pontos essenciais para a concretização da Proposta do Humaniza SUS, que visa a Transversalidade (é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido.), indissociabilidade entre atenção e gestão (trabalhadores usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde), protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos (Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.)

A presença de visitantes/acompanhantes de forma mais constante no ambiente hospitalar traz o 'cheiro' da comunidade a este ambiente, tornando a comunidade também responsável e coprodutora do cuidado, aumentando a autonomia dos membros da família quanto ao seu papel de cuidadores leigos. O acompanhante colabora na observação das alterações do quadro clínico e comunica-os a equipe. Além disso, esse dispositivo mantém a inserção social do doente durante sua internação, que pode perceber a participação dos familiares no tratamento, fortalecendo sua identidade e autoestima.

- **Paciente do SUS tem direito a visita e acompanhante**

De acordo com a carta dos direitos dos usuários em saúde, as crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e idosos tem direito a acompanhamento durante todo o período de internação. A lei 11.108 de 07 de abril de 2005 dá à mulher o direito de ter, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, um acompanhante de sua escolha, e recomenda que toda maternidade adapte seu espaço físico para receber este acompanhante.

Os demais usuários têm direito a visita diária de no mínimo duas horas durante as internações, com exceção para situações técnicas contra indicadas. A proposta da visita aberta é mais ousada e tem demonstrado ser possível. Hospitais tem ampliado seus horários de visita para até dez horas por dia, constatando que este dispositivo de inclusão traz novos padrões de comportamento, aumentando a solidariedade e o compromisso de todos para com o cuidado.



A Lei nº 106/2009, de 14 de setembro preconiza o Acompanhamento familiar em internamento hospitalar.

1.1.1.2. Acompanhamento familiar em internamento hospitalar

- **Pacientes internados que possuem direito a acompanhante 24 horas por dia:**

- Crianças e Adolescentes (pessoas com idade até 18 anos incompletos) - artigo 12 da Lei nº 8.069/90 - Estatuto da criança e do adolescente;
- Idosos (pessoas com idade igual ou superior a 60 anos) - artigo 16 da Lei nº 10.741/03;
- Mulheres (Lei nº 14.737, de 27 de novembro de 2023);
- Parturientes (Mulheres em trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato) - Lei nº 11.108/05, de 07 de abril de 2005;
- Pessoas com deficiência - Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);
- Indígenas (Portaria nº 3390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013).

- **Direito dos acompanhantes:**

- Permanecer junto ao paciente, prestando o cuidado necessário;
- Ser sempre tratado com dignidade, receber atendimento humano, atencioso, respeitoso, sem preconceitos de origem, raça, credo, sexo, cor, idade, diagnóstico e qualquer outra forma de preconceito;
- Ter assegurada a preservação de sua imagem, identidade e respeito a seus valores éticos, morais e culturais;
- Receber informação acerca das normas, regulamentos e rotinas da instituição hospitalar;
- Receber pulseira de acompanhante para sua identificação, a qual será entregue no momento do cadastro na Recepção de Visitas;
- Registro do nome social em campo próprio no sistema de cadastro, independente do registro civil, sendo-lhe assegurado o uso do nome de preferência;
- Receber alimentação (acompanhantes previstos em lei), que serão ofertadas no Refeitório. Portaria-SEI nº 204 da Presidência, de 08 de dezembro de 2020, publicada no Boletim de Serviço nº 958: "Art. 7º Os acompanhantes terão direito ao fornecimento de refeições durante o acompanhamento de pacientes internados nas seguintes condições:
 - Mulheres em trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato;
 - Pessoas portadoras de deficiência;
 - Idosos (pessoas com idade igual ou superior a 60 anos);
 - Crianças e Adolescentes (pessoas com idade até 18 anos incompletos);
 - Pessoa com câncer.
- Consumir alimentos no refeitório do hospital em horários pré-estabelecidos;



- Receber informação sobre o estado de saúde do seu paciente, de forma objetiva, respeitosa, compreensível e em linguagem adequada;
- Expressar-se se compreendeu as informações e orientações recebidas sobre o quadro clínico do seu paciente, caso o enfermo esteja incapaz de exercer sua autonomia;
- Receber orientações sobre os procedimentos de alta e pós-alta do Hospital;
- Receber do Serviço Social declaração de acompanhante;
- Ser informado acerca dos motivos do encaminhamento, em caso de transferência do seu paciente para outra unidade hospitalar;
- Ter à sua disposição água potável e sanitários em condições adequadas de higiene.

• **Acompanhamento da parturiente na Maternidade**

Para assegurar esse importante apoio durante a internação para o parto, foi publicada a Lei Federal nº 11.108 que, em seu artigo 19, diz: “os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, o parto e pós-parto imediato”. O Ministério da Saúde regulamentou a lei, definindo o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico. A mulher tem direito a um ambiente sossegado, privativo, arejado e sem ruídos durante todas as etapas do nascimento do bebê.

Ao chegar no hospital, a mulher e o acompanhante devem ser acolhidos. A gestante será examinada por profissionais de saúde, que irão:

- Esclarecer dúvidas;
- Conduzir entrevista com técnicas para avaliar e diagnosticar a situação gestacional;
- Realizar exame físico, sempre com a avaliação de sinais e sintomas de alerta que podem aparecer;
- Verificação da pressão arterial e ausculta dos batimentos do coração do bebê;
- Solicitar outros exames e/ou avaliar seus resultados;
- Informar sobre a situação atual da gestante e do bebê, orientando os próximos passos.

Não há determinação de grau de parentesco para o acompanhante, sendo assim, de livre escolha da gestante. Além disso, pode haver mudança de acompanhante ao longo do processo de trabalho de parto, parto e pós-parto, de acordo com a necessidade e as possibilidades locais.

O Estatuto da Criança e do Adolescente reforça os direitos da gestante em ter um acompanhante durante todo o período de pré-natal, trabalho de parto e pós-parto imediato.

Será assegurado seguindo o Art. 12 do Estatuto da criança e adolescente o direito a um acompanhante. As principais razões para que uma criança não ficasse só em um hospital sempre foram bem conhecidas e óbvias e dispensam comentários maiores, no momento o imprescindível e indiscutível apoio emocional à criança enferma por parte da mãe acompanhante ou seu



substituto e a colaboração participativa, por parte do acompanhante, no cumprimento dos procedimentos médicos e de enfermagem, com consequente aceleração da cura e alta mais precoce.

Com a finalidade de reduzir a circulação de pessoas no hospital e assim garantir a segurança dos pacientes, acompanhantes e trabalhadores, será instituído o controle de acesso.

Os horários de visita abaixo discriminados podem ser alterados mediante a necessidade.

Horário de Visitas	Diurno	Tarde	Número de visitantes
Unidades de Internação		14:00 às 20:00	02 visitantes/vez
UTI	11:30 às 12:00	17:30 às 18:00	Entrada de um /vez)
Emergência	Não há horário para visitas, será permitida a permanência de 01 acompanhante durante todo a sessão		
Horário de troca de acompanhantes: das 7:00 às 8:00 e das 18:00 às 19:00			

Os acompanhantes poderão obter informações do desenvolvimento do processo terapêutico em boletins médicos.

Os acompanhantes e familiares próximos poderão obter informações do desenvolvimento do processo terapêutico durante o horário de visita, entre 16h e 17h com o médico responsável, que passará de leito em leito.

Visitantes fora do horário previsto deverão ser encaminhados ao Serviço Social;

1.1.1.3. Descrição do Fluxo de Circulação nas Áreas

Fluxos Operacionais Circulação em Áreas			
Objetivo: Regular os procedimentos para entrada e saída de colaboradores, fornecedores, prestadores de serviço, usuários, visitantes e acompanhantes neste hospital			
Ação	Responsável	Formulário	Descrição Da Ação
1. Recebimento de correspondência, sedex e material para análise no laboratório.	Vigia da portaria da rua	Livro Protocolo	- Receber e protocolar as correspondências e entregá-las ao setor de expediente; - Encaminhar o funcionário que estiver conduzindo material para análise ao setor de laboratório. Este serviço somente é realizado de segunda a sexta-feira durante o horário de expediente daquele setor.

			• Encaminhar ao almoxarifado o funcionário dos correios quando for caixa de sedex. • Entregar correspondência da Justiça do Trabalho de imediato ao Encarregado de Segurança, o qual encaminhará ao Departamento de Pessoal.
2. Entrada de Prestador de Serviço, fornecedor e visitante	Vigia da portaria da rua	-	• Fazer a identificação; • Fazer contato com o setor responsável e solicitar a liberação de entrada; • Realizar contato com o Técnico de Segurança quando o prestador de serviço vier realizar atividade que envolve risco de acidente; • Acionar o coordenador administrativo para acompanhar o fornecedor no recolhimento de recipientes plásticos e de papelão; • Liberar crachá e realizar registro de entrada; • Quando da saída, solicitar a devolução do crachá e registrar essa saída.
3. Entrada de livre demanda	Vigia da portaria	-	Liberar a entrada os usuários que se enquadrarem nas situações a seguir: • 1. Colaboradores e seus dependentes conforme lista do RH; • 2. Usuários conduzidos pelos órgãos de segurança (Bombeiro, e Policias Militar, Civil...) • 3. Usuários em atendimento na

			Unidade e seus acompanhantes que estejam no interior do hospital; 4. Usuário com Alta Médica do hospital até 30 dias; 5. Ambulância do SAMU; 6. Usuários com prévia comunicação de liberação de entrada.
4. Liberação de entrada para usuário referenciado, visitante e acompanhante	Vigia da portaria	-	- Permitir a entrada do usuário após checar se o documento da consulta, exame, internação e outros estão autorizados pela Central de Regulação da Secretaria de Saúde; - Liberar as visitas apenas nos horários estabelecidos: Na UTI Neonatal e na Unidade de Cuidados Intermediários apenas o pai ou a mãe podem acompanhar diariamente; Avós apenas nas quintas-feiras e aos domingos; - Não liberar crachá a visitantes menores de 12 anos e nem para acompanhantes menores de idade; - Não permitir a entrada de usuários apresentando sinais de ter ingerido bebida alcoólica; - Liberar a entrada de acompanhantes apenas nos horários previstos.

			• Entregar aos usuários visitantes e acompanhantes a Cartilha de Orientação das normas internas do hospital; • Não permitir entrada de veículos com propaganda política; • Liberar crachá e realizar registro de entrada. Quando da saída, solicitar a devolução do crachá e registrar essa saída; • Informar à recepcionista do PA quando chegar usuário referenciado com precaução;
5. Entrada e Saída de colaborador	Vigia da portaria da rua	Comanda de Entrada e Saída de Pessoas	• Solicitar ao colaborador a permissão de saída e checar o preenchimento. • Se os dados não estiverem corretos, orientar o colaborador para procurar a sua chefia para sanar a irregularidade, de forma que possa sair do hospital; • Não permitir a saída de colaborador do hospital trajando uniforme assistencial; • Preencher a Comanda de Entrada e Saída de Pessoa e entregá-la ao colaborador quando ele entrar no hospital para resolver assunto particular fora do seu horário de serviço. Recolher esse documento na saída; • Enviar a Comanda ao Departamento de Pessoal; • Orientar o colaborador a usar o seu crachá de identificação.



6. Autorizar a entrada e saída de usuários na Urgência e Emergência	Vigia	-	• Permitir a entrada ou saída de usuário no posto de enfermagem com autorização do médico ou enfermeiro de plantão; • Liberar crachá; • Quando da saída, solicitar a devolução do crachá.
7. Autorizar a entrada e saída de usuários e colaboradores	Vigia do guarda-volume	Livro Controle de Crachá; Livro Controle de Troca de Acompanhante	• Orientar os usuários que não é permitido realizar fotos e filmagens no interior do hospital e nem entrar com alimentos; • Orientar os usuários a lacrar as bolsas e sacolas no guarda-volume; • Não permitir colaborador subir com bolsas; • A troca de acompanhante das clínicas médica, cirúrgica e obstétrica deve ser realizada no guarda-volume; • Acompanhar até o posto de enfermagem da clínica pediátrica os usuários que ficarão de acompanhantes e os demais que realizaram troca fora de horário e apresentá-los a (o) enfermeiro (a);
			• Convidar os visitantes a deixarem as unidades de internação por ocasião do término das visitas; • Fechar as portas das entradas da recepção central e do ambulatório às 19:00 h; • Acender as luzes do bloco de



			apoio quanto estiver escurecendo; • Abrir portas quando for solicitado; • Recolher crachá de visitantes e acompanhantes e encaminhá-los a portaria Central; • Checar a documentação de usuários que realizarão exames nos setores de imagem, laboratório e métodos gráficos. • Permanecer no posto de serviço até ser substituído pelo vigia da urgência e emergência por ocasião dos intervalos de lanche (dias úteis) e do vigia que assumirá o serviço; • Orientar colaboradores sobre uso do elevador; • Não permitir que usuário internado circule no piso inferior desacompanhado; • Não se distrair no local de trabalho, principalmente, com aparelhos eletrônicos como MP3, celular, televisores e outros. • Controlar o acesso de visitantes às unidades de internação por sistema de revezamento (apenas duas de cada vez); • Conferir o resumo de alta de usuários, checando as pulseiras dos acompanhantes com a dos usuários de alta e retirá-las, principalmente, das crianças.

			• Permitir apenas 01 (uma) visita nas UTI'S no horário de 10:30 h às 11:00 h e 02 (duas) no horário das 17:00 h às 17:30 h (com revezamento). • Não permitir visita de menores de 12 anos. • Não permitir usuário fumar no interior do hospital; • Não permitir a entrada de alimentos, equipamentos eletrônicos (máquina digital e filmadora, a exceção do aparelho celular) e nem de edredon e colchonetes • Permitir a entrada de televisores, notebook e ventilador somente se o usuário estiver portando a Autorização de Entrada de Bem Particular emitida pelo Encarregado de Segurança; • Acompanhar os visitantes das UTI's até a recepção daquele setor.
8. Evasão de usuário	Encarregado de Segurança		• Informar ao Enfermeiro (a) da Unidade de Internação e ao Encarregado de Segurança de imediato. • Registrar Boletim de Ocorrência Policial; • Se for usuário menor de idade acionar o Conselho Tutelar; • Dar ciência à Diretoria de Apoio/SADT.

Os registros dos pacientes são feitos dentro dos módulos do sistema hospitalar, e são utilizados pelos estabelecimentos de saúde para registrar todos os processos de entrada do paciente,

internação e alta de pacientes, visando garantir sua identificação permanente de todo seu histórico na Unidade Hospitalar, com um único prontuário.

Para isso são realizados os seguintes fluxos:

1.1.1.3.1. Fluxos Auxiliares (Recepção Entrada)

- **Pesquisa e cadastramento de pacientes**

Objetivo: Localizar um determinado paciente através de seu número de Registro Local do Paciente (RLP), de seu Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou de seu nome, e, caso o paciente não se encontre cadastrado na base de dados, cadastrar esse paciente.

Descrição: Este fluxo se inicia quando é necessária a localização ou o cadastro dos dados de um paciente para preenchimento de uma solicitação de atendimento ambulatorial ou de um atendimento hospitalar de urgência.

- **Solicitações de internações**

Objetivo: Controlar as solicitações de internação e verificar as disponibilidades de leitos vagos.

Descrição: Sempre que por algum motivo não for possível concretizar a alocação de leito de uma solicitação de internação, é possível recuperar os dados da solicitação através da lista de solicitações pendentes e então alocar o leito que esteja com status de “limpeza” ou “alta programada” e disponibilizar a internação.

- **Transferência de leito**

Objetivo: Alterar a informação de alocação de leito de um paciente, ou seja, tirar o paciente de um leito e interná-lo em outro. Lembre-se que este fluxo se refere a movimentação do paciente dentro do hospital onde ele já está internado.

Descrição: Este fluxo se inicia sempre que é necessário transferir um paciente de um leito para outro. Isto é muito comum quando o paciente é internado fora de clínica e uma vaga é liberada na clínica original. O procedimento padrão nestes casos é transferir o paciente para clínica específica no laudo de internação.

- **Consulta de internação**

Objetivo: Exibir os dados de uma internação.

Descrição: Este fluxo se inicia sempre que é necessário consultar os dados de uma internação (ou solicitação de internação), independente de sua situação.

- **Emissão de relatórios**

Objetivo: Exibir e imprimir relatórios operacionais relativos às internações hospitalares registradas pelo módulo hospitalar do sistema.



Descrição: Este fluxo se inicia sempre que é necessário consultar e / ou imprimir um relatório.

1.1.1.3.2. Fluxos Principais (Recepção Internação)

- **Internações de emergência no próprio hospital**

Objetivo: Registrar internações de pacientes no próprio hospital. Este procedimento, apesar de não se tratar obrigatoriamente de uma referência, é necessário para garantir a atualização do quadro de leitos da central de regulação.

Descrição: Este fluxo se inicia sempre que existe a decisão de internar um paciente de emergência no hospital e este é o primeiro registro realizado pela central de regulação, ou seja, o paciente não veio referenciado pela central.

Registro dos dados do laudo e alocação do leito – Sempre que existe a decisão de internar um paciente, o laudo médico para emissão de AIH deve ser preenchido. É a partir dele que serão extraídas as informações para registro da internação.

- **Internações de emergência em outro hospital – transferências**

Objetivo: Solicitar e efetuar transferências de pacientes de um hospital para outro. Este procedimento envolve obrigatoriamente dois hospitais: um de origem, que solicita a transferência, e um de destino, que recebe o paciente para interná-lo. Cabe à Central de Regulação intermediar e regular este fluxo de pacientes.

Descrição: Este fluxo se inicia sempre que existe a decisão de internar um paciente de emergência e não é possível fazê-lo no hospital onde o paciente foi atendido pela primeira vez. Caso o paciente já esteja internado no hospital de origem, é necessário dar alta a esse paciente e prosseguir com a transferência.

Registro dos dados do laudo e solicitação de transferência – Sempre que existe a decisão de internar um paciente, o laudo médico para emissão de AIH deve ser preenchido, mesmo que o paciente deva ser transferido para outro hospital. É a partir dele que serão extraídas as informações para registro da internação / solicitação de transferência.

Uma vez definido o hospital onde o paciente deverá ser internado, um operador da Central de Regulação entrará em contato com você para informá-lo para onde o paciente deve ser encaminhado. Lembre-se sempre de enviar o laudo médico (com o número gerado pelo sistema anotado) junto com o paciente.

Confirmação de chegada do paciente/internação de paciente vindo da Central de Regulação – Caso você esteja recebendo um paciente encaminhado pela Central de Regulação, é necessário confirmar a sua chegada e interná-lo.

- **Internações eletivas reguladas pela central de regulação**

Objetivo: Efetivar internações eletivas solicitadas pelos municípios integrados a Central de Regulação.

Descrição: Este fluxo se inicia sempre que um paciente devidamente agendado pela Central de Regulação chega ao hospital para ser internado. Lembre-se de que um paciente nestas condições dispõe de um laudo médico para emissão de AIH devidamente preenchido e contendo o número de laudo gerado pelo sistema regulatório.

Efetivação de internação eletiva e alocação do leito – Uma vez que a internação já se encontre agendada na Central de Regulação, não é necessário abrir um laudo para o paciente já que este foi aberto durante o processo de agendamento. O sistema possibilita que você acesse os dados disponíveis na Central de Regulação e realize a internação apenas complementando estas informações.

- **Alta do paciente**

Uma vez que o paciente se encontre internado, o leito utilizado por ele ficará ocupado até que seja liberado para novas internações. Isto deve ser feito pelo estabelecimento de saúde no momento da alta do paciente. Lembre-se que a alta deve ser informada assim que ocorra para que o leito seja liberado na central de regulação.

1.1.1.3.3. Fluxos Administrativos (Serviço de Prontuários do Paciente - SPP)

Objetivo: Fazer a conferência de toda documentação e providenciar arquivamento e guarda dos mesmos conforme preconizado em Lei.

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

O Serviço de Arquivo utilizará o sistema de arquivamento com base no método alfanumérico que é uma opção para a organização de registros e, como outros métodos de armazenamento, dá aos usuários um método sistemático para armazenar e acessar informações importantes. Trata-se de um sistema que é uma combinação de letras (organizadas de A até Z) e números (ordenadas do menor ao maior).

O sistema alfanumérico utiliza uma combinação de nomes (geralmente um assunto) e dígitos. Quando grandes, eles geralmente utilizam acesso indireto, ou seja, um índice ou um código deve ser consultado para recuperar um arquivo. Tais sistemas de larga escala são geralmente automatizados.

O Prontuário do paciente é o documento legítimo e individual deste, contendo dados e informações pessoais, bem como do ponto de vista médico social - tratamento clínico, resultados de exames, situação de internação, descrição cirúrgica, resultados e conclusões. É um

instrumento dinâmico que uma vez iniciado permanece aberto por tempo indeterminado, atendendo sempre que o paciente recorrer à instituição.

Com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado ao paciente admitido no hospital, o prontuário acompanha o paciente em todo o processo de atendimento é padronizado e mantido no Arquivo Médico.

Os documentos do paciente no hospital contém os dados: data e hora da admissão, condições de admissão, antecedentes (clínicos, cirúrgicos, alérgicos, imunização), diagnóstico, conclusões ao final do tratamento, destino do paciente, condições do paciente no momento da alta ou transferência, orientações pós-alta para a continuidade do tratamento e retorno desejável para reavaliação.

O prontuário deve ser composto de ficha de atendimento, impresso de classificação de risco, prescrição médica, evolução médica, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem, formulários específicos dos demais profissionais e registro dos profissionais, termo de consentimento e ficha de controle de sinais vitais.

As informações contidas no prontuário pertencem ao paciente e estão sob a guarda e supervisão permanente do hospital. Elas são guardadas pelas seguintes legislações:

- Seção IV do Código Penal: Artigos 153 e 207;
- Código Civil: Artigo 241;
- Código Civil: Artigo 177;
- Código de Ética Médica, Capítulo V - Artigos 69 e 70 e Capítulo IX – artigo 108;
- Conselho Federal de Medicina, Resolução 1.605, de 15/09/2000: Artigos de 1º a 9º;
- Conselho Federal de Medicina (CFM) - Resolução 1.638 de 15/07/2002;
- Conselho Federal de Medicina - Resolução 1.639 de 15/07/2002.

A criação e revisão de impressos deverá seguir um fluxo estabelecido pelo Arquivo para revisão ou criação de novos impressos, devendo ser controlado pela Coordenação do Arquivo, em relação aos padrões de formatação do documento, e fluxo de solicitação de impressos novos e revisados, avaliação, validação e aplicabilidade do conteúdo em conformidade com os padrões do hospital. Deve contar com a participação dos líderes da equipe multiprofissional e validação do Diretor Técnico do hospital.

O Arquivo deve auditar de maneira sistematizada, o nível de conformidade de preenchimento do prontuário.

A emissão de cópias de quaisquer informações do prontuário do paciente é proibida, a não ser que tenha consentimento por escrito do paciente ou seu representante legal. Esse consentimento deverá ser declarado em formulário próprio, fornecido pelo Arquivo, mediante a presença de duas testemunhas:

- Esposo (a);
- Representante legal atuante de direito;

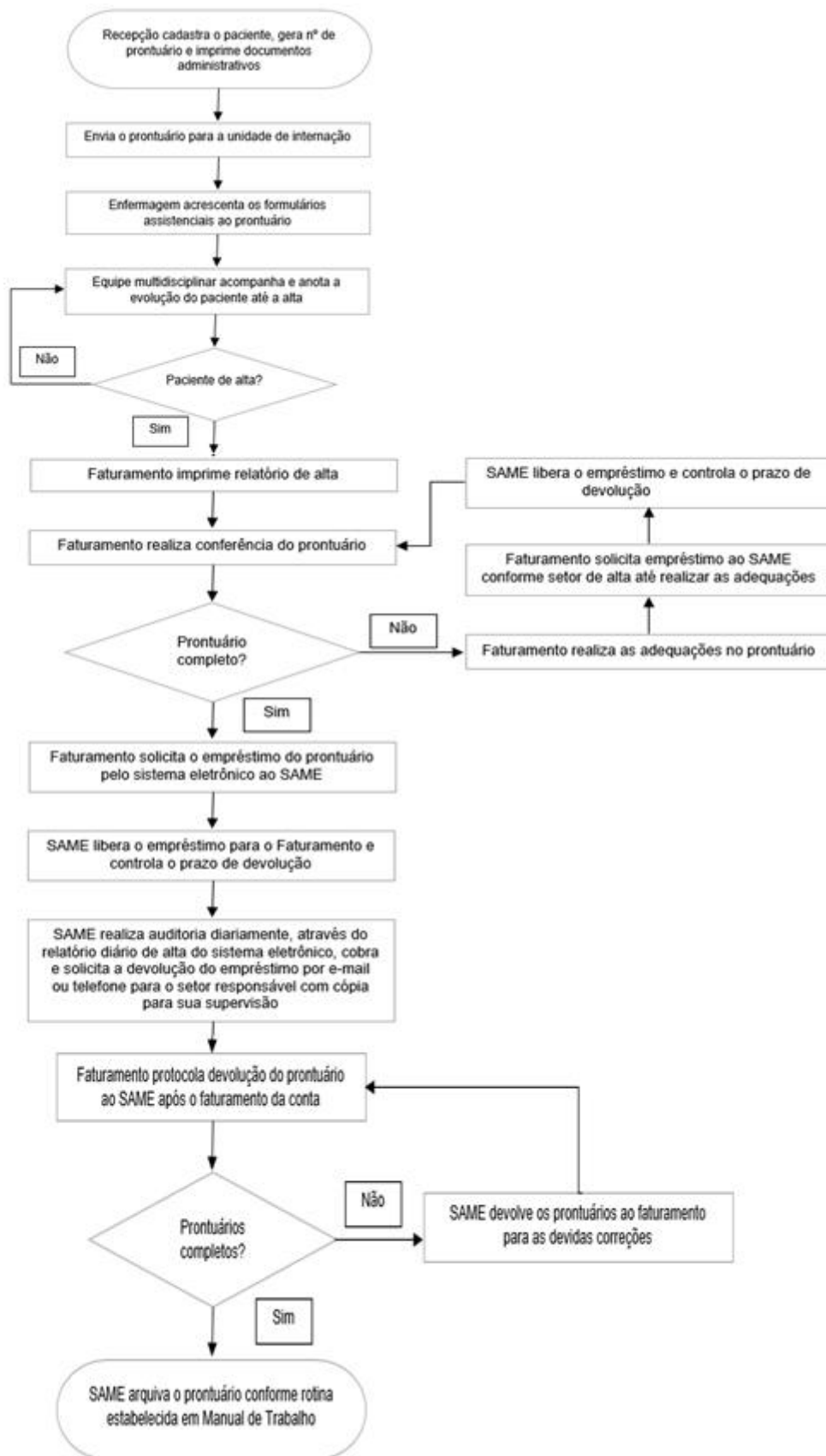


- Filho (a) adulto (a);
- Irmão (ã) adulto (a) guardião ou responsável.

A cópia deverá ser realizada nas dependências do Arquivo e, em condições excepcionais, poderá ser realizada em outro local, desde que acompanhada por um colaborador do arquivo (seguindo as normas estabelecidas pelo setor). Todos os prontuários xerocados, e suas respectivas cópias deverão ter suas páginas numeradas, frente e verso.



- **Fluxograma para registro e documentos de usuários:**



Na assunção da gestão da Unidade será validado junto a Gestão estadual todos os fluxos e circulações de usuários internos e externos para a identificação visual dos fluxos que será implantada na Unidade.

1.1.2. FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS/ROUPAS

A Central de Materiais Esterilizados - CME é uma unidade de apoio técnico dentro do estabelecimento de saúde destinada a receber material considerado sujo e contaminado, descontaminá-los, prepará-los e esterilizá-los, bem como, preparar e esterilizar as roupas limpas oriundas da lavanderia e armazenar esses artigos para futura distribuição.

A Resolução RDC nº. 307, de 14 de novembro de 2002, considera a CME uma unidade de apoio técnico, que tem como finalidade o fornecimento de materiais médico-hospitalares adequadamente processados, proporcionando, assim, condições para o atendimento direto e a assistência à saúde dos indivíduos enfermos e sadios. A Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e é uma das normativas que orientam a classificação de artigos médicos no Brasil. Nossos protocolos operacionais padrão (POP) seguirão a RDC nº. 50 (ANVISA, 2004), e todas as legislações vigentes.

O processamento de materiais na CME envolve uma série de etapas cuidadosamente controladas, que incluem a limpeza, a desinfecção e a esterilização dos dispositivos médicos reutilizáveis. Cada uma dessas etapas é crucial para garantir a segurança do paciente e a eficácia do tratamento. O objetivo principal é garantir que todos os materiais processados estejam livres de microrganismos capazes de causar infecções, sem comprometer a funcionalidade ou a integridade do material.

Este processo deve ser rigorosamente aderido e constantemente aperfeiçoado, à medida que novos desafios e tecnologias emergem. Assim, torna-se essencial para profissionais de saúde, especialmente enfermeiros e técnicos de enfermagem que frequentemente lidam com o manejo de materiais esterilizados, entenderem profundamente o processamento de materiais na CME. Isso garante a proteção do paciente e a qualidade da assistência em saúde.

1.1.2.1. Etapas do processo operacional

• **Área de Lavagem e Descontaminação**

- Receber, conferir e anotar a quantidade e espécie do material recebido;
- Desinfetar e separar os materiais;
- Verificar o estado de conservação do material;
- Proceder a limpeza do material;
- Encaminhar o material para a área de preparo.



- **Área de Esterilização:**

- Executar o processo de esterilização nas autoclaves, conforme instrução do fabricante;
- Observar os cuidados necessários com o carregamento e descarregamento das autoclaves;
- Fazer o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados;
- Manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso.

- **Área de Armazenagem e Distribuição de Materiais e Roupas Esterilizados:**

- Estocar o material esterilizado;
- Proceder à distribuição do material às unidades;
- Registrar saída do material.

1.1.2.2. Processos Desenvolvidos

- **Limpeza:**

A limpeza consiste na remoção da sujidade visível – orgânica e inorgânica – mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático em artigos e superfícies. Se um artigo não for adequadamente limpo, isto dificultará os processos de desinfecção e de esterilização.

As limpezas automatizadas, realizadas através das “lavadoras termodesinfetadoras” que utilizam jatos de água quente e fria, realizando enxágue e drenagem automatizada, a maioria, com o auxílio dos detergentes enzimáticos, possui a vantagem de garantir um padrão de limpeza e enxágue dos artigos processados em série, diminuem a exposição dos profissionais aos riscos ocupacionais de origem biológica, que podem ser decorrentes dos acidentes com materiais perfuro- cortantes.

As lavadoras ultrassônicas, que removem as sujidades das superfícies dos artigos pelo processo de cavitação, são outro tipo de lavadora para complementar a limpeza dos artigos com lumens.

- **Descontaminação:**

É o processo de eliminação total ou parcial da carga microbiana de artigos e superfícies.

Desinfecção - A desinfecção é o processo de eliminação e destruição de microrganismos, patogênicos ou não em sua forma vegetativa, que estejam presentes nos artigos e objetos inanimados, mediante a aplicação de agentes físicos ou químicos, chamados de desinfetantes ou germicidas, capazes de destruir esses agentes em um intervalo de tempo operacional de 10 a 30 min.

Alguns princípios químicos ativos desinfetantes têm ação esporicida, porém o tempo de contato preconizado para a desinfecção não garante a eliminação de todos os esporos.



São usados os seguintes princípios ativos permitidos como desinfetantes pelo Ministério da Saúde: aldeídos, compostos fenólicos, ácido peracético.

- **Preparo:**

As embalagens utilizadas para o acondicionamento dos materiais determinam sua vida útil, mantêm o conteúdo estéril após o reprocessamento, garante a integridade do material.

- **Esterilização:**

É o processo de destruição de todos os microrganismos, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. Um artigo é considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos que o contaminavam é menor do que 1:1.000.000. Nos estabelecimentos de saúde, os métodos de esterilização disponíveis para processamento de artigos no seu dia a dia são o calor, sob a forma úmida e seca, e os agentes químicos sob a forma líquida, gasosa e plasma, podendo ser através de:

a) Processos Físicos:

- **Calor Seco:** Este processo realizado pelo calor seco é realizado em estufas elétricas. De acordo com Moura (1990), "a estufa, da forma como é utilizada nas instituições brasileiras, não se mostra confiável, uma vez que, em seu interior, encontram-se temperaturas diferentes das registradas no termômetro. O centro da câmara apresenta "pontos frios", nos quais a autora constatou, por meio de testes biológicos, a presença de formas esporuladas. Dessa maneira, é necessário manter espaço suficiente entre os artigos e, no caso do processamento de instrumental cirúrgico, no máximo, em torno de 30 peças. Contudo, a SOBECC recomenda abolir o uso da esterilização por calor seco" (Práticas Recomendadas- SOBECC Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 4ª edição – 2007, pág. 78).
- **Vapor Saturado Sob Pressão:** Este processo está relacionado com o mecanismo de calor latente e o contato direto com o vapor, promovendo a coagulação das proteínas. Realizando uma troca de calor entre o meio e o objeto a ser esterilizado. Existe uma constante busca por modelos de autoclaves que permitam a máxima remoção do ar, com câmaras de auto vácuo, totalmente automatizadas. Entretanto, esses equipamentos sofisticados necessitam de profissionais qualificados, pois estes são, e continuarão sendo, o fator de maior importância na segurança do processo de esterilização.
- **Autoclave Pré-Vácuo:** Por meio da bomba de vácuo contida no equipamento, podendo ter um, três ou cinco ciclos pulsáteis, o ar é removido dos pacotes e da câmara interna,



permitindo uma dispersão e penetração uniforme e mais rápida do vapor em todos os pacotes que contém a respectiva carga. Após a esterilização, a bomba a vácuo faz a sucção do vapor e da umidade interna da carga, tornando a secagem mais rápida e completando o ciclo. Os materiais submetidos à esterilização a vapor são liberados após checklist feito pelo auxiliar de enfermagem da área.

b) Processos Químicos e Físicos-Químicos: Esterilizantes químicos cujos princípios ativos são autorizados pela Portaria nº. 930/92 do Ministério da Saúde são: aldeídos, ácido peracético e outros, desde que atendam a legislação específica. O Peróxido de hidrogênio (na forma gásplasma) e o óxido de etileno são processos físico-químicos gasosos automatizados em baixa temperatura.

- **Validação dos Processos de Esterilização de Artigos:**

A validação é o procedimento documentado para a obtenção de registro e interpretação de resultados desejados para o estabelecimento de um processo, que deve consistentemente fornecer produtos, cumprindo especificações predeterminadas.

A validação da esterilização precisa confirmar que a letalidade do ciclo seja suficiente para garantir uma probabilidade de sobrevida microbiana não superior a 10⁰.

- **Controles do Processo de Esterilização:**

a) Testes Químicos: Os testes químicos podem indicar uma falha em potencial no processo de esterilização por meio da mudança de sua coloração. Teste Bowie e Dick são realizados diariamente no primeiro ciclo de esterilização em autoclave fria, auto vácuo, com câmara fria e vazia.

b) Testes Biológicos: Os testes biológicos são os únicos que consideram todos os parâmetros de esterilização. A esterilização monitorada por indicadores biológicos utilizam monitores e parâmetros críticos, tais como temperatura, pressão e tempo de exposição e, cuja leitura é realizada em incubadora com método de fluorescência, obtendo resultado para liberação dos testes em três horas, trazendo maior segurança na liberação dos materiais. Os produtos são liberados quando os indicadores revelarem resultados negativos.

1.1.2.3. Fluxograma

O fluxo de uma CME deve ser contínuo e unidirecional dos artigos evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, bem como evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa, conforme figuras abaixo. Além disso, os acessos de pessoas devem se restringir aos profissionais da área.





É importante ressaltar a importância da capacitação dos profissionais, com processos de educação permanente, visto a necessidade de padronização de normas e rotinas técnicas e a confirmação da validação dos processamentos dos materiais encaminhados para esterilização, objetivando o controle de infecção e cumprimento das legislações vigentes.

A presente proposta seguirá as determinações da RDC nº 50 (ANVISA, 2004), para a prestação de apoio técnico deste setor, com as seguintes atividades:

- Disponibilização contínua e sem interrupções, de todos os artigos médicos esterilizados, sejam eles termo sensíveis ou termo resistentes, instrumentais cirúrgicos, mão de obra especializada, insumos e adequação de fluxo operacional, de acordo com Portaria Interministerial M.S. 482/ 1999, a RDC nº 156, RDC nº 307/2002 e as demais legislações sanitárias aplicáveis na Unidade de saúde;
- Fornecimento de suprimentos e insumos necessários aos processos de esterilização hospitalar;
- Disponibilização de mão de obra qualificada;
- Manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos necessários ao cumprimento do serviço;
- Adequação dos fluxos e da infraestrutura física dos locais disponibilizados;
- Implantação de Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, onde consta o conjunto de ações relacionadas ao planejamento, seleção, aquisição, inventário, registro

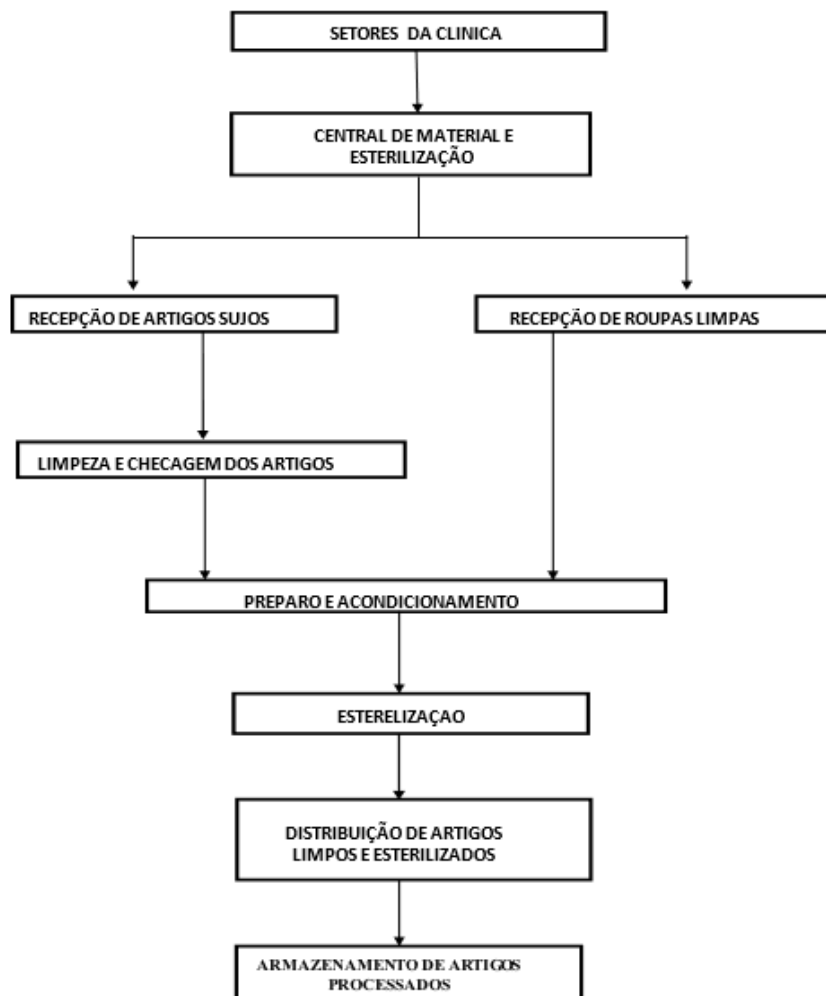
histórico, instalação, recebimento, armazenamento, conservação, distribuição, utilização, intervenção técnica, eventos adversos, queixas técnicas e descarte dos equipamentos de saúde submetidos ao plano de gerenciamento, de modo a garantir sua rastreabilidade, qualidade, eficácia, segurança e desempenho;

- Adequação do fluxo do processo de esterilização, evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, como também impedir o trânsito de pessoas entre as áreas contaminadas e as áreas limpas;

A estrutura Física da Central de materiais e esterilização tem como princípio o fluxo unidirecional dos artigos, para tanto, prevê barreira física, com o objetivo de evitar o cruzamento de artigos.

Contará com acesso exclusivo para os colaboradores do setor e com:

- Área de recepção e limpeza (setor sujo);
- Área de preparo e esterilização (setor limpo);
- Área de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo);
- Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo);
- Área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

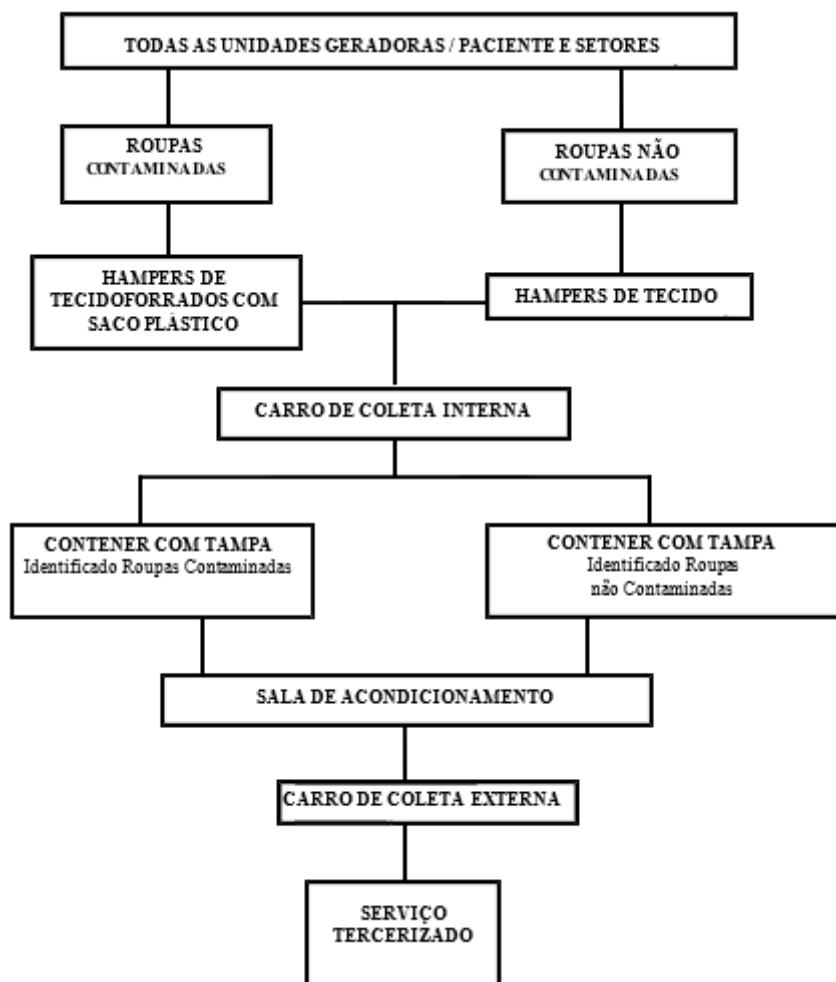


Fluxograma de materiais/roupas para esterilização

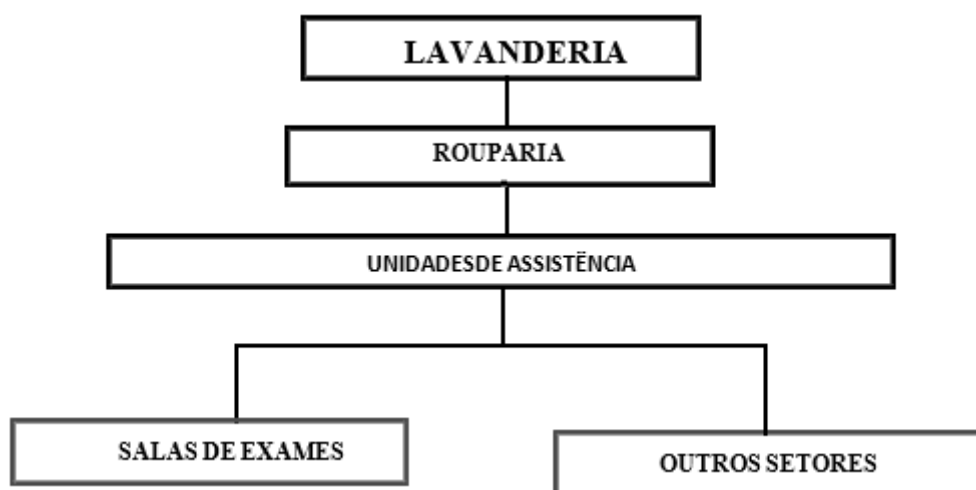
1.1.2.4. Fluxo unidirecional para roupas

Nossa proposta será a contratação de lavanderia hospitalar, por meio de empresa especializada que ficará responsável pela retirada da roupa suja do HEJ até seu retorno em condições de reuso, sob condições higiênico-sanitárias adequadas (recolhimento, entrega e processamento: lavagem, passagem e reparo de peças avariadas). Caberá à equipe operacional do HEJ: coletar e acondicionar em recipiente próprio para roupa suja (Rouparia).





Fluxo das roupas sujas



Fluxo das roupas limpas

1.1.3. FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SERVIÇO SAÚDE

Atendendo as normas vigente da RDC No 222, de 28 de março de 2018 será implantado o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviço de Saúde (PGRSSS) que será acompanhado pela Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde.

Os Resíduos do Serviço de Saúde devem ser segregados no momento de sua geração, conforme Classificação por Grupos – A B C D E.

No momento da geração dos RSS, quando não for possível a segregação de acordo com os diferentes grupos, os coletores e os sacos devem ter seu manejo conforme as regras de classificação.

A identificação dos sacos para acondicionamento deve estar impressa, sendo vedado o uso de adesivo.

O transporte interno dos RSS deve ser realizado atendendo a rota e a horários previamente definidos, em coletor identificado. O coletor utilizado para transporte interno deve ser constituído de material liso, rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, identificado atendendo rotas e a horários previamente definidos para a coleta nos setores.

A sala de utilidades ou expurgo pode ser compartilhada para o armazenamento temporário dos RSS dos Grupos A, D e E, devendo ser compatível com a área a ser ocupada pelos coletores em uso.

No armazenamento temporário e externo de RSS é obrigatório manter os sacos acondicionados dentro de coletores com a tampa fechada.

O abrigo externo deve ter, no mínimo, um ambiente para armazenar os coletores dos RSS do Grupo A, podendo também conter os RSS do grupo E, e outro ambiente exclusivo para armazenar os coletores de RSS do grupo D.

Os RSS que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico podem ser encaminhados para reciclagem, recuperação, reutilização, compostagem, aproveitamento energético ou logístico reverso.

Os rejeitos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico devem ser encaminhados para disposição final ambientalmente adequada.

O tratamento dos RSS que apresentem múltiplos riscos deve obedecer à seguinte sequência:

- na presença de risco radiológico associado, armazenar para decaimento da atividade do radionuclídeo até que o nível de dispensa seja atingido;
- na presença de risco biológico associado contendo agente biológico classe de risco 4, encaminhar para tratamento;
- na presença de riscos químicos e biológicos, o tratamento deve ser compatível com ambos os riscos associados.



- **Classificação Dos Resíduos**

Grupo A: resíduos com a possível presença de agentes biológicos que por suas características, podem apresentar risco de infecção;

Grupo B: resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente;

Grupo C: resíduos contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratório de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia. Esses resíduos não são gerados pela grande maioria dos estabelecimentos de assistência odontológica no Brasil;

Grupo D: resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares ou comuns;

Grupo E: materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como agulhas e lâminas de bisturi, contaminados ou não.

- **Manejo dos Resíduos**

O manejo dos RSS deve focar os aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

1 - Segregação

Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

2 - Acondicionamento

Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam as ações de punctura e ruptura.

A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.

Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em sacos resistentes à ruptura e vazamento e impermeáveis, e deve ser respeitado o limite de peso de cada saco, além de ser proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

Os resíduos perfurocortantes devem ser acondicionados em recipientes resistentes à punctura, ruptura e vazamento, e ao processo de descontaminação utilizado pelo laboratório.

3 - Identificação

Esta etapa do manejo dos resíduos, permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.

Os sacos de acondicionamento, os recipientes de coleta interna e externa, os recipientes de transporte interno e externo, e os locais de armazenamento devem ser identificados de tal forma a permitir fácil visualização, de forma indelével.

4 - Transporte Interno

Esta etapa consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao



armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com outras atividades e deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

5 - Armazenamento Temporário

Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não pode ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

O armazenamento temporário pode ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justifiquem.

6 - Tratamento

Mesmo não sendo usual em estabelecimentos de assistência odontológica o tratamento preliminar consiste na descontaminação dos resíduos (desinfecção ou esterilização) por meios físicos ou químicos, realizado em condições de segurança e eficácia comprovada, no local de geração, a fim de modificar as características químicas, físicas ou biológicas dos resíduos e promover a redução, a eliminação ou a neutralização dos agentes nocivos à saúde humana, animal e ao ambiente.

7 - Armazenamento Externo

Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.

8 - Coleta e Transporte Externos

Consistem na remoção do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana. A coleta e transporte externos dos RSS devem ser realizados de acordo com as normas locais vigentes.

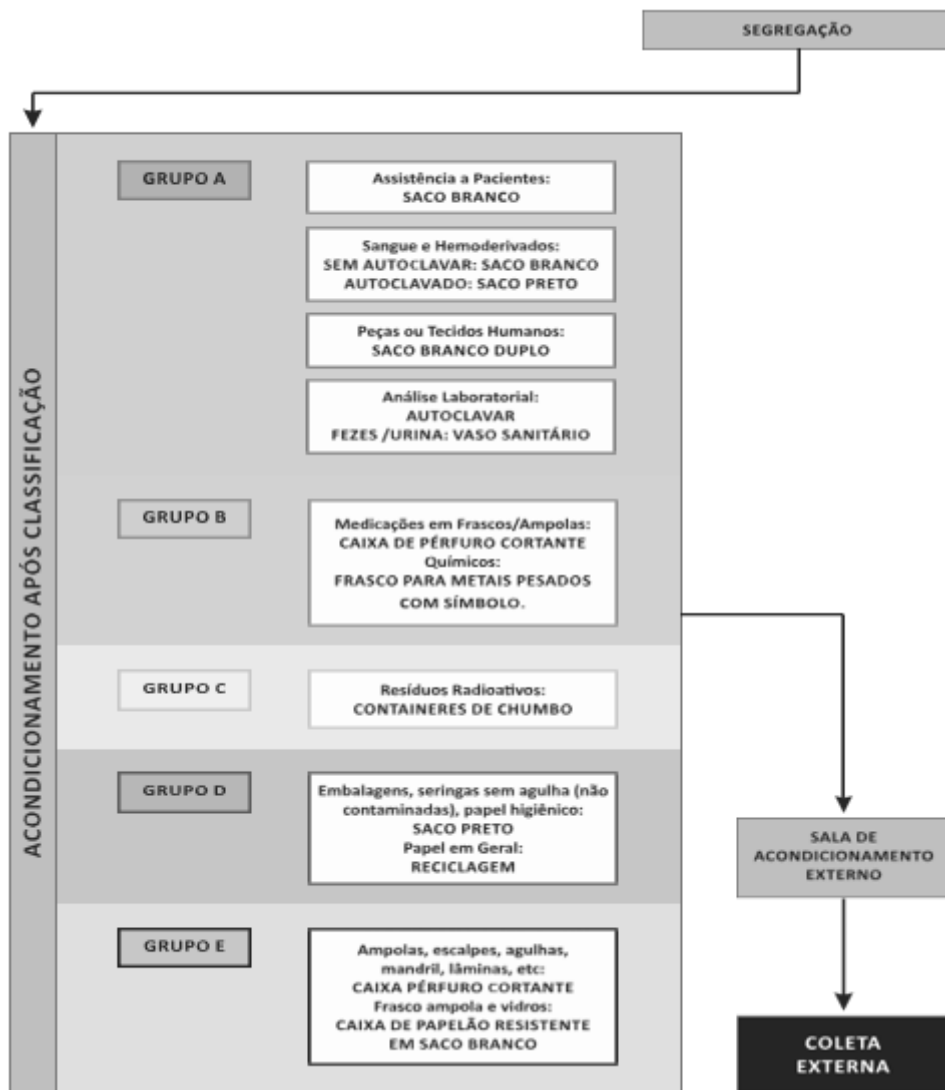
9 - Disposição Final

Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com legislação ambiental.

Abaixo a Classificação dos Resíduos de Saúde:



A seguir apresentamos o Fluxograma dos Resíduos de serviços de Saúde:



1.2. Implantação de gestão

Toda nossa gestão esta pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

- Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais;
- Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior;
- Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

A gestão da unidade será realizada por uma equipe técnica devidamente qualificada, preparada e selecionada para este fim, a fim de otimizar a utilização dos recursos e os processos gerenciais do Hospital.

O modelo gerencial proposto obedecerá aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, atendendo às políticas públicas definidas em consonância com normas emanadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, mediante decretos, portaria, resoluções e normas sanitárias.

O objetivo desta proposta é apresentar um modelo de gestão participativo e inovador trazendo para a esfera pública do Sistema Único de Saúde - SUS, o mesmo cuidado dispensado à clientela de outros sistemas de saúde, complementares. Assim, foi traçado um plano de gestão que valoriza os investimentos do SUS ampliando a resolutividade com todo seu aporte tecnológico de diagnose e terapia.

O FAS gerará um alto padrão assistencial, fortemente ligado à produção de benefícios na atenção à saúde da população, atuando junto à comunidade, o que assegura o caráter público da



prestação de serviços. O mesmo possui a habilidade necessária para a execução dos serviços assistenciais inclusive para a expansão de atividades extra Hospitalares, sendo capaz de cumprir o Contrato de Gestão, desde a organização e implantação do serviço, a sua execução, expansão, com as respectivas avaliações de resultados e prestação de contas.

A melhoria contínua da qualidade faz parte do planejamento, uma vez que visamos à implantação de programas que promovam a melhoria da qualidade em até 180 dias e com reavaliação mensal, possibilitando assim, uma prestação com maior qualidade e no menor espaço de tempo possível após a sua implantação.

Dentro da perspectiva do processo de trabalho, a instituição apresentará rotinas e protocolos a serem utilizados na Unidade, porém, toda a rotina é passível de alteração, uma vez que as metodologias são verificadas diuturnamente pela equipe de qualidade da OS. Todos os modelos serão, previamente, definidos em conjunto com o parceiro público, considerando a realidade local e a participação da equipe multiprofissional e implementado sob a ótica dos casos de maior incidência, segundo dados epidemiológicos e outras informações relevantes.

Alguns protocolos e rotinas são gerenciados, de forma a permitir o acompanhamento de indicadores e melhoria contínua. Há um processo estruturado de coleta de dados e monitoramento de resultados, que têm como objetivos a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

Com a Implantação de um Modelo Integral de Gestão o FAS se compromete com a proteção da dignidade humana, desenvolvendo suas atividades de gestão segundo os preceitos propagados por uma metodologia própria de gestão de saúde, pautada em 5 dimensões fundamentais – a metodologia 4As – onde a gestão subdivide-se nos seguintes Macroprocessos:

ACOLHIMENTO: serão trabalhados os aspectos subjetivos e humanos inerentes à atividade assistencial. A abordagem se dá por meio de um processo permanente de educação em serviço, treinamento de posturas e valorização das relações humanas no ambiente de saúde.

ABASTECIMENTO: dimensão onde são implementadas práticas consagradas em Gestão de Suprimentos, a fim de otimizar a utilização e garantir o melhor insumo, no tempo e na quantidade adequados, para o desenvolvimento das práticas profissionais.

ADMINISTRAÇÃO: são definidas todas as premissas administrativas, regimentais e documentais da gestão, abrangendo todos os setores, sistemas de documentação e arquivos, trâmites burocráticos e boas práticas administrativas, além dos referenciais orçamentários e financeiros que garantam a transparência e o senso otimizado de performance em todas as atividades realizadas.

ASSISTÊNCIA: garantir a segurança tanto para os pacientes como para os profissionais. A Assistência é a finalidade, o objetivo principal da existência da Unidade. E o processo de gestão da Unidade de saúde é complexo, e exige uma gestão diferenciada de Riscos. O FAS entende que é preciso repensar a estruturação das Unidades de saúde, com a intenção de melhorar as



práticas de qualidade e assistência ao paciente. A estrutura de uma Unidade de saúde é ampla, extremamente diversificada, e, para um bom resultado assistencial, cada instituição deve desenvolver um conjunto de regras, normas, protocolos de segurança assistencial, e monitorar sua performance estabelecendo indicadores de atualidade e expectativas formais de desempenho.

Nosso modelo de Gestão fomenta o estabelecimento de um processo permanente de análise crítica, que reflete na melhoria e agilidade do atendimento e maior segurança ao paciente em todo o sistema, dentre todos os demais procedimentos descritos nesta proposta técnica.

O Plano Gerencial proposto é orientado para o estabelecimento de centros de resultado, os quais propiciam a descentralização, a autonomia gerencial, os sistemas de controle, a administração de processos, bem como a tomada de decisão, com base no sistema de informações gerenciais. Seguindo os preceitos do presente edital será implantada ações e atividades em consonância com a legislação vigente, as Políticas e Programas do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde, pertinentes ao perfil assistencial da Unidade, com foco na qualidade, tais como:

- Manter em funcionamento satisfatório o Serviço de Acolhimento, com Classificação de Risco, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização - PNH;
- Revisar e, se for o caso, modernizar o processo de trabalho da assistência e de gerência, de acordo com as diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização - PNH;
- Realizar em conjunto com a FMS atividades de Educação Permanente, objetivando a transformação e a qualificação da assistência;
- Prestar atendimento de Urgência e Emergência de forma ampliada e qualificada, com acesso humanizado e integral em consonância com a portaria da Rede de atenção a Urgência e Emergência - RUE;
- Avaliar o funcionamento e, se for o caso, reestruturar o Programa de Gerenciamento de Risco;
- Avaliar o funcionamento e, se for o caso, reestruturar o Núcleo Interno de Regulação - NIR, sob coordenação técnica da SES;
- Cumprir e fazer cumprir os convênios firmados entre a FMS e outras instituições que tenham como objetivo viabilizar novos procedimentos e ampliar o atendimento de saúde da população;
- Sanear as finanças de acordo com o previsto neste edital sem colocar em risco a prestação de serviços de saúde.
- Zelar pela observância no disposto na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) – Lei Federal nº 13.709 de 14/08/2018 e modificada pela Lei nº 13.853 de 08/07/2019;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de atendimento;
- Tratamento de complicações e intercorrências que possam ocorrer ao longo do processo assistencial;

- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal, que motivou o atendimento do usuário, e que possam ser necessários devido às condições especiais do usuário, entre outras causas;
- Assegurar o suporte assistencial aos pacientes críticos nas unidades, inclusive durante a sua transferência para unidade Hospitalar de maior complexidade;
- Garantir o atendimento de urgência e emergência, observado o protocolo de acolhimento e classificação de risco;
- Ser instrumento integrado à rede própria estadual como forma de fortalecer a própria rede em suas especificidades e necessidades, inclusive participando de planos de contingência para enfrentamento de epidemias e calamidades públicas declaradas.

1.2.1. IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

As rotinas das Unidades seguirão o padrão de Qualidade preconizado pelo FAS, cujo objetivos são:

- Fornecer quantidade desejada de produtos aos usuários, objetivando alcançar níveis de custos aceitáveis e competitivos;
- Proporcionar subsídios e condições para que os produtos médicos se movimentem da maneira mais rápida e eficaz possível;
- Dispor o produto médico certo, no lugar certo, no tempo certo, e nas condições desejadas, ao mesmo tempo em que se fornece a maior contribuição ao negócio principal da Instituição que é salvar vidas;
- Colimar esforços dos diversos setores envolvidos diretamente com a gestão dos insumos;
- Otimizar os fluxos operacionais, evitando-se os retrabalhos e controles desnecessários;
- Estabelecer critérios para que o comprador defina pelo melhor custo do mercado enfatizando princípios da Instituição;
- Otimizar o recurso pessoal, aumentando a eficácia dos controles sem onerar os fluxos;
- Racionalizar estoques, através de uma gestão segura e centralizada.

Os medicamentos deverão estar disponíveis na unidade, contemplando medicamentos usados na primeira abordagem dos usuários graves e também sintomáticos, antibióticos e anticonvulsivantes, podendo permanecer mais tempo, caso haja indicação para internação.

As rotinas e protocolos referentes a medicamentos e materiais de consumo gerais e médico tem como objetivo investigar o modelo de gestão de estoques em materiais e medicamentos de uso pelas unidades. Tem como foco a área de materiais da Unidade envolvendo compras, almoxarifado, farmácia e dispensário de medicamentos, visando identificar as possíveis disfunções existentes. Toma como referência as modernas técnicas da engenharia de produção e os modelos teóricos de gestão de estoques disponíveis, oferecendo condições que permitirão, se implementadas as ações sugeridas, transformar a gestão de estoques de materiais, numa



administração produtiva e de qualidade, trazendo benefícios para todos os envolvidos no processo.

A área de Suprimentos manterá sob seu gerenciamento a Farmácia, Almoxarifado e Compras, onde a atividade principal é a gestão adequada do arsenal de produtos indispensável para o bom funcionamento da rotina, envolvendo diversos aspectos, tais como: aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição de produtos.

A Central de Suprimento será composta pelas funções que desempenham as seguintes atividades e suas respectivas implicações, quais sejam:

- Compra: serviço que tem por finalidade prover os materiais necessários à organização, nas quantidades corretas e no momento certo, na melhor qualidade e ao menor custo;
- Recebimento e conferência: local destinado ao acompanhamento e controle dos produtos adquiridos pela unidade, objetivando verificar se o que foi solicitado é o que está sendo atendido, seguindo os critérios de preço, prazo de entrega, condição de pagamento, qualidade do produto, dentre outros;
- Armazenamento: setor que permite conhecer as peculiaridades da unidade quanto à armazenagem dos materiais e medicamentos para o atendimento aos pacientes, salientando os cuidados a serem observados e complexidade existente nesse processo;
- Gestão de estoques: através da utilização de parâmetros de controle é realizado o planejamento de estoques, propiciando otimizar os custos inerentes aos itens adquiridos pela unidade;
- Farmácia satélite: é um sub-estoque destinado a dispensação de medicamentos e materiais médicos aos pacientes e estando localizada em lugares estratégicos para disponibilização dos produtos em tempo hábil;
- Distribuição: setor responsável pela dispensação dos materiais e medicamentos constantes na unidade, bem como produtos destinados a distribuição domiciliar.

1.2.1.1. Compras

O setor de Compras irá gerenciar todos os materiais disponíveis na Unidade e pela grande variedade de materiais envolvidos neste íterim, a gestão deve ser realizada considerando os estoques subdivididos em dois grupos: os produtos envolvidos diretamente em atividades médicas irão chamar apenas de Produtos Médicos – (PM) e aquele utilizado no suporte administrativo ou de diagnóstico chamará de Produtos Administrativos – (PA).

Quadro esquemático das Ações do setor

Ação	Responsável	Descrição Da Ação
Acompanhamento dos pedidos	Comprador	Os compradores deverão entrar em contato com as empresas antes do prazo de entrega,



		qualquer divergência entre prazo de entrega e ordem de compra deverá ser informado à chefia imediata.
Verificação dos pedidos pendentes	Comprador	O comprador deverá solicitar ao responsável pelo almoxarifado os pedidos pendentes de entrega. A primeira medida é entrar imediatamente em contato com o fornecedor e informar ao almoxarifado e/ou chefia imediata.
Cancelamento de pedidos	Comprador	O cancelamento de pedidos pendentes de entrega, deverá ter o aval da chefia imediata, onde serão avaliadas todas as situações.
Ressuprimento	Comprador	Os compradores verificarão com os responsáveis o ressuprimento diário do estoque, verificando se existem itens que deverão ser comprados fora do período requisitivo. Caso tenha compras de urgência, o setor deverá providenciar a solicitação de compra para aprovação da chefia imediata.
Baixas dos pedidos	Comprador	O comprador deverá verificar diariamente se o responsável do almoxarifado está dando baixa nos pedidos no sistema eletrônico. Qualquer não conformidade encontrada nas baixas o comprador deverá abrir uma ocorrência para o responsável pelo almoxarifado e informar à chefia imediata.

Os PM's em geral são recuperáveis (tem cunho altamente técnico e são regidos por legislação específica do Ministério da Saúde). São utilizados diretamente em pacientes e variações em suas características podem acarretar prejuízo na saúde dos mesmos.

Os PA's em geral são utilizados para atividades administrativas, de governança ou de diagnóstico (filmes) e alterações em suas características não interferem diretamente na saúde dos pacientes. Pelo exposto percebe-se que os PM's necessitam de uma gestão técnica efetiva enquanto os PA's ainda que possam indiretamente causar danos à saúde, em geral não requerem essa supervisão.

1.2.1.2. Compras Programadas

A forma da aquisição é programada mensalmente, baseada na média de consumo, sempre



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

levando em consideração o perfil de atendimento da Unidade e sazonalidade.

O objetivo da execução das compras programadas e ter um melhor poder de barganha e evitar falta de produtos padronizados.

A unidade terá uma padronização dos produtos por ela utilizados elaborado por uma comissão interna e/ou indicada pela Secretaria, baseada nas portarias já existentes.

Uma vez que o modelo de reposição esteja estabelecido, conforme política de estocagem, as programações mensais passam a ser realizadas pelo Setor de Suprimentos para os PM's e pela Farmácia para os Medicamentos, dessa forma deverá ser estabelecido previamente o modelo a ser adotado, buscando uma equação que mais se adéque as realidades.

O acompanhamento de estoque é feito da mesma forma, com responsabilidade administrativa e análise técnica, sobretudo para os medicamentos dando ênfase à tendência de consumo.

Quadro esquemático das ações de recebimento

Ação	Responsável	Descrição Da Ação
1. Recebimento da requisição de Materiais	Almoxarife e/ou Aux. Almoxarifado	Receber a requisição de materiais, pelo sistema informatizado, devidamente preenchido pelo colaborador designado pelo Gestor da área.
2. Separação	Almoxarife e/ou Aux. Almoxarifado	Separar os produtos, conforme solicitação feita pelo setor.
3. Lançamento/Baixa do material	Almoxarife e/ou Aux. Almoxarifado	Registrar no sistema informatizado a saída do material por setor/centro de custo.
4. Entrega/programação	Almoxarife e/ou Aux. Almoxarifado	Entregar nos Setores os materiais, acompanhados por uma via da requisição de materiais, a qual deverá ser vista pelo setor solicitante. As entregas serão feitas nos dias: terças e quintas para todos os setores do Hospital e no sábado para o setor de Higiene. Obs.: Os pedidos para a entrega na terça deverão ser realizados até às 18 horas da segunda-feira. Os pedidos para entrega na quinta-feira deverão ser realizados até às 18 horas da quarta-feira. Os pedidos solicitados

		pelo Setor de Higiene para entrega no sábado deverão ser solicitados até às 12 horas da sexta-feira. As solicitações feitas após o período acima descrito serão entregues no próximo dia de entrega ou deverão ser retirados no Almoxarifado pelo requisitante, respeitando o horário de funcionamento do setor.
5. Armazenar e Guardar os itens recebidos.	Aux. de Almoxarifado e/ou Almoxarife	Armazenar os materiais nos pallets e prateleiras do Almoxarifado, de acordo com os gêneros, deixando os mesmos agrupados, facilitando a localização. Os materiais deverão ser armazenados de acordo com o peso e volume. Os frágeis devem ser armazenados seguindo a orientação do fabricante. Os mais pesados devem preferencialmente ficar na parte inferior das prateleiras ou ainda em pallets conforme o volume, e os materiais leves na parte superior das prateleiras também de acordo com o volume.
6. Ordenar a guarda dos produtos com segurança.	Aux. de Almoxarifado e/ou Almoxarife	Os produtos devem ser armazenados de tal forma a contemplar sua validade (sistema PVPS), primeiro que vence primeiro que sai. Ficar atento aos fatores de riscos: - Empilhamento máximo permitido de caixas, seguindo sempre a orientação do fabricante; - Proteger os materiais da luz direta do sol; - Nunca acondicionar diretamente sobre o chão, mas sim sempre sobre estrados; - Nunca encostar as caixas em paredes ou entre si deixando sempre espaços para circulação do ar (recomenda-se 10 cm).
7. Armazenamento de produtos químicos e inflamáveis	Aux. de Almoxarifado e/ou	O armazenamento de produtos químicos e inflamáveis será no local apropriado, (sala de produtos químicos) devendo ficar longe do



	Almoxarife.	calor, num ambiente ventilado, mantendo sempre o controle diário de temperatura. Esta sala deve estar devidamente identificada alertando os riscos dos produtos que estão armazenados. A sala deve conter: termômetro de ambiente digital. Para que haja segurança e proteção aos colaboradores, a sala deverá estar trancada e somente pessoas autorizadas devem manipular estes químicos.
8. Inspecionar a validade dos produtos armazenados	Almoxarife	Emitir relatório do sistema com o nome relatório de materiais e medicamentos a vencer. O mesmo será emitido mensalmente toda a quinzena do mês, com um horizonte de conferência de 90 dias, o relatório deve ser conferido com os itens existentes no almoxarifado, e serem tratados da seguinte forma: Os materiais que irão vencer em 90 dias devem ser criticados e solucionados da seguinte forma: os que irão vencer e não serão consumidos em 90 dias deverão ser trocados com outras instituições ou hospitais parceiros. Quanto aqueles que iremos consumir, apenas se certificar de que este está na posição certa para ser dispensado por primeiro. O relatório após conferido deve ser arquivado e devidamente anotado a data de conferência e as observações sobre as ações realizadas.

O colaborador da Farmácia deverá controlar as condições de armazenamento dos PM's e garantir a qualidade destes produtos (validade, marcas, etc.).

A logística de distribuição para os setores é de responsabilidade do setor de Suprimentos, obedecendo aos critérios adotados como estocagem máxima e perfil de consumo.

Atribuições Específicas da Área de Compras:

- Desenvolver novos produtos e fornecedores no mercado de material médico e insumos;



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

- Estabelecer e manter atualizado um cadastro geral de materiais;
- Estabelecer e manter atualizado um cadastro de fornecedores;
- Emitir as tomadas de preços ou diretamente contatar os fornecedores e identificar as melhores condições de fornecimento;
- Obedecer às especificações técnicas dos materiais a serem adquiridos;
- Efetuar todas as compras em nome da Instituição;
- Desenvolver os meios de transporte das mercadorias, caso seja necessário, assim como as respectivas empresas prestadoras desses serviços;
- Manter a Direção da unidade sempre informada quanto aos problemas de aquisição e/ou atrasos de entrega dos materiais comprados pela Instituição;
- Garantir o suprimento constante de todos os recursos materiais necessários ao funcionamento da unidade.

1.2.2. PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE

Apresentamos a seguir uma proposta preliminar de regimento interno para a Unidade que após assunção da Unidade será validado junto aos gestores e posteriormente implementado no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho.

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Artigo 1º - O presente Regimento Interno (RI) disciplina as normas e rotinas a ser seguida pelos diversos setores da unidade, visando a organização e o bom funcionamento dos serviços, garantindo qualidade no atendimento prestados à população.

Artigo 2º - O Hospital é uma Unidade de Saúde de Órgão Público Estadual Credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS), e tem por objetivo, prestar assistência Hospitalar.

O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ possui edificação térrea e três andares superiores. A Unidade possui recepção ambulatorial, laboratório, ambulatório, setor de exames por imagem, centro de testagem e aconselhamento, unidade do hemocentro, maternidade, centro cirúrgico, centro de material e esterilização, farmácia, almoxarifado e serviços de apoio.

Artigo 3º - O orçamento e custeio da unidade será mantido por verbas orçamentárias destinadas pela Secretaria Estadual de Saúde.

CAPÍTULO II - DA COMPETÊNCIA

Artigo 4º - É de competência do Hospital:

- i. Estar aberto 24 horas diárias para assistência gratuita respeitando os princípios do SUS, de acordo com a legislação vigente no Brasil (Lei 8.080/90);
- ii. O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ) é uma unidade de Assistência 24 horas, com atendimentos de demanda espontânea para Obstetrícia, assim como demanda



regulada pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, sendo referência para todo o Estado de Goiás.

iii. A Unidade Hospitalar deverá assegurar minimamente a assistência multiprofissional aos pacientes internados nas seguintes especialidades:

- a. Assistente Social;
- b. Bucomaxilofacial;
- c. Enfermagem;
- d. Farmácia;
- e. Fisioterapia;
- f. Fonoaudiologia;
- g. Nutrição;
- h. Psicologia; e
- i. Terapia Ocupacional.

iv. A Unidade Hospitalar deverá assegurar minimamente as especialidades médicas no atendimento de Urgência e emergência:

- a. Bucomaxilofacial;
- b. Cirurgia Geral;
- c. Clínica Médica;
- d. Ortopedia e Traumatologia;
- e. Obstetrícia;
- f. Neurologia;
- g. Pediatria; e
- h. Urologia.

v. A Unidade Hospitalar deverá assegurar minimamente as especialidades médicas no atendimento de ambulatório:

a. O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas à Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, respeitando-se o limite da capacidade operacional do ambulatório.

- b. Angiologia e Cirurgia Vascular;
- c. Cardiologia;
- d. Cirurgia Geral;
- e. Cirurgia Pediátrica;
- f. Dermatologia;
- g. Ginecologia;
- h. Infectologia (VVS);
- i. Obstetrícia (egresso);



- j. Oftalmologia;
- k. Ortopedia e Traumatologia;
- l. Otorrinolaringologia adulto e pediátrica;
- m. Pediatria (egresso);
- n. Psiquiatria; e
- o. Urologia.

CAPÍTULO III - DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Artigo 5º - Todos os funcionários deverão obedecer rigorosamente ao horário de trabalho, afixado pela direção ou responsável pelo setor.

Artigo 6º - Deverá o funcionário respeitar todas as normas e regulamentos do Hospital.

Artigo 7º - Será obrigatório o uso de uniforme e, que será confeccionado de acordo com a necessidade de cada setor.

Artigo 8º - Deverá o funcionário, zelar pela limpeza e pelo patrimônio do Hospital, seguindo as normas e rotinas.

Artigo 9º - A Unidade de saúde para exercício de suas funções possui estrutura básica, instalações e equipamentos específicos, e de pessoal próprio para o seu funcionamento. E tem a seguinte estrutura organizacional:

- i. Representante da Direção – Diretor Geral;
- ii. Representantes dos Médicos – Diretor Técnico;
- iii. Representantes dos Enfermeiros – Diretor de Enfermagem;
- iv. Representante dos Administrativos – Diretor Administrativo e Financeiro;
- v. Representantes técnicos – Diretor Multiprofissional e responsáveis técnicos de Nutrição, Assistência Social, Psicólogo, Fisioterapia, Laboratório, RX e da Farmácia.

Artigo 10 - À Diretoria Geral compete:

- i. Coordenar, acompanhar e conduzir as diretrizes e objetivos da política de saúde preconizada para o Hospital;
- ii. No HOSPITAL deverá Coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas pelas Comissões Permanentes, como: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Comissão de Ética Médica; Comissão de Ética Enfermagem; Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde; Comissão de Óbitos; Comissão de Revisão de Prontuários; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes; Comissão de Nutrição Enteral e Parental; Comissão de Farmácia e Terapia; Comissão de Transplantes por Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOOT; Comissão Transfusional; Núcleo de Engenharia Clínica; Núcleo de Segurança do Paciente; Núcleo de Vigilância Epidemiológica – NVE; objetivando a articulação e o cumprimento de seus objetivos propostos;



- iii. Coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas através da Diretoria Técnica e Clínica Assistencial, Diretoria Administrativa e Financeira, Diretoria de ensino e pesquisa, Gerência Multiprofissional, objetivando a eficiência e a eficácia da organização;
- iv. Promover articulação com órgãos afins para o desenvolvimento de programas, convênios e parcerias da Instituição Hospitalar;
- v. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;
- vi. Colaborar na humanização do atendimento Hospitalar.

Artigo 11 - À Diretoria Técnico-Assistencial do HOSPITAL compete:

- i. Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Geral do Hospital;
- ii. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões: Coordenação da Clínica Médica, Coordenação da Clínica Cirúrgica, Coordenação da Urgência e Emergência, Coordenação do Ambulatório, Coordenação da neurocirurgia, Coordenação da Cardiologia, Coordenação da ortopedia, Coordenação no segundo ano para medicina hiperbárica e hemodinâmica, Supervisão do Laboratório de Análises Clínicas, Supervisão de Diagnóstico por Imagem, Supervisão do Serviço Social, Supervisão de Ensino Científico e Cultural, Coordenação de Nutrição e Dietética;
- iii. Coordenar a assistência médico-Hospitalar prestada aos pacientes;
- iv. Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional do corpo clínico;
- v. Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-Hospitalares, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;
- vi. Estabelecer, junto aos Coordenadores e Supervisores, critérios para o ingresso de profissionais de saúde, voluntários, nos serviços do Hospital que venham contribuir para a melhoria da assistência, ensino e pesquisa;
- vii. Manter contato com a Direção Geral do Hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços Hospitalares;
- viii. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;
- ix. Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- x. Colaborar na humanização do atendimento Hospitalar;
- xi. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- xii. Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe;
- xiii. Fazer cumprir as normas dos Conselhos Federal e Regional de Medicina e dos multiprofissionais.



Artigo 12 - À Diretoria de Enfermagem do HOSPITAL compete:

- i. Cumprir e fazer cumprir o regimento do Hospital e as determinações da Direção Geral do Hospital;
- ii. Planejar, gerenciar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas pelas seguintes Supervisões: Supervisão do Ambulatório; Supervisão da Urgência e Emergência, Supervisão das Unidades de Saúde de Internação; Supervisão de Centro Cirúrgico; Supervisão da Central de Material e Esterilização;
- iii. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso Hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
- iv. Colaborar com a fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem - COREN, sempre que solicitado e, no encaminhamento do pessoal notificado para regularização junto a este Órgão;
- v. Desenvolver programas de assistência integral e contínua aos pacientes e de orientação e atualização de conhecimento à sua equipe;
- vi. Organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade do Hospital;
- vii. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;
- viii. Manter contato com a Direção Geral do Hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços Hospitalares;
- ix. Colaborar na humanização do atendimento Hospitalar;
- x. Conhecer e divulgar para sua equipe o Código de Ética do profissional de enfermagem;
- xi. Atender sempre às convocações do COREN, no prazo determinado;
- xii. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- xiii. Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe;
- xiv. Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
- xv. Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Enfermagem.

Artigo 13 - À Diretoria Administrativa compete:

- i. Cumprir e fazer cumprir o regimento do Hospital e as determinações da Direção Geral do Hospital;
- ii. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através dos chefes setoriais: Supervisões Administrativas, Gestão de Pessoas (Departamento Pessoal e Recurso Humanos), Serviços Gerais, Lavanderia e Rouparia, Compras, Almoxarifado e Patrimônio, Coordenação Financeira (Contabilidade, Tesouraria e Faturamento), Coordenação de Assistência Farmacêutica (Supervisão de Dispensação Médica), comissão de Licitação, Manutenção de Equipamentos e Transporte, Manutenção Predial, Tecnologia da Informação, dentre outras que porventura se fizer necessária;



- iii. Examinar solicitações e sugestões da área administrativa e adotar as providências que julgar necessárias;
- iv. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- v. Proporcionar ao Serviço de Apuração de Custos, através do registro das atividades, condições de coletar dados para fins de estatística e levantamento de custos e de indicadores gerenciais;
- vi. Manter contato com a Direção Geral do Hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços Hospitalares;
- vii. Estudar e propor medidas que visem a melhoria administrativa dos serviços Hospitalares;
- viii. Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- ix. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;
- x. Colaborar na humanização do atendimento Hospitalar.

Artigo 14 - À Diretoria Multiprofissional compete:

- i. Cumprir e fazer cumprir o regimento interno da Unidade e as determinações da Direção Geral do Hospital;
- ii. Desenvolver programas de assistência integral e contínua aos pacientes e de orientação e atualização de conhecimento à sua equipe;
- iii. Organizar os serviços multiprofissionais de acordo com a especificidade da Unidade;
- iv. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- v. Manter contato com a Direção Geral da Unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços Hospitalares;
- vi. Colaborar na humanização do atendimento Hospitalar;
- vii. Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- viii. Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe;
- ix. Fazer cumprir as normas dos Conselhos Federal e Regional dos multiprofissionais.

Artigo 15 - À assessoria de ensino e pesquisa compete:

- i. Coordenar o planejamento e a execução das políticas institucionais de pesquisa;
- ii. Organizar a pesquisa e avaliar os seus resultados;
- iii. Fomentar as atividades de pesquisa por meio do apoio aos grupos de pesquisa;
- iv. Incentivar a produção científica e a inserção do HOSPITAL na comunidade científica nacional e internacional;
- v. Presidir o Comitê Assessor de Pesquisa do HOSPITAL;
- vi. Promover atividades regulares de formação em pesquisa;
- vii. Fomentar a integração permanente entre a pesquisa, o ensino e a extensão.



Artigo 16 - Ao Responsável Técnico de Nutrição compete:

- i. Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as ações desenvolvidas através da Supervisão de Produção e Supervisão de Dietética;
- ii. Realizar o planejamento administrativo do S.N.D., coordenando, controlando e avaliando o sistema produtivo dos insumos, visando proporcionar aos comensais uma adequada assistência nutricional, embasada em fundamentos técnico-científicos;
- iii. Colaborar na humanização do atendimento Hospitalar;
- iv. Fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;
- v. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;
- vi. Manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do Hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços Hospitalares;
- vii. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- viii. Colaborar e participar de programas de ensino e pesquisa no campo da Nutrição;
- ix. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Artigo 17 - Ao Responsável Técnico do Serviço Social compete:

- i. Atuar de forma integrada com as políticas públicas e a rede assistencial de serviços objetivando atender as necessidades sociais dos pacientes;
- ii. Colaborar na humanização do atendimento Hospitalar;
- iii. Colaborar na agilização e racionalização dos leitos Hospitalares;
- iv. Defender a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais no Hospital;
- v. Democratizar as informações e o acesso aos serviços de saúde disponíveis no Hospital e na rede;
- vi. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;
- vii. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- viii. Manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do Hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços Hospitalares;
- ix. Planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do serviço social;
- x. Realizar estudo sobre as demandas do Serviço Social no setor saúde;
- xi. Participar de programas de atualização, aperfeiçoamento profissional, capacitação e desenvolvimento em Serviço Social;
- xii. Promover a participação do paciente na assistência Hospitalar;
- xiii. Promover educação em saúde no Hospital;
- xiv. Trabalhar a situação socioeconômica e cultural dos pacientes, relacionada ao processo saúde-doença.



Artigo 18 - Ao Responsável Técnico de Psicologia compete:

- i. Supervisionar tecnicamente as rotinas e atendimentos na Unidade;
- ii. Manter-se à disposição da equipe sendo responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades, garantindo a integração do eixo teórico-prático e o desenvolvimento de competências;
- iii. Realizar seleção profissional, montar escala de serviços, planejar o fluxo de trabalho, elaborar instrumentais e protocolos de normas e rotinas do serviço;
- iv. Garantir que toda equipe tenha conhecimento das normas e rotinas da instituição, bem como cumpra com os requisitos dispostos no Código de Ética Profissional;
- v. Garantir que o trabalho do psicólogo seja realizado a partir de referencial teórico e técnicas devidamente regulamentadas pelo Conselho Federal de Psicologia;
- vi. Realizar interlocução entre a equipe e a direção do Hospital, transmitindo informações que assegurem a qualidade e o funcionamento do serviço;
- vii. Prestar assistência psicológica em todos os setores do Hospital, quando solicitado, emitindo parecer técnico para subsidiar os demais membros da equipe multiprofissional na tomada de decisões;
- viii. Coordenar e administrar medicamentos; coordenar e gerenciar pessoal sob sua responsabilidade;
- ix. Elaborar, coordenar e implementar a política de medicamentos da Instituição, respondendo tecnicamente pelos procedimentos que envolvem a qualidade de medicamentos utilizados pela Instituição;
- x. Normatizar uso de medicamentos; planejar ações de assistência farmacêutica; implementar ações de assistência farmacêutica; participar de ações de vigilância epidemiológica;
- xi. Propor protocolos de tratamento; participar nos estudos de ensaios clínicos e no programa de farmacovigilância do Hospital;
- xii. Colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área de farmácia realizando treinamentos periódicos;
- xiii. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- xiv. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;
- xv. Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;
- xvi. Realizar reunião periódica com a equipe para monitoramento das atividades em curso e projetadas, assim como avaliar em conjunto os indicadores.

Artigo 19 - Ao Responsável Técnico de odontologia compete:

- i. Supervisionar tecnicamente as rotinas e atendimentos na Unidade;
- ii. Manter-se à disposição da equipe sendo responsável pelo acompanhamento e avaliação das

atividades, garantindo a integração do eixo teórico-prático e o desenvolvimento de competências;

iii. Realizar seleção profissional, montar escala de serviços, planejar o fluxo de trabalho, elaborar instrumentais e protocolos de normas e rotinas do serviço;

iv. Garantir que toda equipe tenha conhecimento das normas e rotinas da instituição, bem como cumpra com os requisitos dispostos no Código de Ética Profissional;

v. Garantir que o trabalho do odontologista seja realizado a partir de referencial teórico e técnicas devidamente regulamentadas pelo Conselho Federal de Odontologia;

vi. Realizar interlocução entre a equipe e a direção do Hospital, transmitindo informações que assegurem a qualidade e o funcionamento do serviço;

vii. Prestar assistência psicológica em todos os setores do Hospital, quando solicitado, emitindo parecer técnico para subsidiar os demais membros da equipe multiprofissional na tomada de decisões;

viii. Coordenar e administrar medicamentos; coordenar e gerenciar pessoal sob sua responsabilidade;

ix. Elaborar, coordenar e implementar a política de medicamentos da Instituição, respondendo tecnicamente pelos procedimentos que envolvem a qualidade de medicamentos utilizados pela Instituição;

x. Normatizar uso de medicamentos; planejar ações de assistência farmacêutica; implementar ações de assistência farmacêutica; participar de ações de vigilância epidemiológica;

xi. Propor protocolos de tratamento; participar nos estudos de ensaios clínicos e no programa de farmacovigilância do Hospital;

xii. Colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área de farmácia realizando treinamentos periódicos;

xiii. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

xiv. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

xv. Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;

xvi. Realizar reunião periódica com a equipe para monitoramento das atividades em curso e projetadas, assim como avaliar em conjunto os indicadores.

CAPÍTULO IV - DOS PACIENTES

Artigo 20 - A Internação do paciente será feita da seguinte ordem, de preferência:

- i. Os encaminhados pelo serviço de emergência seguindo o protocolo de Classificação de Risco;
- ii. Os encaminhados pelo ambulatório;

Parágrafo Único - Os pacientes permanecerão no serviço de emergência apenas o tempo necessário ao recebimento dos primeiros socorros, devendo ser internados, encaminhado ao



setor de informação ou referenciado à outra unidade através do sistema de regulação, de acordo com as necessidades clínicas.

Artigo 21 - Os prontuários médicos e os documentos relacionados com a assistência dos pacientes, serão arquivadas no arquivo médico e estatística do HOSPITAL.

Artigo 22 - Os Prontuários são de guarda do HOSPITAL e não poderão ser retirados, salvo sob pedido judicial e através de fotocópia.

CAPÍTULO V - NORMA REFERENTE AOS HORÁRIOS PARA REFEIÇÕES

Artigo 23 - Para os pacientes serão servidas as refeições nos seguintes horários:

- i. Café da manhã às 07:30 às 08:30 horas;
- ii. Almoço às 12:00 às 13:30 horas;
- iii. Lanche no período vespertino às 16:00 às 17:00horas;
- iv. Jantar às 19:00 às 20:30horas.

CAPÍTULO VI - ACESSO DE VISITANTES

Artigo 24 - Critérios para liberar a entrada:

- i. Ser previamente identificado e estar portando documento oficial com foto no Serviço de Recepção;
- ii. Estar portando no peito, em situação visível, desprovido de qualquer obstáculo que concorra para encobri-lo, parcial ou totalmente, o crachá correspondente à sua área (setor / enfermaria) de destino;
- iii. Estar no horário de visita ou devidamente autorizado pela chefia do setor/ enfermaria;
- iv. Ser comprovadamente maior de 18 anos, em caso de acompanhante, e maior de 14 anos, para visitação;
- v. Apresentar-se com vestimenta adequada ao ambiente Hospitalar (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras);
- vi. Não estar portando qualquer gênero alimentício, exceto quando aprovado formalmente pelo Serviço de Nutrição e Dietética;
- vii. Não apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas;
- viii. Não estar fumando;
- ix. Não estar portando aparelhos eletro-eletrônicos, a menos que tenha sido previamente autorizado pela Coordenação de Enfermagem ou da Recepção;
- x. Não estar abalado emocionalmente de forma a prejudicar o paciente internado a ser visitado;
- xi. Militares ou membro de Poder Judiciário devem apresentar sua "carteira funcional", que comprove tal situação, e ter justificativa para entrar.

CAPÍTULO VII - MEDIDAS DE ORIENTAÇÃO



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

Artigo 25 - É de responsabilidade da equipe de enfermagem realizar as orientações cabíveis para acesso de visitantes e acompanhantes nos leitos, principalmente no que diz respeito à higienização das mãos/ antebraços e utilização de capotes conforme rotina de cada setor.

Artigo 26 - É vetada a realização de procedimentos Hospitalares por visitantes e acompanhantes, mesmo que este tenha conhecimento para tal.

Artigo 27 - A dieta oral poderá ser oferecida pelo acompanhante em situações extraordinárias, com autorização, orientação e responsabilidade do enfermeiro responsável pela unidade e/ou casos estabelecidos pelo Estatuto do Idoso.

Artigo 28 - Não visitar se tiver alguma doença infecto contagiosa, principalmente respiratório.

CAPÍTULO VIII - REVEZAMENTO ENTRE ACOMPANHANTES

Artigo 29 - O paciente terá direito a um acompanhante, segundo determina a legislação (Estatuto do Idoso, ECA, Portaria MS nº 2.418/2005, entre outras), ou de acordo com determinação da equipe multiprofissional.

- i. O revezamento entre acompanhantes deverá ser realizado no horário de visita;
- ii. Em situações extraordinárias, fica a critério da equipe multiprofissional responsável pela unidade liberar o revezamento em outro horário;
- iii. O revezamento deverá ocorrer na Recepção Principal.

CAPÍTULO IX - PROCEDIMENTOS GERAIS

Artigo 30 - Compete aos Recepcionistas:

- i. Receber cordialmente os visitantes;
- ii. Prestar respeitosamente as informações solicitadas e orientar sobre as normas e rotina de visitas ao HOSPITAL;
- iii. Conferir a listagem de pacientes internados, para verificar a enfermaria e o leito de cada um deles;
- iv. Realizar o cadastro dos acompanhantes em sistema de informação.

Artigo 31 - Compete aos Porteiros / Controladores de Acesso:

- i. Somente permitir a entrada de visitantes / acompanhantes nas dependências do Hospital devidamente identificados com o crachá adequado ou local da visita e de acordo com a portaria correspondente;
- ii. Informar aos visitantes que o Hospital não se responsabiliza pelos pertences pessoais (cheque, dinheiro, joias e outros) nas dependências do HOSPITAL;
- iii. Indicar a localização de cada enfermaria a ser visitada;
- iv. Impedir a entrada de pessoas alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas, com roupas inadequadas (saia curta, decote grande, bermuda, etc);
- v. Conferir permanentemente o crachá de identificação com o seu portador, para verificar a



compatibilidade dele com o local que está sendo visitado;

vi. Fazer rondas ostensivas durante o horário de visitas, com o objetivo de evitar tumultos e/ ou circulação de visitantes em locais não autorizados a eles;

vii. Controlar a saída dos visitantes, recolhendo os respectivos crachás, os quais deverão ser devolvidos à recepção;

viii. Verificar, na saída, se algum visitante não porta o crachá. Neste caso, buscar o motivo da não utilização do crachá e, em casos suspeitos, chamar a polícia;

ix. Não permitir a saída de visitante portando algum pacote, equipamento ou material, a menos que o visitante possua autorização expressa para tal;

x. Elaborar relatório de ocorrências, caso existam, e qualquer irregularidade durante o horário de visita comunicar, imediatamente, à sua chefia imediata.

Parágrafo único: No caso, o paciente somente poderá sair do leito / enfermaria acompanhado por alguém da equipe de enfermagem devidamente identificado, após confirmação da chegada de algum membro da família e transporte adequado, caso sejam necessários;

Artigo 32 - Compete à Equipe de Enfermagem:

i. Recepcionar os visitantes e acompanhantes com respeito, realizando as devidas orientações sobre a rotina da enfermaria;

ii. Orientar sobre a higienização das mãos e utilização de capotes nos setores em que houver necessidade;

iii. Explicar aos visitantes e acompanhantes como devem comportar-se durante a permanência ao lado dos clientes;

iv. Informar sobre quais os pertences pessoais que podem permanecer junto aos pacientes;

v. Contribuir com o fluxo de revezamento dos visitantes;

vi. Tirar as dúvidas dos visitantes e acompanhantes dentro de sua área de competência;

vii. Conversar com a família sobre os cuidados que estão sendo prestados aos clientes internados;

viii. Relatar aos porteiros sobre algum tumulto ocorrido e outras situações adversas ao sistema de segurança.

Artigo 33 - Compete aos Médicos:

i. Informar sobre o quadro clínico de cada cliente;

ii. Explicar sobre o uso dos medicamentos utilizados pelo paciente;

iii. Orientar sobre os procedimentos pós-alta do Hospital;

iv. Prestar outras informações que auxiliem na recuperação dos pacientes.

CAPÍTULO X - DO HORÁRIO DE TRABALHO



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

Artigo 34 - Nas escalas de trabalho contínuo, é proibido o abandono de posto sem a chegada de substituto.

Artigo 35 - A carga horária do pessoal de enfermagem é 40 horas semanais com uma escala de 12h/36h, já a recepção 40 horas com escala 12h/36h. É de competência dos funcionários respeitarem horários.

- i. Para Funcionários submetidos a carga horária de 8 horas/dia: 07:00 às 16:00 horas;
- ii. Para Funcionários submetidos a carga horária de 12h/36h diurnas: 07:00 às 19:00 horas;
- iii. Para Funcionários submetidos a carga horária de 12h/36h noturnas: 19:00 às 07:00 horas;
- iv. Para Funcionários submetidos a carga horária de 6 horas/dia: 07:00 às 13:00 horas matutino e das 13:00 às 19:00 horas vespertino;
- v. Para funcionários submetidos a carga horária de 24 horas: 07:00 às 07:00.

Artigo 36 - Haverá tolerância de três atrasos de até 15 minutos cada, por mês no início do expediente. Excedendo a tolerância estipulada, isto é, a partir do quarto atraso será descontado do funcionário os atrasos, seguido de advertência.

Artigo 37 - Das Faltas:

- i. As faltas por motivos particulares poderão ser justificadas pela chefia imediata e ratificadas pela diretoria administrativa;
- ii. O atestado médico, deverá ser entregue ao setor de Recursos Humanos, no máximo dentro de 48 horas, após a emissão do mesmo, pelo próprio funcionário ou familiar, quando da impossibilidade do funcionário;
- iii. Por justificativa de faltas, por motivos particulares, o interessado deverá procurar a chefia imediata;
- iv. A troca de plantão somente poderá ser feita entre funcionários do HOSPITAL desde que autorizada pela chefia imediata.

CAPÍTULO XI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 38 - Qualquer material danificado pelo funcionário e for comprovada negligência do mesmo, será descontado nos vencimentos deste.

Artigo 39 - O presente RI poderá ser modificado, em todo ou em parte, em reunião convocado especialmente para este fim, que o alterará por maioria simples presente.

1.2.3. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO MULTIPROFISSIONAL

1.2.3.1. Proposta do Regimento do Serviço de Enfermagem

CAPÍTULO I - DA POLÍTICA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

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



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

PARAGRAFO ÚNICO: A atuação do Serviço de Enfermagem do Hospital deve ser pautada nos preceitos acima, provendo a acolhimento e humanização aos usuários do Hospital, contribuindo para um olhar de Clínica Ampliada.

CAPITULO II - DOS OBJETIVOS E FINALIDADES

Art. 2º - O Serviço de Enfermagem do Hospital tem como objetivo contribuir na organização, orientação, documentação e realização de assistência qualificada aos usuários, contribuindo para o desenvolvimento do Hospital e sua missão.

Art. 3º - O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

- i. Assistir ao indivíduo, família e comunidade seguindo as diretrizes do SUS: integralidade, enfoque individual e familiar, humanização, intersetorialidade, democratização do conhecimento e participação popular;
- ii. Identificar as necessidades, promover e colaborar em programa de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe da enfermagem;
- iii. Trabalhar de acordo com o Código de Ética de Enfermagem e dos demais profissionais do serviço de Saúde.

CAPITULO III - DA POSIÇÃO

Art. 4º - Posicionamento dos profissionais da enfermagem: Devem ser coordenados por profissionais de enfermagem. São normas do Serviço de Enfermagem do Hospital:

- i. Exercer as funções de acordo com o que determina a Lei de Exercício 7.498/86 e Decreto 94.406/87 do profissional;
- ii. Respeitar a hierarquia do organograma do serviço;
- iii. Apresentar-se ao serviço com antecedência de quinze (15) minutos, devidamente uniformizado (branco, sapato fechado e jaleco), asseado e com identificação em lugar visível;
- iv. Assumir o plantão com antecedência de 15 minutos, para que todas as informações pertinentes ao serviço e ao usuário/cliente seja garantida;
- v. Todas as intercorrências deverão ser registradas em livro Ata para o respaldo possível da Chefia Mediata e Imediata;
- vi. As mulheres, manter os cabelos presos, unhas curtas (se estiver com esmalte íntegros), com maquiagem e batom discretos, sem adornos que dificultem ou interfira no cuidado do cliente;
- vii. Aos homens, manter os cabelos curtos, unhas curtas e barba feita;



- viii. Calçar sapatos adequados, sem abertura na frente e nem atrás;
 - ix. Bolsa, sacolas e mochilas deverão ser acondicionados em armários próprios, devendo o funcionário dirigir-se, a unidade, portando apenas o material de bolso (garrote, caneta e carimbo);
 - x. Deverá portar material de bolso durante todo o período de trabalho;
 - xi. O servidor deverá usar obrigatoriamente todos os equipamentos de segurança de acordo com o procedimento que irá executar;
 - xii. O horário de refeição será estipulado pela chefia, obedecendo revezamento;
 - xiii. É dever de todo funcionário zelar pelo patrimônio móvel e imóvel;
 - xiv. É dever de todo funcionário NÃO se ausentar durante o horário de serviço;
 - xv. Todo procedimento deverá ser realizado com o uso de EPI (Equipamento de Proteção Individual);
 - xvi. Toda anotação de Enfermagem deverá ser carimbada (nome, função e COREN) e assinada por quem a executou. Este carimbo é de responsabilidade de cada funcionário (confecção, utilização e guarda);
 - xvii. Cada funcionário deverá conhecer as atribuições a ele destinadas;
 - xviii. O carrinho da sala de emergência deverá ser conferido de acordo com a escala de serviços;
 - xix. A escala de serviço será confeccionada pelo Enfermeiro e deverá ser seguida obrigatoriamente;
 - xx. Assuntos pertinentes à enfermagem deverão ser discutidos com o enfermeiro, respeitando a hierarquia do serviço;
 - xxi. Nenhum setor deverá ficar sem funcionário;
- Evitar comentários indevidos na frente de pacientes e/ou acompanhantes;
- xxii. Os enfermeiros deverão preencher a Ficha de Notificação e Investigação para todas as doenças de notificação compulsória;
 - xxiii. NR 32.2.4.15: São vetados o re-encape e a desconexão manual das agulhas;
 - xxiv. NR 32. 2. 4. 4: Os trabalhadores com feridas ou lesões nos membros superiores só podem iniciar suas atividades após avaliação médica obrigatória com emissão de documento de liberação de trabalho;
 - xxv. NR32.2.4.5: O empregador deve vedar:
 - a. A utilização de pias de trabalho para fins diversos dos previstos;
 - b. O ato de fumar, o uso de adornos (alianças e anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, broches, piercings expostos) e manuseio de lentes de contato nos postos de trabalho, o consumo de alimentos e bebidas nos postos de trabalho;
 - c. A guarda de alimentos em locais não destinados para este fim;
 - xxvi. NR32.2.4.6.2: os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais;



- xxvii. Comunicar qualquer acidente de trabalho exigindo a abertura da comunicação de acidente de trabalho – CAT – por menor que seja o acidente, mesmo não havendo afastamento do trabalho (fluxograma de acidente de trabalho em anexo);
- xxviii. Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento;
- xxix. Informar ao paciente e/ou responsável todo procedimento que vai ser executado;
- xxx. Na administração de medicamentos atentar aos 5 acertos: Medicamento certo, dose certa, paciente certo, via certa, hora certa;
- xxxi. Todos os acessos venosos dos usuários internados deverão ser identificados (número do gelco/scalp, data e assinatura do profissional);
- xxxii. Toda solução parenteral deverá constar de identificação;
- xxxiii. Ao receber o plantão fazer conferência de materiais, medicamentos e equipamentos existentes na unidade de serviço, constarem relatório;
- xxxiv. Os kits da Sala de Emergência deverão ser conferidos em todos os plantões, datados, assinados e carimbados;
- xxxv. Todo e qualquer procedimento realizado nos pacientes e intercorrências deverão ser registrados no prontuário;
- xxxvi. As anotações de Enfermagem devem ser registradas em formulários/documentos, com cabeçalho devidamente preenchido com dados completos do paciente, de acordo com os critérios estabelecidos na Instituição;
- xxxvii. As trocas de folgas e/ou plantão serão permitidas pelo Enfermeiro Assistencial do plantão quando for conveniente, devendo ser registrada em documento específico com o mínimo de 36 horas de antecedência;
- xxxviii. A SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ser checada da mesma maneira que é checada a prescrição médica;
- xxxix. Na admissão registrar condições do paciente, se estar ou não acompanhado entre outras observações;
- xl. Na Alta hospitalar, verificar se no prontuário consta assinatura do médico responsável, entregar receitas e/ou exames realizados e informar ao Serviço Social para que este comunique a família e/ou responsável;
- xli. Anotar em prontuário as condições em que o paciente saiu da unidade e acompanhado por quem;
- xlii. A SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ser realizada a partir de duas (2) horas, em que o paciente se encontrar em observação na unidade, sendo responsabilidade do Enfermeiro de plantão realizar a SAE e caberá ao técnico e/ou auxiliar de enfermagem realizar a checagem da prescrição de enfermagem;
- xliii. Não será permitido o preparo da medicação, sem que antes chame o paciente, e explique o procedimento;



- xliv. O profissional que preparar a medicação OBRIGATORIAMENTE será o que irá administrar;
- xliv. Os equipamentos deverão ser passados em plantão testados;
- xlvi. O serviço prestado por este estabelecimento é gratuito, portanto, nenhum funcionário receberá pagamento, ou gratificações de clientes, familiares ou responsáveis.

CAPITULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º - Atribuições de Pessoal:

i. Coordenador (a) de Enfermagem:

- a. Elaborar diagnóstico situacional e plano de trabalho do serviço de enfermagem;
- b. Organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade de cada Unidade de Saúde, fazendo cumprir o regimento do serviço de enfermagem, normas, rotinas e protocolos assistenciais;
- c. Participar no planejamento anual de pedidos dos insumos utilizados pelo serviço de enfermagem, junto aos setores de compras e almoxarifado;
- d. Garantir que os profissionais tenham acesso aos facilitadores do núcleo de educação permanente;
- e. Supervisionar a implementação e execução das atividades relacionadas aos programas de saúde;
- f. Gerenciar indicadores gerados pela produtividade dos serviços de enfermagem, assim como dos programas de saúde;
- g. Realizar reuniões roda de discussões e oficinas, periodicamente com equipe de enfermagem;
- h. Garantir que equipe de enfermagem tenha conhecimento em atualizações de protocolos, normas e rotinas;
- i. Avaliar dimensionamento de pessoal.
- j. Prever a necessidade de pessoal elaborando escalas de serviço e atribuições diárias, para assegurar o desempenho adequado do trabalho de enfermagem, anexar escala em lugar visível para todos os funcionários;
- k. Gerenciar administração dos recursos materiais fazendo a previsão das necessidades da unidade, especificidade, característica da clientela e frequência de uso de materiais, assim como sua durabilidade, local de guarda, e guarda;
- l. Controle periódico de equipamentos e materiais permanentes; periodicidade da reposição

ii. Enfermeiro Assistencial

- a. Elaborar diagnóstico situacional e plano de trabalho do serviço de enfermagem;
- b. Garantir cumprimento do regimento do serviço de enfermagem, e protocolos de normas e rotinas assistenciais;
- c. Planejar, coordenar, acompanhar, executar e avaliar as ações de assistência de enfermagem



ao indivíduo, família e comunidade;

- d. Prever a necessidade de pessoal elaborando escalas de serviço e atribuições diárias, para assegurar o desempenho adequado do trabalho de enfermagem, e anexar escala em lugar visível para todos os funcionários;
- e. Gerenciar administração dos recursos materiais fazendo a previsão das necessidades da unidade, especificidade, característica da clientela e frequência de uso de materiais, assim como sua durabilidade, local de guarda, e periodicidade da reposição;
- f. Controlar periodicamente os equipamentos e materiais permanentes;
- g. Planejar e desenvolver atividades específicas da assistência de enfermagem;
- h. Acolher o usuário com humanização, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência;
- i. Realizar a classificação de risco conforme manual desta instituição;
- j. Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
- k. Preencher relatórios e registros de produção das atividades de enfermagem, bem como efetuar a análise dos mesmos.

iii. Técnico de Enfermagem

- a. Atuar de acordo com as diretrizes, normas e rotinas estabelecidas;
- b. Integrar a equipe de saúde, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando a promoção, prevenção e recuperação reabilitação da saúde da comunidade;
- c. Participar ativamente do processo de educação permanente e dos cursos de capacitação visando o desenvolvimento do seu papel profissional e como agente de mudanças;
- d. Acolher o usuário, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência;
- e. Prestar assistência de enfermagem nos diferentes setores, de acordo com sua competência, conforme plano de cuidado;
- f. Preencher registros das atividades de enfermagem conforme orientação do enfermeiro;
- g. Atuar de forma integrada com equipe multiprofissional;
- h. Conhecer e cumprir a ética nas relações de trabalho em equipe e na assistência a população;
- i. Executar tarefas afins e/ou outras atividades orientadas pelo enfermeiro de acordo com a LEI 7498/86;
- j. Realizar atendimento humanizado para indivíduo, família e comunidade.

CAPITULO V – DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO NO HOSPITAL

Art. 6º - O Serviço de Enfermagem é responsável diretamente pelos setores de:



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

- i. Acolhimento e Classificação de Risco;
- ii. Consultas ambulatoriais e Sala de Procedimentos de Enfermagem;
- iii. Salas de Emergência;
- iv. Sala de Medicações;
- v. Salas de Observações;
- vi. Sala de Sutura;
- vii. Centro de Esterilização de Materiais
- viii. Núcleo de Regulação de Leitos e Altas;
- ix. Núcleo de Qualidade e Gerenciamento de Risco;
- x. CCIH;
- xi. Comissões Multidisciplinares do Hospital;
- xii. Comitê Assistencial;
- xiii. Internamento.

CAPÍTULO VI – DA COORDENAÇÃO E RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Art. 7º - O Serviço de Enfermagem do Hospital apresenta uma Direção, com responsabilidade técnica junto ao COREN, a quem cabe organizar e proporcionar condições para atuação da enfermagem com condições profissionais adequadas.

CAPÍTULO VIII – DO COMISSÃO DE ÉTICA

Art. 8º - A Enfermagem do Hospital deve eleger os membros do Comissão de Ética de Enfermagem (CEE).

PARAGRAFO ÚNICO: A CEE tem função consultiva, fiscalizadora e educativa do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem, além de promover a divulgação e zelar pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional e de seu Decreto Regulamentador, do Código de ética dos Profissionais de Enfermagem, do Código de Processo Ético dos Profissionais de Enfermagem e das demais normatizações emanadas pelo Sistema Conselho Federal/Regional de enfermagem.

CAPÍTULO IX – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 9º - O Serviço de Enfermagem do Hospital deverá colaborar com os demais serviços assistenciais, estabelecendo a melhor assistência.

Art. 10 - Para organização de regime de trabalho dos enfermeiros do Hospital a Direção e coordenações de Enfermagem devem interagir com a Coordenação Técnica e Comitê Assistencial de forma a definir a melhor distribuição da equipe, com propósito de uma assistência humanizada e focada no usuário, mas que garanta também uma condição de trabalho adequada ao profissional de enfermagem e respeito as determinações da legislação vigente no Brasil e as



resoluções do Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 11- Todas os profissionais que compõem o Serviço de Enfermagem do Hospital, devem prezar pelo respeito nas relações com os pares, promovendo a harmonia no serviço e gerando bem-estar no trabalho.

Art. 12 – Este regimento deve ser de conhecimento de todos os integrantes do Serviço de Enfermagem, que se comprometem a prezar por todas as suas cláusulas e ao código de ética de enfermagem.

1.2.3.2. Proposta do Regimento do Serviço de Farmácia

CAPÍTULO I - DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Este Regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas do Setor de Farmácia Hospitalar do Hospital, tendo como foco principal a possibilidade de oferecer um atendimento rápido, eficaz e de qualidade aos usuários do Hospital e às equipes internas.

Art. 2º O conteúdo deste Regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do Setor de Farmácia Hospitalar, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

Art. 3º Este Regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global, e ao mesmo tempo detalhada, da estrutura funcional e organizacional do setor, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado de um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

Art. 4º O Setor de Farmácia Hospitalar caracteriza-se da seguinte forma:

- i. Ambientes de trabalho: Sala Administrativa, Recepção, Sala de Preparo e Diluição de Antineoplásicos, Sala de Dispensação Farmacêutica, Sala de Armazenamento de Medicamentos sob Controle Especial, Sala de Etiquetagem de Medicamentos, Área de Armazenamento da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Sala de Fracionamento e Unitarização de Medicamentos, Sala Administrativa da Unidade de Abastecimento Farmacêutico, Sala Área de recebimento e quarentena de medicamentos, Copa, Sanitários, Depósito de Material de Limpeza (DML), Sala de Armazenamento de Soluções Parenterais de Grande Volume, Farmácia Satélite da Unidade de Urgência e Emergência, Farmácia Satélite da Unidade de Bloco Cirúrgico, Farmácia Satélite da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Farmácia Ambulatorial e Áreas de armazenamento de medicamentos junto ao Almoxarifado Central;
- ii. Supervisão técnica: Farmacêutico Responsável.

Art. 5º São responsabilidades do farmacêuticos:

- i. Gerenciar as ações técnicas relacionadas à padronização, armazenamento e distribuição de medicamentos;
- ii. Gerenciar Recursos Humanos;
- iii. Realizar reuniões para planejamentos de ações e avaliações da equipe;
- iv. Realizar a gestão de processos por meio indicadores dos serviços prestados;
- v. Exercer atividades relacionadas à farmacovigilância;
- vi. Organizar e informar sobre a tomada de decisão relacionada às atividades desenvolvidas;
- vii. Documentar, por meio de registros, as atividades, as intervenções e as ações farmacêuticas desenvolvidas;
- viii. Supervisionar as atividades técnicas realizadas pela equipe técnica-assistencial;
- ix. Promover ações de educação continuada;
- x. Orientar a equipe multiprofissional;
- xi. Elaborar manuais, protocolos e formulários técnicos;
- xii. Recepção do público interno e externo;
- xiii. Realizar e registrar intervenções farmacêuticas e emitir parecer farmacêutico, com o propósito de auxiliar na farmacoterapia do paciente;
- xiv. Fornecer informação sobre medicamentos à equipe de saúde;
- xv. Selecionar, registrar e dispensar os medicamentos conforme prescrição médica;
- xvi. Aplicar manuais, protocolos e formulários para a dispensação correta dos medicamentos;
- xvii. Realizar o atendimento;
- xviii. Receber as prescrições de Nutrição Parenteral.

Art. 6º Compõem a estrutura física do Setor de Farmácia Hospitalar:

- i. Sala de Armazenamento de Medicamentos sob Controle Especial: Armazenar medicamentos sujeitos a controle especial segundo legislação vigente, em sala fechada com dispositivo de segurança, sob responsabilidade do farmacêutico da Unidade de Abastecimento Farmacêutico;
- ii. Sala de Etiquetagem de Medicamentos: Identificar as ampolas e frascos com etiquetas de código de barras interno;
- iii. Área de Armazenamento da CAF: Adquirir, receber, armazenar e abastecer as unidades de dispensação, de forma a garantir a correta distribuição e conservação dos medicamentos, dentro dos padrões e normas técnicas específicas, que venham assegurar a manutenção das características físico-químicas e qualidades necessárias à sua correta utilização;
- iv. Sala de Fracionamento e Unitarização de Medicamentos: Unitarizar os comprimidos com código de barras em máquina unitarizadora de sólidos;
- v. Sala Administrativa da Unidade de Abastecimento Farmacêutico (UAF): Gerenciar as ações técnicas relacionadas à padronização, armazenamento e distribuição de medicamentos;



vi. Farmácia Satélite da Unidade de Urgência e Emergência:

- a. Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos;
- b. Realizar e registrar intervenções farmacêuticas e emitir parecer farmacêutico, com o propósito de auxiliar na farmacoterapia do paciente;
- c. Fornecer informação sobre medicamentos à equipe de saúde;
- d. Selecionar, registrar e dispensar os medicamentos conforme prescrição médica;
- e. Armazenar e dispensar materiais médico-hospitalares;
- f. Aplicar manuais, protocolos e formulários para a dispensação correta dos medicamentos;
- g. Recebimento da Nutrição Parenteral;
- h. Receber, armazenar, dispensar, manter os registros e emitir mapas semanais e mensais de Soros e Imunoglobulinas.

vii. Farmácia Satélite da Unidade de Bloco Cirúrgico:

- a. Montar os Kits com materiais e medicamentos para as cirurgias;
- b. Selecionar, registrar e dispensar os medicamentos, conforme prescrição médica, para as cirurgias e sala de recuperação pós-anestésica;
- c. Armazenar e dispensar materiais médico-hospitalares;
- d. Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos;
- e. Realizar e registrar intervenções farmacêuticas e emitir parecer farmacêutico, com o propósito de auxiliar na farmacoterapia do paciente;
- f. Fornecer informação sobre medicamentos à equipe de saúde;
- g. Registrar a saída de Kits para as cirurgias;
- h. Selecionar, registrar e dispensar os medicamentos conforme prescrição médica;
- i. Fornecer os Kits para captações e transplantes de órgãos;
- j. Armazenar e dispensar córnea e esclera para os transplantes;
- k. Utilizar manuais, protocolos e formulários para a dispensação correta dos medicamentos;

viii. Farmácia Satélite da UTI:

- a. Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos;
 - b. Realizar e registrar intervenções farmacêuticas e emitir parecer farmacêutico, com o propósito de auxiliar na farmacoterapia do paciente;
 - c. Fornecer informação sobre medicamentos à equipe de saúde;
 - d. Selecionar, registrar e dispensar os medicamentos conforme prescrição médica;
 - e. Aplicar manuais, protocolos e formulários para a dispensação correta dos medicamentos;
- ix. Áreas de armazenamento de medicamentos junto ao Almoxarifado Central, local destinado ao recebimento, armazenamento e distribuição das Soluções Parenterais de Grande Volume, atendendo ao regulamento Técnico da legislação vigente.

Art. 6º O Setor de Farmácia Hospitalar tem por missão gerenciar, coordenar e integrar todo processo de aquisição, controle e distribuição de medicamentos no Hospital, em atendimento



aos princípios normativos vigentes.

Art. 7º O Setor de Farmácia Hospitalar tem por visão ser referência na dispensação de medicamentos dentro do Hospital.

Art. 8º São valores do Setor de Farmácia Hospitalar, em consonância com os valores do Hospital:

- i. preceitos éticos-legais;
- ii. humanização do cuidado;
- iii. responsabilidade;
- iv. respeito aos direitos dos pacientes;
- v. trabalho em equipe;
- vi. eficiência, eficácia e efetividade;
- vii. cooperação e integração;
- viii. padronização de condutas;
- ix. educação permanente;
- x. respeito às regras, às Leis, às Normas e aos colaboradores;
- xi. trabalho em equipe;
- xii. disciplina e determinação;
- xiii. assertividade, iniciativa e resolutividade;
- xiv. compromisso com a verdade e a ética profissional.

Art. 9º São competências do Setor de Farmácia Hospitalar:

- i. elaborar e planejar os pedidos de compras de medicamentos para abertura de processos de aquisições;
- ii. emitir os pedidos de aquisição para reposição do estoque de acordo com a política de abastecimento da farmácia;
- iii. acompanhar a emissão das autorizações de fornecimento e monitorar a entrega dos produtos adquiridos junto aos fornecedores;
- iv. incluir e excluir itens padronização de medicamentos, de acordo com as deliberações da comissão de padronização de medicamentos do hospital;
- v. controlar a utilização e o registro de entrada e saída de todos os medicamentos em âmbito institucional.

Art. 10 Constituem produtos/serviços do Setor de Farmácia Hospitalar:

- i. termos de referência (TR) e pedidos de medicamentos (PMS);
- ii. pedidos de aquisição para reposição de estoques;
- iii. relatórios técnicos de farmacovigilância;
- iv. relatório de indicadores do núcleo de segurança do paciente (NSP) e do plano diretor estratégico (PDE);



- v. alertas de estoques;
- vi. relatórios técnicos para reposição de medicamentos imunobiológicos (soros e vacinas);
- vii. fechamentos de inventário mensal e anual.

Art. 12 Constituem funções operacionais de responsabilidade do Setor de Farmácia Hospitalar do Hospital:

- i. instruir e confeccionar os pedidos de compra e os tr para suprir os estoques;
- ii. solicitar a abertura de processos de aquisição de medicamentos padronizados;
- iii. realizar periodicamente, levantamento de consumo e planejamento de aquisição de medicamentos para reposição de estoques;
- iv. priorizar os pedidos de acordo com a urgência, criticidade ou imprescindibilidade do item;
- v. monitorar junto aos fornecedores de medicamentos, a entrega dos insumos dentro dos prazos estabelecidos no contrato/edital;
- vi. gerenciar contratos sob a responsabilidade do setor de farmácia hospitalar;
- vii. notificar os fornecedores sobre irregularidades contratuais;
- viii. instruir e solicitar sanções administrativas quando houver irregularidades nos contratos;
- ix. registrar através de sistema informatizado oficial, todas as notas fiscais de medicamentos solicitados pelo hospital;
- x. dispensar medicamentos para os clientes internos e externos do hospital.

Art. 13 O Setor de Farmácia Hospitalar deverá manter colaboração recíproca e intercâmbio de informações com a finalidade de permitir, da melhor forma, a consecução dos objetivos da Instituição.

Art. 14 São deveres gerais dos trabalhadores lotados no Setor de Farmácia Hospitalar:

- i. comparecer ao trabalho trajado adequadamente;
- ii. usar o crachá nas dependências do hospital;
- iii. tratar a todos com urbanidade;
- iv. cumprir os procedimentos operacionais padrão (pops), referentes às tarefas para as quais for designado;
- v. acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;
- vi. observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia e por lei;
- vii. comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;
- viii. utilizar os equipamentos de proteção individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da instituição;
- ix. acatar as normas operacionais da instituição, sob pena de sanções administrativas;



- x. participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;
- xi. compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela instituição;
- xii. participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;
- xiii. zelar pelo patrimônio da instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;
- xiv. manter seus registros funcionais atualizados;
- xv. guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;
- xvi. submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo serviço de saúde ocupacional do trabalhador;
- xvii. observar e cumprir o código de ética da profissão e os regulamentos inerentes aos seus vínculos na instituição.

Art. 15 São deveres específicos dos Agentes Públicos lotados no Setor de Farmácia Hospitalar:

- i. receber e estocar/alocar as compras de medicamentos;
 - ii. proceder a organização e a estocagem dos medicamentos, de forma a preservar sua integridade física e condições de uso;
 - iii. manter o controle de estoque, através de registros apropriados;
 - iv. registrar todas as entradas e saídas através de sistema apropriado para a finalidade;
 - v. controlar os estoques, auxiliando na compra dos medicamentos necessários para reposição, conforme procedimento estabelecido para cada item, de acordo com as características de cada insumo, assim como facilitar sua localização e manuseio;
 - vi. solicitar reposição dos medicamentos;
 - vii. elaborar inventário mensal e anual, visando atender as exigências normativas;
 - viii. separar medicamentos para devolução;
 - ix. atender as requisições de medicamentos, fornecendo em tempo hábil os medicamentos solicitados;
 - x. controlar os níveis de estoque;
 - xi. receber, cadastrar, armazenar, separar e distribuir medicamentos para todo hospital.
- disposições finais

Art. 16. O funcionamento do Setor de Farmácia Hospitalar, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, deve observar a legislação brasileira pertinente, assim como o Estatuto e o Regimento Geral da SES, bem como as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

§ 1º Assuntos referentes a normas e rotinas do Setor de Farmácia Hospitalar devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POPs).

§ 2º O descumprimento das determinações previstas neste Regulamento é passível de sanções, em conformidade com os Regimentos Internos e Legislações aplicáveis a cada vínculo dos trabalhadores.

Art. 17 Os casos omissos deverão ser objeto de discussão e deliberação do Conselho Gestor com a Chefia do Setor de Farmácia Hospitalar, bem como com a chefia imediatamente superior.

1.2.4. PROPOSTA DE PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COM VISTA AO CONTROLE GERENCIAL DA UNIDADE E MELHORIA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO

1.2.4.1. Introdução

Com o objetivo de aprimorar o controle gerencial e o atendimento ao usuário final em uma unidade de saúde, propomos a implementação das nossas políticas e boas práticas de Tecnologia, que por padrão já implementamos em nossas unidades geridas pelo FAS.

Este modelo visa otimizar processos, garantir segurança nas operações além de melhorar a comunicação entre as equipes.

1.2.4.2. Objetivos da proposta para os colaboradores

1.2.4.2.1. Melhorar a experiência de tecnologia ao colaborador

Na parte do colaborador: implementar ferramentas Google que permitam uma melhor integração e compartilhamento entre os usuários.

Incluindo: E-mails, planilhas, documentos, Meets, agendas, Dashboards e mais 92 ferramentas disponíveis em nossa licença Google (non profit) disponibilizada para o FAS com mais de 10 mil contas e sem custo por se tratar de uma organização social sem fins lucrativos. Isso nos permite padronizar as ferramentas utilizadas em nossas unidades, integrar nossas equipes e diminuir custos com outras ferramentas encontradas no mercado que necessitam de aquisição de licenças pagas.

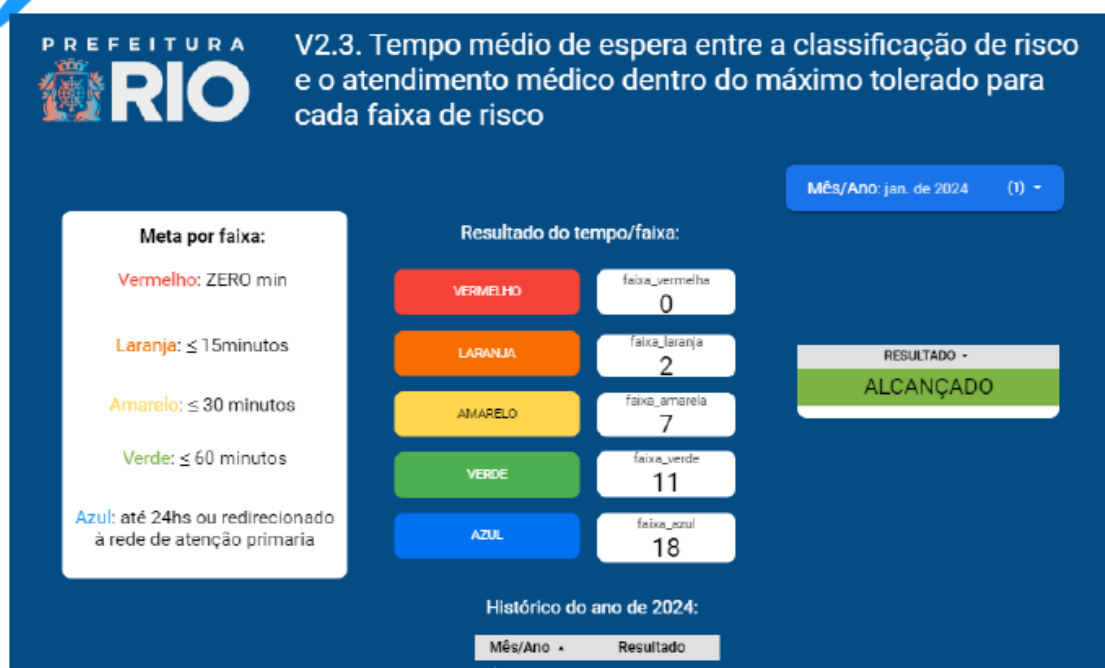
- **Integrar Informações:** Promover a troca de informações entre diferentes setores da unidade de saúde.
- **Implementar Relatórios Gerenciais:** Fornecer informações através de dashboards, que faz parte de uma das ferramentas google chamada 'Looker studio', também sem custo, que além de ser utilizado para tomada de decisões, dá uma visão gerencial e evolutiva e de produtividade da unidade.

Exemplo dashboard Google looker Studio utilizado em nossas unidades:





Dashboards Indicadores FAS - CER



1.2.4.3. Proposta de melhoria para os pacientes

O SUS é extremamente importante para a população e a necessidade de um atendimento ágil e eficiente é fundamental. O uso da tecnologia pode transformar a gestão da unidade, aumentar o nível de agilidade e tornar mais acessível a informação ao usuário final que é o paciente, o que é essencial para a qualidade dos serviços oferecidos e satisfação da população.

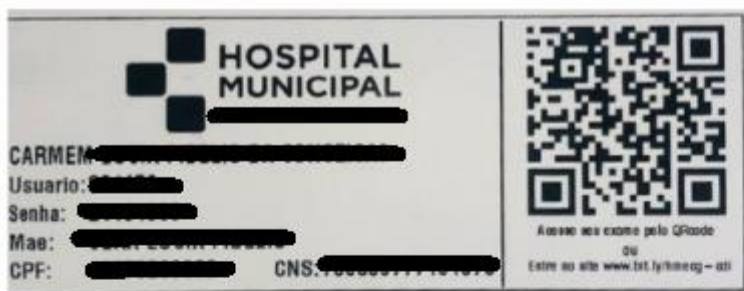
Exemplos de uso de tecnologia em saúde utilizados em nossas unidades para população:

- Liberação de QR Codes para visualização de laudos de imagem em menos de 12h;
- Painéis de chamada com adequação de nome social em caso de necessidade;
- Gestão de Filas de pré-acolhimento com distribuição de senhas por totem;
- liberação de Rede Wi-fi para pacientes e acompanhantes dentro da unidade;
- Implantação e manutenção de circuitos de CFTV garantindo a segurança dos pacientes e colaboradores dentro do estabelecimento de saúde.

Controle de Acesso com identificação de pacientes, acompanhantes e visitantes através de pulseiras com leitor de Códigos de barra e etiquetas de identificação, o que garante não só a identificação visual, quanto a segurança e dupla checagem no uso e administração de medicamentos.

Disponibilização de App de comunicação com os pacientes, informando-os de consultas e cirurgias.

*QR CODE disponibilizados à pacientes para Acessar Laudos de imagens:



Totens de pesquisa de satisfação.



1.2.4.4. Proposta de melhoria para Segurança da Informação

Realizar na unidade a aplicação de um conjunto de práticas, tecnologias e processos que protegem nossos sistemas, redes e dados contra acessos não autorizados, ataques cibernéticos e danos. Seu objetivo é garantir a confidencialidade, integridade e disponibilidade das informações.

Os principais componentes incluem:

- **Prevenção de Ameaças:** Medidas para evitar ataques, como firewalls e antivírus atualizados.
- **Prevenção:** Avaliação do risco na rede existente para identificar atividades possíveis fragilidades e atuar preventivamente eliminando os pontos sensíveis.
- **Resposta a Incidentes:** Planos para lidar com violações de segurança e mitigar danos e realização de back-up incremental diário garantindo sempre uma base de dados atualizada em caso de contingência.
- **Conscientização do Usuário:** Treinamentos para educar colaboradores sobre práticas seguras.

1.2.4.4.1. Tecnologias Utilizadas

• **Controlador de domínio - Active Directory (AD)**

Um controlador de domínio é um componente essencial em uma rede de computadores que utilizam o sistema operacional Windows. Ele desempenha um papel fundamental na

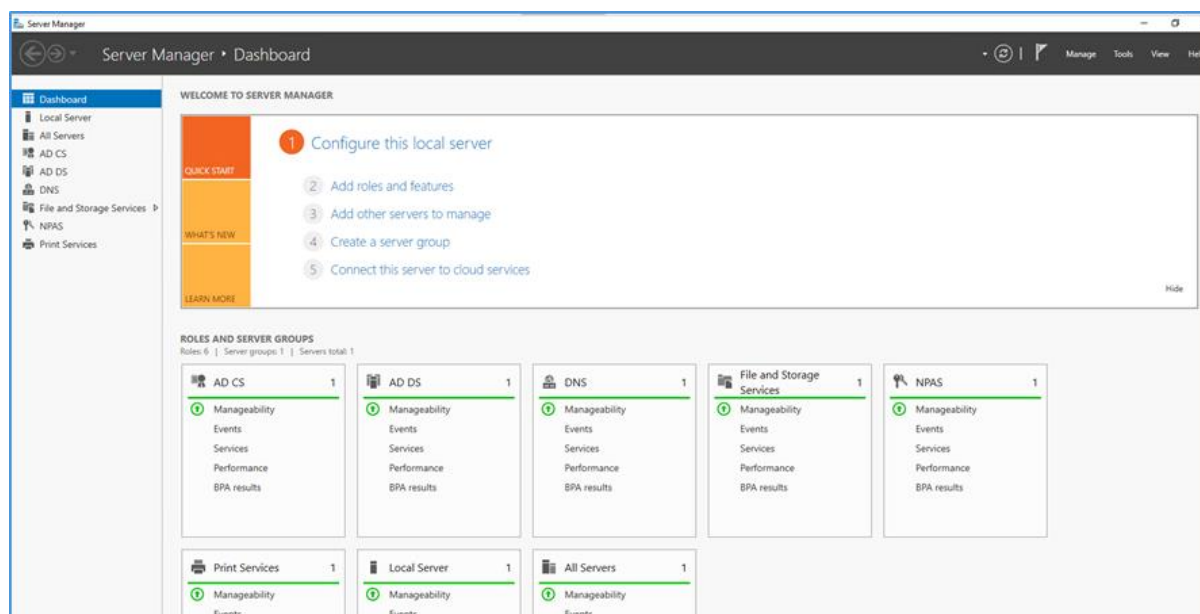
administração e gerenciamento de usuários, grupos e recursos em um ambiente de rede. O controlador de domínio é responsável por autenticar usuários, controlar o acesso a recursos compartilhados e aplicar políticas de segurança em toda a rede.

O uso de um controlador de domínio traz uma série de benefícios para uma rede de computadores. Primeiramente, ele centraliza a administração de usuários e recursos, facilitando a criação, modificação e exclusão de contas de usuário. Isso torna o gerenciamento da rede mais eficiente e reduz a possibilidade de erros.

Além disso, o controlador de domínio permite a implementação de políticas de segurança consistentes em toda a rede. Isso significa que as configurações de segurança, como senhas complexas, bloqueio de contas após várias tentativas de login malsucedidas e restrições de acesso a determinados recursos, podem ser aplicadas de forma centralizada e garantir a proteção dos dados e sistemas da organização.

A organização FAS utiliza esse recurso para controle de usuários, grupos e disponibilização de recursos de rede, aumentando assim a segurança e controle das informações.

Server Manager – DashBoard



Estrutura organizacional

Active Directory Users and Computers [srvr]1fipdc001	Name	Type	Description
Active Directory Users and Computers [srvr]1fipdc001			
Saved Queries			
novocepp.com.br			
Builtin			
ComputadoresFAS	Acolhimento	Organizational Unit	
Computers	Administração	Organizational Unit	
Domain Controllers	Arquitetura	Organizational Unit	
ForeignSecurityPrincipals	Cegonha	Organizational Unit	
Grupos	Compliance	Organizational Unit	
GruposFAS	Compras	Organizational Unit	
Keys	Comunicacao	Organizational Unit	
LostAndFound	Contabilidade	Organizational Unit	
Managed Service Accounts	Contratos	Organizational Unit	
Program Data	Diretoria	Organizational Unit	
Servidores	DP	Organizational Unit	
System	Engenharia	Organizational Unit	
Users	Financeiro	Organizational Unit	
UsuariosFAS	Jurídico	Organizational Unit	
NTDS Quotas	Ofícios	Organizational Unit	
TPM Devices	Prestação de Contas	Organizational Unit	
	Projetos	Organizational Unit	
	RH	Organizational Unit	
	TI	Organizational Unit	

Objetos de políticas de grupo – Group Policy Management

Group Policy Management	Group Policy Objects in novocepp.com.br
Group Policy Management	
Forest: novocepp.com.br	
Domains	
novocepp.com.br	
Ativar_NumLock	
Bloqueio_Whatsapp_Aplicativo	
Chrome_Padrão	
Default Domain Policy	
Driver Pantum	
Mapear impressora Kyocera All	
Mapear impressora Pantum All	
ComputadoresFAS	
Domain Controllers	
Grupos	
GruposFAS	
Servidores	
UsuariosFAS	
Group Policy Objects	
WMI Filters	
Starter GPOs	
Sites	
Group Policy Modeling	
Group Policy Results	

Name	GPO Status	WMI Filter	Modified	Owner
Ação_Tampa_Notebook	Enabled	None	04/07/2023 14:02:44	Domain Admins (NOVO...
Admin_Local_DP-RH	Enabled	None	14/06/2024 15:41:34	Domain Admins (NOVO...
Ativar_NumLock	Enabled	None	26/05/2023 14:28:32	Domain Admins (NOVO...
Bloqueio_Delete_UserProfile	Enabled	None	21/02/2024 16:25:16	Domain Admins (NOVO...
Bloqueio_PerfDime_User	Enabled	None	22/08/2024 10:12:20	Domain Admins (NOVO...
Bloqueio_Site_Edge	Enabled	None	28/08/2024 13:23:36	Domain Admins (NOVO...
Bloqueio_Whatsapp_Aplicativo	Enabled	None	18/12/2023 09:14:12	Domain Admins (NOVO...
Bloqueio_WhatsappWeb	Enabled	None	27/08/2024 10:29:04	Domain Admins (NOVO...
Chrome_Padrão	Enabled	None	22/07/2024 14:10:12	Domain Admins (NOVO...
Copia_Ataho_Sankhya	Enabled	None	20/02/2024 14:58:32	Domain Admins (NOVO...
Copia_Papel_De_Parede	Enabled	None	29/11/2023 17:45:56	Domain Admins (NOVO...
Default Domain Controllers Policy	Enabled	None	13/03/2024 14:06:18	Domain Admins (NOVO...
Default Domain Policy	Enabled	None	08/11/2023 13:56:30	Domain Admins (NOVO...
Desativar Office	Enabled	None	26/08/2024 16:39:34	Domain Admins (NOVO...
Desativar_Edge	Enabled	None	23/02/2024 11:33:08	Domain Admins (NOVO...
Desativar_Firewall_Windows	Enabled	None	30/06/2023 11:13:26	Domain Admins (NOVO...
Desativar_Hibernação	Enabled	None	14/06/2023 11:21:32	Domain Admins (NOVO...
Desconecta_Canon	Enabled	None	26/12/2023 17:18:26	Domain Admins (NOVO...
Destivar_Acesso_Rápido	Enabled	None	19/08/2024 10:11:00	Domain Admins (NOVO...
Driver Pantum	Enabled	None	08/02/2024 15:09:00	Domain Admins (NOVO...
Driver Pantum	Enabled	None	08/02/2024 14:27:44	Domain Admins (NOVO...
Habilitar_Administrador_Local	Enabled	None	14/06/2023 10:18:26	Domain Admins (NOVO...
Imagem_Usb	Enabled	None	14/06/2023 12:05:00	Domain Admins (NOVO...
Mapeamento impressora Canon	Enabled	None	28/09/2023 17:29:20	Domain Admins (NOVO...
Mapeamento_Acolhimento	Enabled	None	10/12/2023 00:47:14	Domain Admins (NOVO...
Mapeamento_Arquitetura	Enabled	None	10/12/2023 10:39:34	Domain Admins (NOVO...
Mapeamento_Cegonha	Enabled	None	10/12/2023 16:40:06	Domain Admins (NOVO...
Mapeamento_Compliance	Enabled	None	19/12/2023 16:19:58	Domain Admins (NOVO...
Mapeamento_Compras	Enabled	None	10/12/2023 10:40:46	Domain Admins (NOVO...
Mapeamento_Comunicacao	Enabled	None	10/12/2023 10:41:34	Domain Admins (NOVO...
Mapeamento_Contabilidade	Enabled	None	10/12/2023 09:50:00	Domain Admins (NOVO...
Mapeamento_Contratos	Enabled	None	14/12/2023 13:22:34	Domain Admins (NOVO...
Mapeamento_Diretoria	Enabled	None	27/03/2024 15:28:26	Domain Admins (NOVO...
Mapeamento_DP	Enabled	None	10/12/2023 00:38:12	Domain Admins (NOVO...
Mapeamento_Engenharia	Enabled	None	10/12/2023 10:38:12	Domain Admins (NOVO...
Mapeamento_Financeiro	Enabled	None	10/12/2023 10:22:22	Domain Admins (NOVO...
Mapeamento_Jurídico	Enabled	None	09/12/2023 19:42:08	Domain Admins (NOVO...
Mapeamento_Ofícios	Enabled	None	09/12/2023 18:50:04	Domain Admins (NOVO...
Mapeamento_OfíciosEnvios	Enabled	None	09/12/2023 19:42:44	Domain Admins (NOVO...
Mapeamento_Prestacao_DP-RH	Enabled	None	22/05/2024 15:02:38	Domain Admins (NOVO...

*Um GPO é uma coleção de configurações de política e permissões que podem ser aplicadas a usuários e computadores no Active Directory.

• Firewall - PFSense:

O PFSense é um software livre e gratuito que tem como base o sistema operacional opensource FreeBSD.

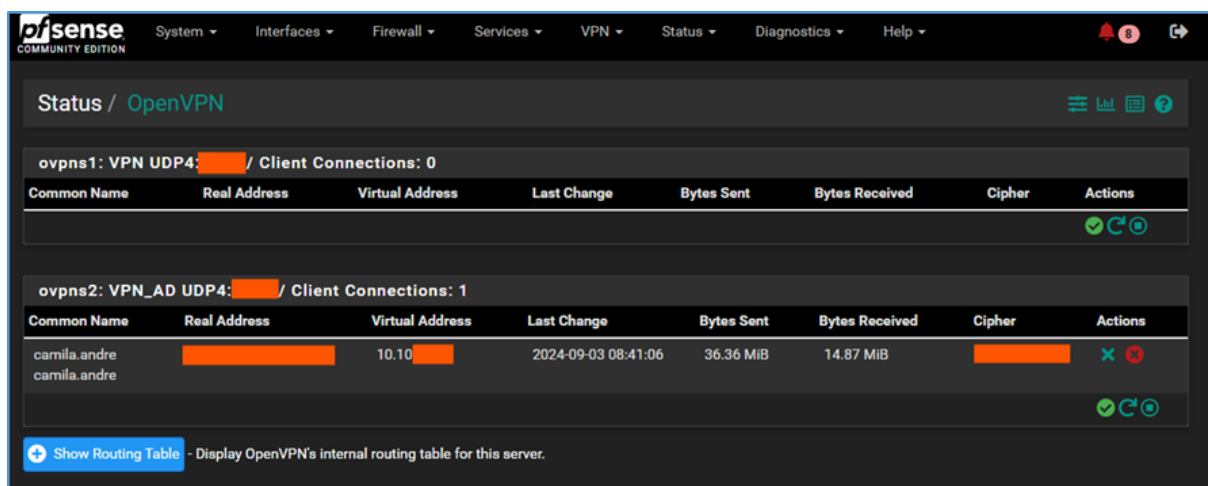
Esse sistema é perfeito para trabalhar como um linux firewall ou até mesmo como roteador de redes, e funciona também em sistemas Linux.

Além disso, ele atende às necessidades de diferentes negócios por ter a capacidade de expansão através do uso de inúmeros pacotes que podem modelar o uso da rede.

A organização FAS utiliza o PFSense como Firewall e Gateway de rede, disponibilizando endereçamento IPs, controle de navegação, filtros de segurança, com controle de portas de comunicação; rotas de endereçamento e acesso a recursos internos através de VPN seguras.

Status conexão VPN:

Uma VPN ou rede privada virtual cria uma conexão de rede privada entre dispositivos através da Internet. As VPNs são usadas para transmitir dados de forma segura e anônima em redes públicas.



Status / OpenVPN							
ovpn1: VPN UDP4: [redacted] / Client Connections: 0							
Common Name	Real Address	Virtual Address	Last Change	Bytes Sent	Bytes Received	Cipher	Actions
[Empty table body for ovpn1]							
ovpn2: VPN_AD UDP4: [redacted] / Client Connections: 1							
Common Name	Real Address	Virtual Address	Last Change	Bytes Sent	Bytes Received	Cipher	Actions
camila.andre camila.andre	[redacted]	10.10 [redacted]	2024-09-03 08:41:06	36.36 MiB	14.87 MiB	[redacted]	[X] [Refresh] [Help]
[Empty table body for ovpn2]							

[Show Routing Table](#) - Display OpenVPN's internal routing table for this server.

O FAS adotou o sistema de autenticação da VPN através dos usuários do banco de dados do Active Directory (Windows). Esse tipo de autenticação aumenta a segurança, já que além das criptografias de segurança da própria VPN, também são aplicadas aos usuários da VPN as políticas de segurança da rede do controlador de domínio.

• Sistema de chamados e inventário:

A organização FAS conta com o sistema de gerenciamento de ativos de TI GLPI, um sistema utilizado para integrar um controle de incidências, chamados, requisições e ativos em um Service Desk.

O GLPI é baseado em código aberto e escrito em PHP atribuído ao GNU (General Public License). Essa ferramenta muito eficaz auxilia gestores e usuários a terem controles sobre incidentes recorrentes ou prestadores de serviços sobre ativos de TI, através dela podemos gerar relatórios, controles de equipamentos, e ter um gerenciamento mais completo de tudo que ocorre no setor de TI.


SUPORTE T1

Faça login para sua conta

Usuário

Senha Esqueceu sua senha?

Origem de login

Banco de dados interno do GLPI
▼

☒ Lembrar de mim



- Encontrar um menu
- Ativos
- Assistência
- Gerência
- Ferramentas
- Administração
- Configurar

Home

Pesquisar...

Super-Admin

SEDE (estrutura de árvore)

Dashboard | Visão pessoal | Visão do grupo | Visão global | Feeds RSS | Todos

Central

0 Software

0 Computador

0 Dispositivo de rede

0 Telefone

0 Licença

0 Monitor

0 Rack

0 Impressora

Nenhum dado encontrado

Status dos chamados por mês

0 Chamado

0 Chamados atrasados

0 Problema

0 Mudança

Computadores por Fabricante | Monitores por Modelo | Dispositivos de rede por Status

2 Usuários

0 Grupo

0 Fornecedor

0 Documento



- Home
- + Criar um chamado
- Chamados
- Reservas
- FAQ

Home

Chamados + Criar um chamado

Novo	0
Em atendimento (atribuído)	0
Em atendimento (planejado)	0
Pendente	0
Solucionado	0
Fechado	0
Excluído	2

FEEDS RSS PÚBLICOS

1.2.4.4.2. Resultados Esperados

Com a implementação das políticas de segurança e boas práticas de Tecnologia, garantir a unidade de saúde o mesmo nível de segurança aplicado em nossa sede e unidades já geridas pelo FAS, que além do olhar especializado da nossa equipe, ainda foi validada por uma empresa especializada em cyber segurança que avaliou nossa infraestrutura e que entre o nível baixo ao crítico no que se refere a segurança digital e vulnerabilidade, tivemos a avaliação de Risco baixo de vulnerabilidade, o que nós reforça a importância e valor de nossas ações em T.I.



1.2.4.5. Orçamento

O orçamento será detalhado em função das necessidades específicas da unidade, incluindo custos de software, hardware, treinamento e manutenção.

1.2.4.6. Conclusão

A implementação das políticas de Tecnologia do FAS proporcionará uma transformação significativa na gestão e no atendimento da unidade de saúde, beneficiando tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde. Estamos confiantes de que, com a tecnologia adequada, poderemos elevar a qualidade dos serviços prestados e garantir um atendimento mais humanizado e eficiente.

1.2.5. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

A seguir apresentamos proposta de Regimento do Corpo Clínico que após validação implantaremos na gestão da Unidade.

CAPÍTULO I – CONCEITUAÇÃO

Art. 1º - Corpo Clínico é o conjunto de médicos que se propõe a assumir solidariamente a responsabilidade de prestar atendimento aos usuários que procuram o Hospital, respeitadas as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria.

CAPÍTULO II – DA FINALIDADE

Art. 2º - Este Regimento tem por finalidade disciplinar as ações e os serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, pelos componentes do Corpo Clínico do Hospital, estabelecendo linhas de relacionamento ético e funcional com base nas determinações da Resolução do CFM nº 1481/97 e em consonância com o Regulamento da instituição aprovado em __/__/__.

CAPÍTULO III – OBJETIVOS DO CORPO CLÍNICO

Art. 3º - São objetivos do Corpo Clínico:

- i. A realização integrada de ações assistenciais e de atividades preventivas, para a promoção, proteção e recuperação da saúde;
- ii. O desenvolvimento de atividades de ensino, treinamento e aprimoramento, para médicos e componentes da equipe multiprofissional de saúde;
- iii. A implementação de ações para o controle de qualidade ético-profissional dos serviços prestados.

CAPÍTULO IV – DIRETORIA CLÍNICA E DIRETORIA TÉCNICA

Art. 4º - A Diretoria Clínica é o órgão de representação do Corpo Clínico, conforme estabelece a Resolução CFM 2147/2016.

Art. 5º - Integram a Diretoria Clínica:

- i. Diretor Clínico.
- ii. Corpo Clínico.

Art. 6º - O Diretor Clínico, eleito por seus pares, componentes do Corpo Clínico, tem assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições.

Art. 7º - O Diretor Clínico será escolhido pelo Diretor Técnico após votação secreta entre os membros efetivos do Corpo Clínico através de lista tríplice.

Parágrafo único: O mandato do Diretor Clínico terá duração de (dois) anos, podendo ser reeleito para igual período.

Art. 8º - São atribuições do Diretor Clínico, as previstas na Resolução CFM 2147/2016, e:

- i. A formulação, o incremento, o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde no Hospital, observando as diretrizes para a Saúde previstas na Constituição Federal;
- ii. A responsabilidade ético profissional, perante os Conselhos Regional e Federal de Medicina,



Sistema Único de Saúde, Serviço de Vigilância Sanitária no que se refere às ações e serviços de saúde realizados no âmbito do Hospital;

iii. A normatização e a regulamentação ética, disciplinar e funcional do Corpo Clínico;

iv. Encaminhar ao Diretor Técnico solicitações do Corpo Clínico necessárias para o cumprimento de suas competências e fundamentadas nas regulamentações deste regimento e nas normas de fiscalização do CRM.

v. Convocar e presidir as sessões ordinárias e extraordinárias previstas neste regimento.

vi. Representar o Corpo Clínico nas relações com a comunidade e autoridades;

Art. 9º - A Direção Técnica é exercida por médico indicado pela Direção Geral do Hospital.

Art. 10 - Compete todas as responsabilidades previstas na Resolução CFM 2147/2016, e:

i. A responsabilidade de zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, bem como assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do corpo clínico e demais profissionais de saúde, em benefício da população usuária;

ii. A obrigação de assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões instituídas, bem como participar das reuniões;

iii. A supervisão sanitária da unidade e o cumprimento da legislação pertinente, sendo responsável pela manutenção da licença sanitária. Articular junto as Secretarias de Saúde, SAMU e unidades de saúde a pactuação de referências e contra referências.

Art. 11 - O Diretor Técnico tem o direito de interpelar o Corpo Clínico a fim de sanar questões administrativas; e por meio de seu Diretor Clínico, para questões de responsabilidade civil profissional e éticas.

CAPÍTULO V – DOS MÉDICOS

Art. 12 - Considerando-se o modelo de gestão do Hospital, que tem gerenciamento por Organização Social e possui um modelo de Recursos Humanos estabelecido em Contrato de Gestão; os médicos que se encontram em pleno direito de exercer a profissão e com habilitações clínicas definidas para poderem atuar no Hospital, são distribuídos na seguinte categoria: Não-Estatutários. Contratados pela Organização Social.

Art. 13 - São membros estagiários (residentes, estrangeiros etc) os médicos devidamente inscritos no CRM, vinculados à uma programação de ensino e treinamento, sob supervisão de membro efetivo do Corpo Clínico, com ou sem ônus para a instituição.

Parágrafo único – Os programas de ensino e treinamento médico devem ser homologados pelo Diretor Clínico e Técnico.

Art. 14 - Os médicos, legalmente habilitados para suas atividades pelo CRM, prestam serviços aos pacientes de forma individual ou coletiva, dentro do escopo de suas áreas de habilitação.

Art. 15 - Os membros do Corpo Clínico respondem civil, penal e eticamente por seus atos



profissionais.

Art. 16 - Por autorização do Diretor Clínico e Técnico, médico não integrante do Corpo Clínico poderá prestar atendimento a pacientes internados em caráter eventual ou especial. Nessa situação, deverá respeitar as normas administrativas da instituição, sendo assessorado no atendimento por médico pertencente ao Corpo Clínico.

CAPITULO VI – DO CREDENCIAMENTO

Art. 17 - O credenciamento consiste na aprovação da Direção Técnica.

Parágrafo único: Todas as solicitações para credenciamento serão feitas por escrito e enviadas para apreciação em formulário próprio.

Art. 18 - São pré-requisitos para credenciamento:

- i. Relação contratual de qualquer natureza com a Organização Social que gerencia o Hospital;
- ii. Ser contratado da Organização Social designado para atividades no Hospital;
- iii. Competência, experiência e atualização comprovadas relevantes;
- iv. Estado de saúde assegurando que o candidato seja capaz de desempenhar as habilitações clínicas requeridas;
- v. Estar com cadastro ativo e regular junto ao CRM.

Art. 19 - Cabe a Diretoria a exigência da documentação necessária para instruir o processo de ingresso no Corpo Clínico.

- i. Registro profissional e de qualificação pelo CRM;
- ii. Certificados e atestados de qualificações;
- iii. Relação dos programas de treinamento e nome dos responsáveis dos serviços que tenha participado;
- iv. Declaração do candidato sob pendências éticas ou jurídicas presentes e passadas.

CAPÍTULO VII – DAS COMPETÊNCIAS

Art. 20 - Aos membros efetivos do Corpo Clínico compete privativamente:

Parágrafo único. É vedado o voto por procuração.

- a. Votar e ser votado;
- b. Integrar e presidir comissões;
- c. Representar clínicas e/ou serviços.

Art. 21 - O requerimento para renúncia de credenciamento deve ser encaminhado por escrito ao Diretor Técnico.

Art. 22 - Os médicos que por qualquer motivo perderem as prerrogativas do Art. 19, tem automaticamente cancelado o seu credenciamento no corpo clinico do Hospital.

CAPITULO VIII – DAS PENALIDADES



Art. 23 - As transgressões a este Regimento e ao Regulamento da instituição, cometidas por membros do Corpo Clínico, sujeitam os infratores as seguintes penas disciplinares:

- i. Advertência escrita reservada;
- ii. Suspensão temporária do credenciamento;
- iii. Descredenciamento.

Art. 24 - A competência para aplicação das penalidades é dos Diretores Técnico e Clínico.

Art. 25 - No caso de indício de infração ética, será notificada a Comissão de Ética para as providências cabíveis.

CAPÍTULO IX – DAS REUNIÕES

Art. 26 - As reuniões de Corpo Clínico serão convocadas por escrito com antecedência mínima de (dez) dias úteis e acompanhadas da respectiva pauta.

Art. 27 - As reuniões ordinárias serão realizadas pelo menos uma vez a cada ano, sob a presidência do Diretor Clínico.

Art. 28 - As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico ou por convocação de 50% dos membros efetivos do Corpo Clínico.

Art. 29 - As reuniões serão lavradas em livro de atas autenticado para tal fim.

Art. 30 - É vedado o voto por procuração.

CAPÍTULO X – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 31 - As questões de ordem e os casos omissos serão resolvidos pelo Diretores Clínico e Técnico.

Art. 32 - Todos os médicos do Corpo Clínico do Hospital devem zelar por este regimento e pelo código de Ética Médica.

1.3. Implantação de Processos

1.3.1. PROPOSTA DE MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

O modelo de assistência a ser organizado, terá por princípios básicos, a Universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde - SUS e a Política de Humanização, doutrinado quanto a prestação dos cuidados, provendo suporte para a assistência, através de modelo de gestão em saúde, com toda a estrutura organizacional, operacional e os protocolos e procedimentos das atividades correlatas.

As rotinas e fluxos operacionais a serem implementadas, que apresentamos em mídia digital, serão um conjunto de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e serão apresentadas a toda equipe técnica da unidade, sendo implementadas em até 3 meses da assinatura do Contrato de Gestão. Após a assunção do contrato todos os protocolos e rotinas serão validados junto a SES e implementados na Unidade.

O gerenciamento de processos hospitalares amplia a visão dos gestores sobre o funcionamento das organizações de Saúde. Por meio dele é possível mapear todas as atividades desenvolvidas por cada funcionário da instituição, do assistencial ao backoffice, além de monitorar se esse trabalho está sendo realizado de acordo com os padrões estabelecidos. Trata-se de enxergar o todo sem esquecer da responsabilidade de cada um no desempenho de suas funções.

A tecnologia pode facilitar a implantação do gerenciamento de processos, desde que tanto a metodologia quanto seu objetivo sejam compreendidos. O conceito direciona as práticas de gestão por meio de ações de controle e planejamento, além de avaliação e revisão, com foco no cumprimento de metas e também na redução de erros que podem afetar o funcionamento do hospital e impactar no atendimento ao paciente.

A implantação do gerenciamento de processos promove diversas mudanças na organização de Saúde, desde a identificação de oportunidades, definição de investimentos em determinadas áreas até a redução de custos e do estoque, aumento da capacidade de produção e diminuição no tempo de resposta.

Ter acesso a essa visão global dos processos hospitalares possibilita ao gestor identificar o que precisa de mais atenção naquele momento e, assim, otimizar a execução do trabalho, o que reflete diretamente na satisfação dos pacientes. Para tanto, porém, é preciso que os funcionários entendam seu papel em cada processo e compreendam de que forma os erros e intercorrências podem afetar o funcionamento da organização. Portanto, é necessário que o processo envolva toda a equipe hospitalar, que deve ser capacitada e engajada no cumprimento das atividades de acordo com as metas estabelecidas.

Utilizaremos em nosso dia-a-dia nos protocolos institucionais a tecnologia como aliada na implantação do gerenciamento de processos hospitalares, já que tem potencial para agilizar e otimizar o acesso aos dados, organizando-os de forma sistemática em uma mesma plataforma. Em especial, quatro sistemas informatizados são essenciais para organizações que planejam



informatizar a prática da metodologia.

Os Protocolos clínicos são instrumentos que promovem a padronização das condutas médicas, isso é, auxiliam na uniformização dos tipos de tratamento para determinados diagnósticos. Eles organizam e facilitam a tomada de decisões da gestão hospitalar, tanto do ponto de vista da assistência quanto do backoffice. Esse conceito, quando bem usado e aliado a outras estratégias, apresenta ganhos quantitativos e qualitativos na eficácia dos tratamentos. Também amplia a segurança do paciente e diminui o risco de erros e eventos adversos.

Para que o conceito funcione na prática, é fundamental que a gestão hospitalar conscientize e engaje os profissionais para o seu pleno uso. Isso porque alguns ainda relutam em adotar os protocolos, alegando que podem funcionar como limitadores da autonomia. Nesse ponto, deve-se deixar claro que a adoção da metodologia não é excludente de outros métodos e conhecimentos do médico.

Além do fator engajamento, os protocolos clínicos também podem ser aliados à metodologia de gerenciamento de processos hospitalares e, ainda, automatizados por meio de sistemas de gestão (Enterprise Resource Planning - ERP) e do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). A digitalização de todos os dados facilita o cruzamento de informações, a análise da conduta e ainda serve de parâmetro para a gestão hospitalar localizar e resolver eventuais gargalos, o que promove eficiência e qualidade na prestação do serviço.

O gestor pode ainda traçar possíveis cenários ou antever desafios, o que auxilia na tomada de decisão e no gerenciamento de riscos. Isso pode ser feito com o uso de softwares que transformam a coleta de dados em relatórios gerenciais analíticos e indicadores que norteiam a governança clínica da instituição, visando melhoria de processos. O hospital ainda se torna apto a monitorar resultados e identificar oportunidades de melhorias na assistência. A diminuição de solicitações de exames e procedimentos desnecessários está inserida nessa mudança, devido ao direcionamento que os protocolos clínicos dão ao tratamento médico.

Esse modelo de trabalho também ajuda na gestão de custos ao evitar desperdícios, já que é possível saber com antecedência o que será gasto e promover a gestão inteligente do estoque hospitalar.

São como instruções de trabalho que descrevem o método de atendimento dos profissionais da saúde para cada situação específica. A equipe do Hospital elabora os seus protocolos, de acordo com sua realidade, devendo sempre contemplar o trabalho do corpo médico, a enfermagem e outros profissionais de assistência ao paciente, com prazo de 30 dias para implantar em todos os setores do Hospital.

Diretrizes do manual dos protocolos assistenciais

- Protocolos clínicos assistenciais e de procedimentos administrativos;
- Organização das linhas de cuidado, com base nas realidades locais, identificando



os principais agravos e condições, além da análise de situação de saúde como subsídio a identificação de riscos coletivos e ambientais e definição de prioridades de ação;

- Gestão baseada em resultado, gestão clínica, com aplicação de tecnologias de gestão para assegurar padrões clínicos ótimos; aumentar a eficiência; diminuir os riscos para os usuários e profissionais; prestar serviços efetivos e melhorar a qualidade da atenção à saúde e gestão de caso. Aliando-se a lógica assistencial de atenção às urgências e atenção à saúde, usar o mecanismo de gestão clínica visando a qualificação do cuidado, a eficiência de leito, a organização dos fluxos e processos de trabalho e integrar-se e complementar a equipe de referência;
- Auditoria Clínica;
- Participação social;
- Desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes e componentes da assistência;
- Utilização de sistemas logísticos e de tecnologia da informação, possibilitando a articulação e integração aos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde que efetivamente atendam às necessidades dos usuários, tendo e mantendo conectividade entre os diferentes pontos de atenção, gerando relatórios assistenciais demandados pela SES e que possibilitem e orientem a tomada de decisão;
- Atuação junto a SES na definição e organização territorial das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde, riscos e vulnerabilidades das populações;
- Participar e fomentar junto a SES a execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades de urgência coletiva decorrentes de eventos de massa e eventos com múltiplas vítimas;
- Transporte inter-hospitalar dos pacientes, que necessitem de continuidade dos cuidados e que necessitem de transferência para outra unidade da rede de atenção às urgências, sendo o transporte devidamente regulado;
- Todas as remoções serão feitas por um médico plantonista do Hospital e pela equipe de enfermagem. O primeiro chamado para ambulância é liberado imediatamente. Havendo um segundo no mesmo período, verifica-se a disponibilidade da equipe para atender à esta remoção sem prejudicar o atendimento aos pacientes que se encontram na UNIDADE, bem como a presença de emergências, o que indisponibiliza a saída de um segundo médico naquele momento;
- A qualidade da resolutividade da atenção constitui a base do processo assistencial e devem ser requisitos da unidade hospitalar;
- Suporte ao atendimento às catástrofes, Disponibilidade do serviço 24 horas por dia.



Segue abaixo a lista de rotinas/protocolos e políticas, sendo importante reforçar que dependendo da necessidade serão aplicadas outras não listadas:

- **Acolhimento e Classificação de Risco - ACCR**

- POP 1 - Acolhimento com classificação de risco pelo enfermeiro generalista;
- POP 2 - Acolhimento com classificação de risco pela equipe técnica de enfermagem;
- POP 3 - Organização do consultório médico e de enfermagem pela equipe técnica de enfermagem;
- POP 4 - Atendimento ao período expulsivo na emergência.

- **Agência transfusional**

- POP 01 - Transfusão sanguínea;
- POP 02 - Classificação ABO;
- POP 03 - Classificação Rh (D);
- POP 04 - Pesquisa de anticorpos irregulares;
- POP 05 - Prova de compatibilidade maior;
- POP 06 - Discrepância ABO;
- POP 07 - Controle de qualidade dos reagentes das técnicas imuno-hematológicas;
- POP 08 - Controle de qualidade externo;
- POP 09 - Transfusão maciça;
- POP 10 - Autotransfusão;
- POP 11 - Reação transfusional;
- POP 12 - Hemovigilância;
- POP 13 - Biossegurança;
- POP 14 - Descarte de material biológico;
- POP 15 - Manutenção e calibração de equipamentos da Agência Transfusional;
- POP 16 - Acondicionamento e transporte de hemocomponentes;
- POP 17 - Captação de doadores;
- POP 18 - Comitê transfusional;
- POP 19 - Capacitação de recursos humanos;
- POP 20 - Não conformidades;
- POP 21 - Teste de coombs direto;
- POP 22 - Instalação e transfusão de hemocomponentes;
- POP 23 - Almoxarifado;
- POP 24 - Ouvidoria;
- POP 25 - Auditoria interna;
- POP 26 - Plano de contingência;
- POP 27 - Gestão de equipamentos críticos;



- POP 28 - Qualificação de equipamentos e validação de processo;
- POP 29 - Retrovigilância.

- **CCIH**
- **Cronograma:**
 - CRO. 01. Cronograma de higienização;
- **Fluxo:**
 - FLU. 1. Fluxograma de utilização de EPI;
- **Formulário:**
 - FOR. 1. Controle de higienização do abrigo de resíduos;
 - FOR. 2. Formulário limpeza terminal do leito óbito ou alta;
 - FOR. 3. Formulário limpeza terminal do leito óbito ou alta com nome do auxiliar de higiene;
- **Protocolo:**
 - POP 01. Coleta de Hemocultura;
 - POP HIG 02 - Resíduo Comum;
 - POP HIG 03. - Resíduo Infectante;
 - POP HIG 04. - Limpeza e desinfecção de superfícies;
 - PRS CCIH005 - Paramentação e desparamentação.

- **Central de Material Esterilizado**
 - POP 1 - Técnica de dobradura do capote cirúrgico e embalo em papel grau cirúrgico;
 - POP 2 - Técnica de dobradura de campo grande 180/ 160 cm;
 - POP 3 - Lavagem manual de artigos de assistência ventilatória;
 - POP 4 - Lavagem automatizada de artigos de assistência ventilatória na termodesinfetadora;
 - POP 5 - Secagem automatizada de artigos de assistência ventilatória na secadora;
 - POP 6 - Preparo e acondicionamento dos artigos de assistência ventilatória desinfectados;
 - POP 7 - Recebimento de instrumentais cirúrgicos no expurgo;
 - POP 8 - Preparo de instrumental cirúrgico avulso no papel grau cirúrgico;
 - POP 9 - Preparo das caixas e bandejas cirúrgicas no papel crepado;
 - POP 10 - Execução do teste de Bowie-dick;
 - POP 11 - Lavagem automatizada de instrumentais cirúrgicos na lavadora ultrassônica;
 - POP 12 - Secagem manual de instrumentais cirúrgicos;
 - POP 13 - Técnica de dobradura do campo fenestrado;
 - POP 14 - Montagem da carga da autoclave;
 - POP 15 - Desmontagem da carga da autoclave;



- POP 16 - Execução do teste biológico da autoclave;
 - POP 17 - Lavagem manual de instrumental cirúrgico;
 - POP 18 - Lavagem automatizada dos instrumentais cirúrgicos na termodesinfetadora;
 - POP 19 - Execução do indicador load check na termodesinfetadora;
 - POP 20 - Desinfecção química por hipoclorito de sódio dos artigos de assistência ventilatória;
 - POP 21 - Programação da autoclave para iniciar ciclo de esterilização;
 - POP 22 - Aplicação de silicone na guarnição de vedação da autoclave;
 - POP 23 - Limpeza da autoclave.
- **Centro Cirúrgico Assistencial**
 - POP 1 - Checklist de cirurgia segura;
 - POP 2 - Solicitação de material a central de material esterilizado;
 - POP 3 - Organização da roupa para uso no centro cirúrgico;
 - POP 4 - Recepção do cliente no centro cirúrgico;
 - POP 5 - Preparo da sala operatória e do paciente para o ato cirúrgico;
 - POP 6 - Utilização do bisturi elétrico;
 - POP 7 - Desmontagem da sala de operação;
 - POP 8 - Higienização do paciente no pós-operatório imediato transferência para a sala de recuperação pós anestésica – RPA;
 - POP 9 - Organização dos instrumentos, roupas sujas e resíduos infectantes;
 - POP 10 - Registro do procedimento cirúrgico;
 - POP 11 - Fluxo das caixas de psicotrópicos;
 - POP 12 - Limpeza de centro cirúrgico.
- **Fluxograma**
 - 01 Fluxograma de Atendimento Casos Covid-19 CHE;
 - 02 Fluxograma da Laboratório CHE;
 - 03 Fluxograma do SND CHE;
 - 04 Fluxograma da Farmácia CHE;
 - 05 Fluxograma da Rouparia CHE;
 - 06 Fluxograma dos Resíduos CHE;
 - 07 Fluxograma do Morgue CHE;
 - 08 Fluxograma de Dispensação de EPI CHE;
 - 09 Avaliação das síndromes respiratórias;
 - 10 Cetoacidose Diabética e Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico em Adultos;
 - 11 Dor Torácica;



- 12 Realização de ECG para dor torácica típica;
- 13 PCR;
- 14 Rebaixamento Nível de Consciência;
- 15 SEPSE;
- 16 Taquicardia;
- 17 Trombólise no IAM;
- 18 Bradicardia.

- Protocolos:

- POP 1 - Síndrome Coronariana Aguda (SCA);
- POP 2 - Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.

• Geral Administrativo ENFERMAGEM

- POP 01 - REGISTRO EM LIVRO DE ORDENS E OCORRÊNCIAS;
- POP 02 - PASSAGEM DE PLANTÃO;
- POP 03 - TRANSFERÊNCIA INTERSETORIAL DE PACIENTES;
- POP 05 - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM;
- POP 06 - ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM;
- POP 07- ROTINA DO TÉCNICO DE ENF NA CLÍNICA MÉDICA
- POP 08 - SERVIÇO DE EPIDEMIOLOGIA;
- POP 09 - Checklist de cirurgia segura;
- POP 10 - Solicitação de material a central de material esterilizado;
- POP 11 - Organização da roupa para uso no centro cirúrgico;
- POP 12 - Recepção do cliente no centro cirúrgico;
- POP 13 - Preparo da sala operatória e do paciente para o ato cirúrgico;
- POP 14 - Utilização do bisturi elétrico;
- POP 15 - Desmontagem da sala de operação;
- POP 16 - Higienização do paciente no pós-operatório imediato transferência para a sala de recuperação pós anestésica – RPA;
- POP 17 - Organização dos instrumentos, roupas sujas e resíduos infectantes;
- POP 18 - Registro do procedimento cirúrgico;
- POP 19 - Fluxo das caixas de psicotrópicos;
- POP 20 - Limpeza de centro cirúrgico.

• Geral Administrativo Assistencial

- POP 01 - Cadastro de Fornecedores no Sistema ESTHOS;
- POP 02 - Compra de Itens não geridos com Dispensa de Valores – RCP;
- POP 03 - Compras de Itens não Geridos na RCS;



- POP 04 - Gestão de Estoque de Medicamentos e Materiais;
- POP 05 - Coleta de lixo;
- POP 06 - Cronograma de terminais;
- POP 07 - Dedetização;
- POP 08 - Distribuição de roupa limpa nos setores;
- POP 09 - Solicitação de liberação de AIH para SAECA;
- POP 10 - OUVIDORIA;
- POP 11 - Gestão de leitos;
- POP 12 - Controle de Visitantes;
- POP 13 - Manutenção Corretiva;
- POP 14 - Rotina do auxiliar administrativo na clínica médica;

- **Geral Assistencial**

- **Manual:**

- MAN. 0001 - Prevenção e tratamento de lesões de pele.

- **Protocolo:**

- PC.UTIA.001 Protocolo clínico para sedação em paciente crítico;
 - PC.UTIA.002 P Protocolo clínico para ventilação mecânica nas síndromes respiratórias - SARA;
 - PC.UTIA.003 Protocolo clínico para manejo do traumatismo craniano;
 - POP 01 - Aferição de sinais vitais- Pressão Arterial;
 - POP 02 - Rotina Registro de Enfermagem;
 - POP 03 - Verificação de oximetria de pulso;
 - POP 04 - Conferência carro deparada cardiorrespiratória;
 - POP 05 - Aprazamento da prescrição médica;
 - POP 06 - Monitorização cardíaca;
 - POP 07 - Empréstimos de equipamentos;
 - POP 08 - Aspiração de vias aéreas superiores;
 - POP 09 - OXIGENOTERAPIA - Uso do cateter nasal;
 - POP 10 - OXIGENOTERAPIA - Uso de micronebulizador;
 - POP 11 - OXIGENOTERAPIA - Uso de micronebulizador baixo fluxo;
 - POP 12 - Cateterismo vesical no adulto;
 - POP 13 - Cateterismo vesical no recém-nascido;
 - POP 14 - Cateterismo vesical demora no recém-nascido;
 - POP 15 - Reanimação cardiopulmonar;
 - POP 16 - Cateterismo vesical de demora (adulto).

- **Rotina:**



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

- ROT 01 - Alta hospitalar;
 - ROT 02 - Equipamentos e materiais encaminhados à manutenção;
 - ROT 03 - Encaminhamento dos instrumentais bandejas para o CME;
 - ROT 04 - Cateterismo vesical de demora;
 - ROT 05 - Encaminhamento de pacientes;
 - ROT 06 - Auxílio na intubação orotraqueal nasotraqueal;
 - ROT 07 - Auxílio na reanimação cardiopulmonar;
 - ROT.CM.008 Rotina do enfermeiro na clínica médica;
 - ROT.UTIA.009 Rotina de monitorização da pressão invasiva;
 - ROT.UTIA.010 Manutenção do Dreno de Toráx;
 - ROT.UTIA.011 Higienização do Couro Cabeludo;
 - ROT.UTIA.012 Prevenção da ICS por CVC;
 - ROT.UTIA.013 Rotina Diária do Administrativo da UTIA;
 - ROT.UTIA.014 Prevenção da ITU relacionado a CVD;
 - ROT.UTIA.015 Coleta de Gasometria Arterial;
 - ROT.UTIA.016 Pressão Intra-Abdominal (Síndrome Compartimental Abdominal);
 - ROT.UTIA.017 Rotina Diária do Técnico de Enfermagem da UTIA;
 - ROT.UTIA.018 Prevenção da úlcera por Pressão;
 - ROT.UTIA.019 Assistência de Enfermagem na Hemotransfusão;
 - ROT.UTIA.020 Avaliação da Dor na UTI.
- **Hemodiálise**
 - POP.HD.001 Rotina de Recebimento de Material e Estoque;
 - POP.HD.002 Rotina de Intercorrências;
 - POP.HD.003 Rotina de Implantação do SAE;
 - POP.HD.004 Rotina de Administração de Medicamentos;
 - POP.HD.005 Rotina de Registro de Sinais de Deterioração;
 - POP.HD.006 Rotina de Heparinização;
 - POP.HD.007 Rotina de Identificação do Material Utilizado;
 - POP.HD.008 Rotina de Coleta de Sangue do Paciente na Admissão e Mensal;
 - POP.HD.009 Rotina de Classificação por Complexidade;
 - POP.HD.010 Rotina de Transporte de Sangue para o Laboratório;
 - POP.HD.011 Rotina de Admissão de Paciente;
 - POP.HD.012 Rotina de Fluxo de Preparação para Iniciar a Hemodiálise;
 - POP.HD.013 Rotina de Termo de Consentimento;
 - POP.HD.014 Rotina de Marcação de Avaliação de Paciente Externo;
 - POP.HD.015 Rotina de Realização de KTV;



- POP.HD.016 Rotina de Controle e Prevenção de Eventos Adversos;
- POP.HD.017 Rotina de Disponibilização de Resultados de Culturas de Água;
- POP.HD.018 Rotina de Anticoagulação.

- **Hemodinâmica**

- **Protocolo:**

- POP 01 - Assistência de Enf no Cateterismo;
 - POP 02 - de hemodinâmica;
 - POP 03 - Persistência do canal arterial;

- **Rotina:**

- ROT.UTIP.001 Monitorização Hemodinâmica (Cardíaca).

- **Medicina hiperbárica**

- POP 01 - Medicina Hiperbárica

- **Qualidade**

- POP 001 - Conferência da viatura;
 - PRP NSP 002 - Comunicação Efetiva;
 - PRS EDU 003 - Avaliação da Satisfação do Gestor;
 - PRS EDU 004 - Construção e Aplicação de avaliação de eficácia;
 - PRS EDU 005 - Solicitação de Matriz de Treinamento, Confecção de Calendário mensal e Solicitação de listas de presença;
 - PRS NSP - 006 Identificação do paciente.

- **Rotinas e protocolos referentes a medicamentos e materiais de consumo geral e médico-hospitalares**

- **Almoxarifado**

- ALMOXARIFADO - 01 Atender solicitação;
 - ALMOXARIFADO - 02 Controlar, organizar estoque;
 - ALMOXARIFADO - 03 Emitir lista de ressuprimento;
 - ALMOXARIFADO - 04 Receber materiais dos fornecedores;
 - ALMOXARIFADO - 05 Armazenar materiais;
 - ALMOXARIFADO - 06 Entrada de Nota Fiscal;
 - ALMOXARIFADO - 07 Arquivar cópia de Nota Fiscal;
 - ALMOXARIFADO - 08 Inventário.



- Farmácia:

- FARMÁCIA - 01 Recebimento de medicamentos de fornecedores;
- FARMÁCIA - 02 Solicitação e recebimento de nutrição parenteral;
- FARMÁCIA - 03 Solicitação de medicamentos à CAF;
- FARMÁCIA - 04 Transferência de produtos da central de abastecimento farmacêutico para a Farmácia Satélite;
- FARMÁCIA - 05 Recebimento de medicamentos da CAF;
- FARMÁCIA - 06 Armazenamento de medicamentos e correlatos;
- FARMÁCIA - 07 Dispensação de medicamentos da Portaria 344_98;
- FARMÁCIA - 08 Liberação de medicamentos multidoses;
- FARMÁCIA - 09 Atendimento a acidente biológico;
- FARMÁCIA - 10 Liberação de medicamento de alto custo;
- FARMÁCIA - 11 Dispensação de Antibióticos para a UTI-Neo;
- FARMÁCIA - 12 Assunção e passagem de plantão;
- FARMÁCIA - 13 Atendimento de solicitações via MV;
- FARMÁCIA - 14 Reposição de medicamentos para maleta de hemorragia;
- FARMÁCIA - 15 Contagem de estoque da Farmácia Satélite;
- FARMÁCIA - 16 Controle de estoque e temperatura de geladeira Controle de temperatura ambiente;
- FARMÁCIA - 17 Devolução de medicamentos vencidos pelas clínicas;
- FARMÁCIA - 18 Devolução de medicamentos;
- FARMÁCIA - 19 Dispensação de medicamentos não padronizados (MNP);
- FARMÁCIA - 20 Dispensação de medicamentos para Laqueadura ambulatorial;
- FARMÁCIA - 21 Dispensação de medicamentos pela Farmácia ambulatorial;
- FARMÁCIA - 22 Solicitação de serviços externos, manutenção e informática;
- FARMÁCIA - 23 Rotina e atribuições dos oficiais de Farmácia;
- FARMÁCIA - 24 Profilaxia da transmissão vertical do HIV;
- FARMÁCIA - 25 Fornecimento de Misoprostol - Portaria 344_98;
- FARMÁCIA - 26 Fracionamento de comprimidos;
- FARMÁCIA - 27 Aquisição de medicamento não padronizado.

• Unidade de Terapia Intensiva Protocolos Assistenciais da UTI Adulta

- UTIA.001 protocolo clínico para sedação em paciente crítico;
- UTIA.002 protocolo clínico para ventilação mecânica nas síndromes respiratórias – SARA;
- UTIA.003 protocolo clínico para manejo do traumatismo crânio-encefálico;
- UTIA.004 protocolo clínico para derivação ventricular externa;
- UTIA.005 protocolo clínico de nutrição parenteral;



- UTIA.006 protocolo clínico de pneumonia associada a ventilação mecânica – PAV;
- UTIA.007 protocolo clínico de sirs, sepse grave e choque séptico;
- UTIA.008 protocolo clínico de controle intensivo de glicemia;
- UTIA.009 protocolo de cuidados paliativos e cuidados de fim de vida na UTI;
- UTIA.010 protocolo de cuidados pós parada cardiorrespiratória;
- UTIA.011 protocolo de hemorragia intracraniana;
- UTIA.012 protocolo de posição prona;
- UTIA.013 protocolo clínico de despertar diário - sedação e analgesia;
- UTIA.014 protocolo clínico de admissão e alta – UTI;
- UTIA.015 protocolo de prevenção da infecção de corrente sanguínea (ICS) por cateter venoso central (CVC);
- UTIA.016 protocolo clínico pancreatite aguda;
- UTIA.017 protocolo de regulação inicial do ventilador mecânico invasivo;
- UTIA.018 protocolo de administração de insulinas;

Protocolos Assistenciais da UTI Pediátrica:

- PC.UTIP.001 Admissão e Alta na UTI Pediátrica;
- PC.UTIP.002 Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;
- PC.UTIP.003 Abstinência, Tolerância e Dependência;
- PC.UTIP.004 Asma Aguda Grave;
- PC.UTIP.005 Traumatismo Crânio Encefálico Grave;
- PC.UTIP.006 Cetoacidose Diabética;
- PC.UTIP.007 Manejo do Estado de Mal Convulsivo;
- PC.UTIP.008 Sequência Rápida de Intubação;
- PC.UTIP.009 Síndrome Desconforto Respiratório Agudo;
- PC.UTIP.010 Bradicardia;
- PC.UTIP.011 Taquicardia com Pulso;
- PC.UTIP.012 RCP em Pediatria - Ritmos Chocáveis;
- PC.UTIP.013 RCP em Pediatria - Ritmos não Chocáveis;
- PC.UTIP.014 Distúrbios Hidroeletrolíticos;
- PC.UTIP.015 Pneumonia Grave;

ROTINAS:

- ROT.UTIA.001 Higienização do Couro Cabeludo;
- ROT.UTIA.002 Prevenção da ICS por CVC;
- ROT.UTIA.003 Rotina Diária do Administrativo da UTIA;
- ROT.UTIA.004 Prevenção da ITU relacionado a CVD;



- ROT.UTIA.005 Pressão Intra-Abdominal (Síndrome Compartimental Abdominal);
- ROT.UTIA.006 Coleta de Gasometria Arterial;
- ROT.UTIA.007 Avaliação da Dor na UTI;
- ROT.UTIA.008 Rotina Diária do Técnico de Enfermagem da UTIA;
- ROT.UTIA.009 Prevenção da Úlcera por Pressão;
- ROT.UTIA.010 Assistência de Enfermagem na Hemotransfusão;
- ROT.UTIP.001 Acesso Venoso Periférico;
- ROT.UTIP.002 Cateterismo Vesical de Demora;
- ROT.UTIP.003 Cateterismo Vesical Intermitente;
- ROT.UTIP.004 Sinal Vital - Frequência Cardíaca (FC);
- ROT.UTIP.005 Aferição Sinal Vital - Freq. Respiratória;
- ROT.UTIP.006 Aferição Sinal Vital - Temp. Corporal;
- ROT.UTIP.007 Aferição Sinal Vital - P.A. no Invasiva;
- ROT.UTIP.008 Aferição Glicemia Capilar – Glicosímetro;
- ROT.UTIP.009 Transferência Hospitalar Paciente UTI Pediátrica;
- ROT.UTIP.010 Aspiração TOT e TQT - Sistema Aberto;
- ROT.UTIP.011 Técnica para Realização de Curativos;
- ROT.UTIP.012 Instalação e Controle de Transfusão de Hemocomponentes;
- ROT.UTIP.013 Monitorização Hemodinâmica (Cardíaca).

1.3.2. PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS

1.3.2.1. Proposta de Manual de Rotinas para Administração Financeira

1.3.2.1.1. Objetivo da Política

A presente política tem como objetivo assegurar a integridade, transparência e conformidade nas operações financeiras, contábeis e de controle, promovendo a eficiência e sustentabilidade do Centro de Estudos e Pesquisas Científicas Francisco Antônio de Salles, denominado como FAS, tratando-se de norma interna aplicável a todas as áreas da entidade.

Também estabelece as diretrizes, limites e atribuições a serem adotados na execução das atividades de forma a evitar riscos financeiros.

1.3.2.1.2. Abrangência

A presente política visa o comprometimento de todos os departamentos, gerências e colaboradores do FAS, sejam diretos ou indiretos, em especial os subordinados hierarquicamente a Gerência Financeira.



1.3.2.1.3. Das Responsabilidades

• **Contas a pagar**

O setor de contas a pagar é responsável por registrar, monitorar e efetuar os pagamentos autorizados e dele também faz parte o setor de controladoria que tem o papel de assegurar a integridade e precisão das informações financeiras, fazendo parte de suas atividades:

- Realizar os lançamento e registros financeiros em sistema;
- Programar os pagamentos a serem feitos no dia;
- Realizar o lançamento dos pagamentos no sistema bancário;
- Após segunda conferência, liberar os pagamentos;
- Efetuar a conciliação bancária.
- Elaborar relatórios, análises e estatísticas da área.

• **Contabilidade**

A área contábil tem o papel de assegurar a integridade e a precisão das informações contábeis, além de atender as necessidades administrativas e as exigências legais, possibilitando o adequado controle contábil. É de sua responsabilidade:

- Gestão dos tributos: será realizada a correta apuração dos impostos e aproveitamento dos créditos legais, cumprindo os prazos de recolhimento dos impostos municipais, estaduais e federais, além de realizar o procedimento de envio de obrigações acessórias dentro dos prazos estabelecidos por lei.
- Conciliações contábeis: será feita mensalmente, para que haja a contrapartida entre débitos e créditos, realizando a checagem do respectivo saldo e movimentações com a realidade efetiva, demonstrada por documentação, extratos e relatórios de controle.
- Contas a pagar: a contabilidade irá atuar por intermédio do contas a pagar, com a responsabilidade de receber, conferir e dar diligência aos compromissos financeiros assumidos, atuando de forma a evitar o pagamento de multas e juros, realizando o recebimento fiscal e encaminhando os compromissos ao Contas a pagar para agendamento.

• **Fiscal**

A área fiscal tem o papel de conferência dos impostos retidos em notas de prestação de serviço. O controle se dá através de troca de e-mails onde, a equipe responsável pelo recebimento e conferência das NFS, encaminha as referidas notas e arquivos xml para o setor fiscal, que deverá responder com a liberação para pagamento em até 24 horas. Caso seja detectado erro na retenção de tributos informada na nota, o setor fiscal será responsável por orientar o fornecedor quanto ao cancelamento e reemissão da nota de serviço, citando o embasamento legal para tanto.



Além disto, o setor é responsável pela entrega das obrigações fiscais como REINF, SPED Contribuições e demais declarações, assegurando a integridade das informações, bem como o cumprimento dos prazos legais.

1.3.2.1.4. Pagamentos

- **Recebimento dos documentos:**

Diariamente são recebidos diversos documentos para pagamentos, oriundos de quatro fontes principais:

- Serviços: Medição e recebimento das notas de serviços terceirizados, fixos ou pontuais.
- Compras: Notas referentes à compra de materiais, medicamentos e outras pontuais, que não tenham contrato.
- Tributos: Impostos e taxas recebidos através do setor fiscal.
- Departamento Pessoal: Documentos referentes ao pagamento de folha salarial, encargos e outras obrigações.

O setor possui horário limite até às 14h para recebimento de documentos que serão pagos no mesmo dia. Após o horário estabelecido, as despesas serão programadas para o dia útil de pagamentos subsequente.

- **Processo de conferência e lançamento das contas**

Os documentos recebidos são analisados e subdivididos por projeto, antes de seguir para a tesouraria. A análise e conferência detalhada seguem os seguintes critérios:

- a) Data de emissão e envio da nota, sendo necessário que o prestador envie as notas até o 5º dia útil e com emissão dentro do mês corrente, com exceção de serviços faturados por demanda ou com períodos de apuração diversos;
- Descrição do serviço em relação ao contrato;
- Relatório de detalhamento do serviço em relação a nota fiscal;
- Valores faturados;
- Impostos retidos e código de serviço, levando em consideração as legislações vigentes nos municípios do tomador e do prestador do serviço;
- Validade das certidões do prestador, sendo elas:
 - Prova de Regularidade com a Fazenda Estadual;
 - Prova de Regularidade com a Fazenda Municipal;
 - Prova de Regularidade com a Fazenda Federal;
 - Prova de Regularidade com FGTS;
 - Prova de Regularidade com a Justiça do Trabalho;
- Confirmação de 2 assinaturas, legíveis, que atestem a prestação do serviço conforme contratado e faturado.



Os documentos são lançados no sistema de acordo com o status e a data de pagamento. Diariamente é gerado um relatório com as contas a pagar, o qual é enviado para a aprovação da diretoria.

Após a aprovação, os documentos são lançados no sistema bancário e ficam aguardando a segunda conferência e autorização.

- **Pagamento**

Após os lançamentos bancários e a aprovação da diretoria, é realizada uma segunda conferência pela gerência, que realiza os cálculos e a liberação dos saldos necessários para pagamento nas contas bancárias, através de resgates das aplicações financeiras. Após essa segunda conferência, os pagamentos são autorizados, sempre com dupla alçada de aprovação bancária.

- **Prazos de Pagamento**

O setor Financeiro se compromete a efetuar os pagamentos com pontualidade e respeito aos vencimentos, de forma a evitar penalidades e manter integridade financeira da empresa.

Os pagamentos serão realizados de acordo com o seguinte calendário:

Dia 01 ao 15	Pagamentos diários
Dia 16 ao 31	Pagamentos às terças e quintas-feiras

Os pagamentos que vencem em dias divergentes dos preestabelecidos, ou caso a terça ou quinta-feira não seja dia útil, serão realizados no dia útil de pagamento anterior.

Despesas recorrentes devem ser revisadas periodicamente pelo setor de Contratação de Serviços para garantir a conformidade com os contratos e as políticas vigentes.

Poderão ocorrer exceções ao fluxo de pagamentos estabelecido, para demandas urgentes ou especiais que serão previstas na política de compras, devendo ser pontuais e sendo necessária a aprovação da diretoria.

1.3.2.1.5. Controles Internos

A conciliação será realizada no dia útil posterior aos pagamentos realizados, com a comparação entre os extratos bancários e os lançamentos realizados em sistema.

Diariamente será enviado o relatório com os valores conciliados para ciência da Diretoria e será mantido um histórico de todas as conciliações feitas. Ao encerramento de cada mês será feita uma reconciliação dos valores para que seja atestado que de fato não há nenhuma divergência. Os documentos da conciliação ficarão disponíveis à área Contábil, que irá realizar suas próprias reconciliações entre os extratos bancários e os registros contábeis, mantendo um



ambiente contábil sólido.

Os dados internos de conciliação, lançamentos e notas emitidas no Sefaz são utilizados pelo setor Financeiro para gerar relatórios estratégicos que ajudam na tomada de decisão e na análise da saúde das contas da empresa, quais sejam:

- Fluxo de caixa - análise dos recebimentos, pagamentos realizados e previstos, controle do saldo e fluxo operacional;
- Conciliação - controle diário das contas e pagamentos, de forma a evitar erros e divergências;
- DRE - demonstração contábil dos repasses, despesas e saldos;
- Contas a pagar - planilha que gerencia prazo e valores de pagamento e recebimento.

1.3.2.1.6. Recusa de Recebimento e Cancelamento de Notas

Em situações em que a qualidade dos itens recebidos não atenda aos padrões estabelecidos, ou em caso de divergência entre o pedido e entrega, os gestores responsáveis deverão realizar a recusa do recebimento, o que será comunicado imediatamente ao fornecedor que deverá proceder ao cancelamento das notas fiscais em conformidade com as políticas fiscais vigentes. As justificativas para o cancelamento das notas devem ser documentadas de forma clara.

1.3.2.1.7. Avaliação de Fornecedores

Prezando pela manutenção na qualidade dos fornecedores de serviços e materiais, o Regulamento de Compras e Contratação de Serviços, em seu Capítulo VII, página 12, prevê os critérios de avaliação de fornecedores, bem como as penalidades cabíveis, que serão aplicadas em conformidade com cada caso analisado. Entre as penalidades previstas está o bloqueio temporário dos pagamentos até que as pendências encontradas sejam sanadas.

O setor Financeiro irá prestar apoio aos setores de Compras e Contratos na atuação deste bloqueio e medidas pertinentes.

1.3.2.1.8. Bloqueio de Fornecedores

Poderá haver o bloqueio de fornecedores em casos específicos, como descumprimento de contratos, problemas recorrentes em entregas, descumprimento de acordos de compras ou condutas antiéticas, conforme Regulamento de Compras e Contratações de Serviços, art. 22, parágrafo 1º.

decisão de bloqueio será aprovada pela diretoria correspondente ao serviço prestado ou compra realizada, e comunicada ao setor Financeiro pelos setores de Compras e Contratos, garantindo que a decisão seja cumprida.

1.3.2.1.9. Controles Contábeis

A área Contábil irá realizar rigorosos controles para garantir a exatidão das demonstrações contábeis, fazendo periodicamente revisões e cruzamento de informações junto aos outros departamentos.

Fará a apuração dos impostos e obrigações fiscais a serem pagas, gerando as guias que serão encaminhadas ao time de contas a pagar.

Ao fim de cada mês, serão responsáveis pela apuração e fechamento do balancete, registrando as demonstrações que ficarão à disposição do setor estratégico da empresa.

Também são o time responsável por revisar a conciliação, em busca de inconsistências na aplicação dos itens contábeis e no ajuste dos mesmos.

1.3.2.1.10. Compliance e Auditoria

As operações do setor devem estar em conformidade com leis e regulamentos aplicáveis, sendo periodicamente auditadas para garantir a aderência aos procedimentos estabelecidos.

Caberá ao time de Compliance divulgar e garantir que esta política seja cumprida.

1.3.2.1.11. Revisão da Política

A política será revisada periodicamente para garantir sua relevância e eficácia, sendo ajustada conforme as necessidades da empresa.

1.3.2.2. Proposta de Manual de Gestão de Custos

1.3.2.2.1. Introdução

A gestão de custos em uma organização da sociedade civil é essencial para garantir a sustentabilidade, eficiência e a qualidade do serviço prestado.

Sendo uma OSC, o Centro de Estudos e Pesquisas Científicas Francisco Antonio de Salles depende de recursos públicos para manter suas operações em funcionamento. Uma gestão eficaz de custos ajuda a aloca-los de maneira adequada, evitando desperdícios e garantindo que a instituição possa continuar funcionando a longo prazo e atendendo as necessidades da população.

O setor de saúde lida com recursos limitados, e a gestão de custos ajuda a maximizar o uso destes, permitindo que a organização faça mais com menos, sem comprometer a qualidade do atendimento.

Além disso, o FAS cumpre seu compromisso de prestar contas de como os recursos recebidos são utilizados. Uma gestão de custos clara e bem estruturada facilita a prestação de contas aos órgãos financiadores e à sociedade, reforçando a credibilidade da instituição.



1.3.2.2.2. Estrutura de Custos

A estrutura de custos do Centro de Estudos e Pesquisas Científicas Francisco Antonio de Salles – FAS, é organizada através de um plano de contas que abrange tanto os custos diretos quanto os indiretos, fixos e variáveis, que são categorizados e subdivididos em custos diretos, indiretos e investimentos:

- **Custos Diretos**

São aqueles que estão diretamente relacionados com a prestação dos serviços de saúde.

- **Materiais e medicamentos:** Engloba compra de materiais hospitalares e odontológicos, medicamentos, materiais laboratoriais, enxoval hospitalar, alimentação enteral, dentre outros.
- **Pessoal médico e assistencial:** Salários, encargos e benefícios de médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares e outros profissionais que estão diretamente ligados à assistência aos pacientes.
- **Serviços Assistenciais:** Custos associados à terceirização de serviços como exames laboratoriais, imagem, serviços de apoio diagnóstico terapêutico, fornecimentos de insumos, gases medicinais, alimentação, órtese e prótese, dentre outros tantos que podem ser aplicados à natureza de cada contrato de gestão.
- **Serviços de apoio:** Outros custos como contratação de serviços de limpeza, segurança e vigilância, lavanderia, manutenção, locação de equipamentos, telefonia e internet.

- **Custos Indiretos**

Não estão diretamente relacionados com o atendimento, mas são necessários para o funcionamento da organização.

- **Administrativos:** Todos os custos relativos à manutenção da sede da organização social são mantidos com verba previamente determinada para esse fim, com valor definido e aprovado em cada contrato de gestão celebrado pela OSC. Engloba todos os custos indiretos como pagamento de aluguéis, condomínio, concessionárias, salários, encargos e benefícios do pessoal administrativo, serviços de assessoria contábil, jurídica e compra de materiais de expediente. Os custos e despesas relativos à sede da organização social são alocados utilizando um critério de rateio definido mês a mês de acordo com os projetos ativos, sendo todos os custos indiretos alocados proporcionalmente ao centro de custo de cada projeto.

Todos os tipos de custos elencados anteriormente, definidos como diretos e indiretos, também podem ser subdivididos entre custos fixos ou variáveis. Os custos fixos são aqueles que permanecem constantes, independentemente do volume de atendimento, como aluguéis de equipamentos, custos de natureza salarial e manutenções. Já os custos variáveis são aqueles que variam de acordo com o número de atendimentos ou procedimentos realizados, como todos



os materiais de consumos e medicamentos.

• Investimentos

Além dos grupos de custos já relacionados, existe ainda uma terceira categoria, também previamente definida nos contratos de gestão, onde é fixado um montante para formação ou aquisição de bens de capital, como por exemplo obras e instalações, reformas, aquisição de equipamentos, mobiliário, entre outros, sempre seguindo as normas legais do contratante e as disposições do contrato e plano de trabalho celebrados. Esses custos são analisados separadamente, pois são oriundos de repasses empenhados para essa finalidade exclusivamente.

O plano de contas do FAS é composto por 9 macro categorias de despesas, sendo subdivididas em 3 níveis de abertura, conforme a tabela a seguir:

Código da despesa	Naturezas de Despesa
1	Pessoal
1.01	Pessoal Salário
1.01.01	Folha Normal
1.01.02	13º Salário
1.01.03	Férias
1.01.04	Rescisão Contratual
1.01.05	Adiantamento Salário
1.01.06	Adiantamento 13º Salário
1.01.07	Pensão Alimentícia
1.01.08	Horas Extras
1.01.09	Pró-Labore
1.01.10	Saldo de Salário
1.01.11	Adicional 1/3 Férias e Outros
1.01.12	Folha Complementar (Piso da Enfermagem)
1.02	Pessoal Benefício
1.02.01	Vale Transporte
1.02.02	Cesta Básica
1.02.03	Convênios
1.02.04	Vale Alimentação
1.02.05	Vale Refeição
1.02.06	Vale Combustível
1.02.07	Auxílio Moradia

1.02.08	Gratificações e Adicionais
1.02.09	Seguro de Vida
1.02.10	Plano de Saúde/Odontológico
1.03	Pessoal Encargos
1.03.01	FGTS
1.03.02	Outros Encargos/Contrib
1.03.04	INSS s/ Fopag
1.03.05	IRRF s/ Fopag
1.03.06	FGTS Rescisão
1.03.07	Pis s/Fopag
1.03.08	Empréstimo Consignado
1.03.09	IR Autônomos
1.03.10	INSS Autônomos
1.03.11	Encargos Patronais
1.04	Pessoal Outros
1.04.01	Outras Despesas Pessoal
1.04.02	Bloqueio Judicial
1.04.03	Transf Provis Outro Contrato
1.04.04	Pagamentos Autônomos
1.04.05	Pagamentos Estagiários
1.04.06	Pagamento Bolsistas
1.04.08	Pagamento Residentes
1.04.09	Processos Trabalhistas
1.05	Outras Formas de Contratação
1.05.01	Serv Médicos
1.05.02	Equipe Multidisciplinar
2	Materiais
2.01	Material Hospitalar
2.01.02	Mat Higiene Pessoal
2.01.04	Alimentação Parenteral
2.01.05	Medicamentos
2.01.06	Gases Medicinais
2.01.07	Materiais Laboratórios
2.01.08	Vestuário
2.01.09	Mat Hospitalar e Odonto

2.01.11	Enxoval Hospitalar
2.01.12	Saneantes
2.02	Material Manutenção
2.02.01	Peças Equip em Geral
2.02.02	Peças Equip Informática
2.02.03	Ferramentas Manuais
2.02.04	Mat Construção
2.03	Material Outros
2.03.01	Mat Escritório
2.03.02	Mat Gráfico
2.03.03	Mat Descartável
2.03.04	Mat Informática
2.03.05	Manut Predial
2.03.06	Combustíveis
2.03.07	Combustíveis e Lubrif p/ Geradores
2.03.08	Mat Educativo/Esportivo/Cultural
2.03.09	Livros/Jornais/Publicações
2.03.10	Outras Despesas Consumo
2.03.11	Composição Fundo Fixo
2.03.12	Mat Limpeza
2.03.13	GAS (GLP)
3	Serviços
3.01	Serviços 3º Assistencial
3.01.01	Locação Cilindros Gases
3.01.02	Serv Alimentação
3.01.03	Serv Raio X
3.01.04	Serv Esterilização
3.01.05	Serv Ultrassom
3.01.06	Serv Análises Clínicas
3.01.07	Serv SADT
3.01.08	Serv Assistenciais PJ
3.01.09	Serv Assistenciais PF
3.01.10	Serv Hemoterápicos
3.01.11	Terapia Renal Substitutiva
3.01.12	Prontuário eletrônico

3.01.13	Quimioterapia - Câncer de Mama
3.01.14	Quimioterapia - Câncer Colo de Útero
3.01.15	Radioterapia - Câncer de Mama
3.01.16	Radioterapia - Câncer Colo de Útero
3.01.17	Serv Alimentação Enteral
3.01.18	Serv Órtese e Prótese
3.01.19	Gêneros Alimentícios
3.01.20	Alimentação Parenteral
3.01.21	Gases Medicinais
3.01.22	Fornecimento de Insumos
3.02	Serviços 3º Manutenção
3.02.01	Reparos/Adaptações
3.02.02	Serv Manut Equip em Geral
3.02.03	Serv Manut Equip Hospitalares
3.02.04	Serv Manut Veículos
3.02.05	Serv Manut Equip Informática
3.02.06	Limpeza
3.02.07	Serv Limpeza Trat Piscinas
3.02.08	Locação de Gerador
3.02.09	Manutenção de Gerador
3.02.10	Manutenção em extintores
3.03	Serviços 3º Outros
3.03.01	Serv Dedetização/Desratização
3.03.02	Locação Equip
3.03.03	Locação Equip Informática
3.03.04	Locação Softwares
3.03.05	Locação Predial
3.03.06	Segurança e Vigilância
3.03.07	TV Cabo
3.03.08	Telefonia Cabo
3.03.09	Internet Cabo
3.03.10	Internet Móvel
3.03.11	Outros Serv Internet
3.03.12	Serv Implantação Sistemas
3.03.13	Cursos

3.03.14	Serv Lavanderia
3.03.15	Serv Consultoria PJ
3.03.16	Serv Consultoria PF
3.03.17	Seguros
3.03.18	Seguro Predial
3.03.19	Seguro Veicular
3.03.20	Condomínio
3.03.21	Aluguel
3.03.22	Honorários Advocatícios
3.03.23	Regime Quilometragem
3.03.24	Pedágio
3.03.25	Passagens Aéreas
3.03.26	Passagens Rodoviárias
3.03.27	Locação Veículos
3.03.28	Táxi
3.03.29	Outros Transportes
3.03.30	Fretes
3.03.31	Locação Ambulância
3.03.32	Hospedagem e Alimentação
3.03.33	Propaganda e Publicidade
3.03.34	Outros Serv Terceiros
3.03.35	Cartório
3.03.36	Serv Contábeis
3.03.37	Serv Jurídicos
3.03.38	Serv Análise de Custos
3.03.39	Serv Logística
3.03.40	Outros Serv Terceiros - PJ
3.03.41	Outros Serv Terceiros - PF
3.03.42	Serv Técnicos Especializados
3.03.43	Serv Apoio Gestão
3.03.44	Eventos
3.03.45	Serv Administrativos
3.03.46	Exames Ocupacionais
3.03.47	Coleta Lixo Especial
3.03.48	Motociclista Mensageiro

3.03.49	Ponto Biométrico
4	Tributos
4.01	ISS
4.02	PIS/COFINS/CSLL
4.03	INSS s/Prestação Serv
4.04	IR s/Prestação Serv
4.05	IPTU
4.06	Outras Contribuições
4.07	IPVA
4.08	Taxa Incêndio
4.09	PIS/COFINS/CSLL Serv. Médicos
4.10	IR s/Prestação Serv. Médicos
4.11	ISS s/Prestação Serv. Médicos
5	Serviços Públicos
5.01	Água
5.02	Energia Elétrica
5.03	Gás
5.04	Telefonia Fixa
5.05	Telefonia Celular
5.06	Telefonia Via Rádio
5.07	Correio
6	Investimentos
6.01	Equip Médico-Hospitalares
6.02	Equip Informática
6.03	Outros Equip
6.04	Mobiliário
6.05	Cursos e Treinamentos
6.06	Obras
6.07	Veículos
6.08	Ambulâncias
6.09	Outros Bens Duráveis
6.10	Intangível (Direito e Uso)
7	Outras Despesas
7.01	Premiações Cult/Arte/Científ/Desport
7.02	Mat Distribuição Gratuita



7.03	Outras Despesas Operacionais
7.05	Outras Despesas Bancárias
7.06	Rateio Despesas Sede
7.07	Bloqueio Judicial
7.08	Despesas Judiciais
8	Transferências
8.01	Concessão Empréstimo
8.02	Reembolso Empréstimo
8.03	Transf da Exec para Prov
8.04	Transf da Prov para Exec
8.05	Transferência Entre Contas
8.09	Despesa devolvida
9	Outras Não Operacionais
9.01	Multas e Juros
9.03	Estorno de Receitas
9.04	Pagamento Indevido
9.05	Rateio de rendimentos Sede
10	Despesas Financeiras
10.01	IOF s/ Investimento
10.02	IRRF s/Investimento
10.03	Taxas e Tarifas

1.3.2.2.3. Planejamento de Custos

A elaboração do orçamento do Centro de Estudos e Pesquisas Científicas Francisco Antonio de Salles envolve um processo estruturado para garantir a viabilidade financeira das operações e a eficácia no atendimento à população. Esse processo considera tanto as exigências dos contratos firmados, quanto a sustentabilidade financeira da instituição.

Como a OSC opera com base em contratos de gestão firmados com o poder público (municipal, estadual ou federal), as metas, indicadores de desempenho e valores de repasse determinados são os elementos fundamentais considerados no planejamento financeiro.

- **Previsão de receitas**

As receitas do instituto poderão ser provenientes das seguintes fontes: contratos de gestão, parcerias, convênios e, em alguns casos, doações de instituições privadas. Sendo fundamental para a elaboração do orçamento a previsão dessas receitas. Os valores a serem repassados pelas entidades governamentais são analisados à luz dos contratos de gestão, para que o planejamento da utilização desses recursos seja eficaz no cumprimento aos planos de trabalho



e o mais otimizadas possível para aumentar o desempenho do serviço prestado.

• Mapeamento de Custos

Nesta etapa a OSC identifica todos os custos que serão necessários para a execução das atividades previstas nos contratos de gestão. Isso inclui a análise dos custos diretos e indiretos, e projeção dos custos fixos e variáveis. Essas projeções são feitas através de estudos de mercado e orçamentos realizados com prestadores de serviço que atendam todas as normas e regras definidas na Política de Compras e Contratação de Serviços.

1.3.2.2.4. Ferramentas de monitoramento

As ferramentas de monitoramento de custos desempenham um papel crucial na instituição, garantindo a eficiência e transparência das operações. Além disso, o monitoramento constante dos custos é fundamental para revelar possíveis inconsistências ou desvios nos gastos, que podem indicar uma série de problemas. A identificação precoce desses problemas é fator decisivo para a implementação eficaz das correções necessárias, através de tomadas de decisão bem informadas e embasadas.

Atualmente o Centro de Estudos e Pesquisas Científicas Francisco Antonio de Salles – FAS realiza o monitoramento dos seus custos através de ferramentas desenvolvidas em Excel. A partir do primeiro trimestre de 2024 a instituição iniciou a implementação de um novo sistema integrado de planejamento de recursos empresariais (ERP), no qual será possível a emissão de inúmeros relatórios automáticos que poderão ser parametrizados previamente de acordo com a necessidade da instituição.

• Planilha de análise de Orçamento x Realizado

Ferramenta de controle financeiro que permite comparar as previsões orçamentárias com os valores recebidos e gastos. Seu principal objetivo é monitorar as receitas e despesas de acordo com o planejado, facilitando a identificação de desvios e ajudando na gestão financeira dos projetos.

Execução Orçamentária Projeto XYZ

Descrição Rubrica	2024-06				REALIZADO ACUMULADO				SALDO PROJETADO			
	Contratado	Repassado	Realizado	Saldo	Contratado	Repassado	Realizado	Saldo	Contratado	Repassado	Realizado	Saldo
A - APOIO À GESTÃO	69.000	69.000	19.866	49.134	414.000	414.000	315.954	98.046	828.000	828.000	731.908	96.092
a1- apoio à gestão da CGE	15.000	15.000	14.382	618	90.000	90.000	86.289	3.711	180.000	180.000	172.578	7.422
a2- apoio à gestão da RUE	54.000	54.000	5.484	48.516	324.000	324.000	229.665	94.335	648.000	648.000	559.330	88.670
RH	1.220.000	1.220.000	1.246.834	-26.834	7.320.000	7.320.000	7.451.004	-131.004	14.640.000	14.640.000	14.575.008	64.992
b1- Ambulatório de Ortopedia	90.000	90.000	99.582	-9.582	540.000	540.000	567.492	-27.492	1.080.000	1.080.000	1.104.984	-24.984
c1- Ambulatório de Risco Cirurgico	30.000	30.000	27.502	2.498	180.000	180.000	165.012	14.988	360.000	360.000	330.024	29.976
d1- Anestesiologia	22.000	22.000	23.781	-1.781	132.000	132.000	142.686	-10.686	264.000	264.000	280.372	-16.372
e1- Internação Pós Operatório	220.000	220.000	231.689	-11.689	1.320.000	1.320.000	1.390.134	-70.134	2.640.000	2.640.000	2.680.268	-40.268
f1- Núcleo Interno de Regulação	63.000	63.000	37.568	25.432	378.000	378.000	225.408	152.592	756.000	756.000	678.816	77.184
g1- Internação Ortopédica	370.000	370.000	359.624	10.376	2.220.000	2.220.000	2.157.744	62.256	4.440.000	4.440.000	4.415.488	24.512
h1- Telemedicina	65.000	65.000	48.844	16.156	390.000	390.000	293.064	96.936	780.000	780.000	766.128	13.872
i1- Centro Cirurgico	360.000	360.000	418.244	-58.244	2.160.000	2.160.000	2.509.464	-349.464	4.320.000	4.320.000	4.318.928	1.072
K- CUSTEIO	450.000	450.000	446.325	3.675	2.700.000	2.700.000	2.677.950	22.050	5.400.000	5.400.000	5.355.900	44.100
L- INVESTIMENTO	15.000	15.000	0	15.000	90.000	90.000	47.000	43.000	180.000	180.000	180.000	0
Despesa Total (C)	1.754.000	1.754.000	1.713.025	40.975	10.524.000	10.524.000	10.491.908	32.092	21.048.000	21.048.000	20.842.816	205.184

Além do monitoramento dos gastos realizados, a ferramenta de análise também leva em consideração as projeções de acordo com o planejamento da unidade revisado mensalmente com a diretoria e gerência operacional responsável por cada projeto. Dessa forma, as projeções realizadas não são baseadas apenas no histórico de gastos, mas levando em considerações também novas aquisições, contratações, sazonalidades, dentre outros.

Assim é possível analisar o custo projetado até o último mês de execução contratado, bem como a variação mensal de cada centro de custo e conta contábil.

- **Fluxo de Caixa**

Ferramenta financeira utilizada para controlar as entradas e saídas de recursos da organização. Permite acompanhar o saldo disponível em caixa, prever possíveis faltas ou excessos de recurso e tomadas de decisão bem informadas.

Período	jan/24	fev/24	mar/24	abr/24	mai/24	jun/24	jul/24	ago/24
Contratado	2.649.824	2.649.824	2.649.824	2.649.824	2.649.824	2.649.824	2.649.824	2.649.824
Repasso Fixo	2.649.824	2.664.824	2.710.937	8.880.725	15.000	-	2.803.861	2.649.824
Repasso Piso Enfermagem	-	-	-	86.372	-	28.013	-	26.755
Pendente (diferença)	(1.937.398)	(1.922.398)	(1.861.284)	4.369.617	1.734.793	(915.031)	(760.993)	(760.993)
Saldo inicial	3.636.023	4.005.835	3.637.393	3.636.924	6.382.689	3.636.023	3.690.233	3.663.357
Repasso financeiro	2.649.824	2.664.824	2.710.937	8.967.097	15.000	28.013	2.803.861	2.676.579
Operações por Rubrica	(2.280.012)	(3.033.267)	(2.711.406)	(6.221.332)	(2.761.665)	26.196	(2.830.737)	(314.764)
Apoio à gestão	(33.529)	(32.043)	(33.070)	(31.797)	(32.940)	(32.769)	(32.477)	(33.563)
Custeio	(533.867)	(1.152.139)	(1.234.281)	(1.199.585)	(1.216.268)	(1.247.796)	(1.159.023)	(1.214.417)
2.1 - Material Hospitalar	-	-	(49.980)	-	(1.138)	-	-	-
2.2 - Material Manutenção	-	-	-	-	-	-	-	-
2.3 - Material Outros	(369)	-	(79.953)	(1.112)	(619)	-	(7.012)	(5.400)
3.1 - Serviços 3º Assistencial	-	-	-	-	-	-	-	-
3.2 - Serviços 3º Manutenção	-	-	-	-	-	-	-	-
3.3 - Serviços 3º Outros	(485.708)	(486.368)	(485.888)	(532.672)	(548.705)	(532.219)	(488.977)	(493.788)
4 - Taxas	-	-	-	-	-	(49.769)	(49.769)	(49.769)
5 - Serviços Públicos	-	-	-	-	-	-	-	-
7 - Outras Despesas	(47.340)	(665.460)	(618.120)	(665.460)	(665.460)	(665.460)	(612.542)	(665.460)
9 - Outras Não Operacionais	-	-	-	-	-	-	-	-
11 - Despesas Financeiras	(451)	(311)	(340)	(341)	(345)	(348)	(723)	-
12 - Receitas Financeiras	-	-	-	-	-	-	-	-
RH	(1.412.416)	(1.604.286)	(1.512.519)	(1.597.975)	(1.666.652)	(1.544.642)	(1.637.360)	(1.350.572)
1.1 - Pessoal Salário	(741.267)	(765.156)	(809.759)	(876.242)	(865.307)	(812.860)	(1.286.138)	(792.029)
1.2 - Pessoal Benefício	(56.047)	(60.047)	(56.942)	(57.418)	(58.308)	(54.344)	(60.083)	(56.399)
1.3 - Pessoal Encargos	(650.441)	(358.129)	(360.984)	(284.251)	(369.752)	(535.893)	(424.104)	(227.763)
1.4 - Pessoal Outros	-	-	370	-	(47.416)	-	(26.425)	(274.478)
1.5 - Outras Formas de Contratação	-	-	-	-	-	-	-	-
7 - Outras Despesas	-	-	-	-	-	-	-	-
8 - Transferências	35.339	(420.953)	(285.203)	(380.064)	(325.869)	(141.546)	159.391	96
Investimento	-	-	(490)	(61.239)	-	(40.416)	-	(35.399)
Movimentação entre contas	(300.200)	(244.798)	68.953	(3.330.737)	154.195	2.891.819	(1.877)	2.319.188
Saldo Final (Conta execução)	4.005.835	3.637.393	3.636.924	6.382.689	3.636.023	3.690.233	3.663.357	6.025.172

*Demonstração de fluxo de caixa, utilizando valores fictícios, à título de exemplo.



1.4. Incrementos de Atividades

1.4.1. PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS DENTRO DO CUSTEIO PREVISTO PARA A UNIDADE

A preocupação com a qualidade, no sentido mais amplo da palavra, começou com W.A. Shewhart, estatístico norte-americano que, já na década de 20, tinha um grande questionamento com a qualidade e com a variabilidade encontrada na produção de bens e serviços. Shewhart desenvolveu um sistema de mensuração dessas variabilidades que ficou conhecido como Controle Estatístico de Processo (CEP). Criou também o Ciclo PDCA (Plan, Do, Check e Action), método essencial da gestão da qualidade, que ficou conhecido como Ciclo Deming da Qualidade.

No Brasil, hoje, oferecer serviços eficazes e investir em tecnologia não são mais fatores suficientes para garantir satisfação e notoriedade de uma instituição junto a seus clientes, colaboradores, parceiros e à sociedade em geral. É preciso conhecer as necessidades e expectativas desses públicos e buscar alternativas para que tais questões sejam supridas. E é neste contexto que o FAS, por meio do seu setor de Processos e Qualidade, viabiliza ações no sentido de assessorar a Direção através do planejamento e implementação de projetos; auxiliar os setores quanto a ações, conceitos e ferramentas da Qualidade, visando a correção e melhoria de processos e otimização dos serviços prestados; além de prestar consultoria administrativa a todas as áreas e pessoas da instituição.

Dentro de nossa proposta de trabalho temos planejado a criação de um Escritório de Qualidade-EQ. O escritório de qualidade será responsável por disseminar as orientações, normas e diretrizes que devem ser seguidas pelos médicos e demais profissionais no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.

Descreveremos a seguir a minuta do projeto que implantaremos na Unidade.

1.4.1.1. Ações

- Apoio aos setores na preparação para Acreditação Hospitalar;
- Acompanhamento do Manual Brasileiro de Acreditação (modelo ONA): autoavaliação dos setores, auditorias internas e diagnóstico institucional;
- Assessoria à Diretoria quanto à disseminação da Qualidade a partir da participação do EQ nas diversas Comissões Institucionais;
- Assessoria quanto a legislações (ANVISA) em relação à adequação de áreas e ajustes de fluxo e processos;
- Apoio aos setores quanto à elaboração de Manuais da Qualidade e atualização de procedimentos, normas e rotinas dos processos existentes na Unidade hospitalar;
- Implantação e implementação de projetos, com acompanhamento de ações para começo, meio e fim;



- Assessoria aos setores na elaboração e monitoramento de indicadores gerais e específicos.

1.4.1.2. Processos

- **Padronização e documentação;**
 - Mapeamento de processos;
 - POP's;
 - Formulários;
 - Ciclos de Melhorias – PDCA.
- **Gerenciamento de Não Conformidades;**
 - Recepção;
 - Análise (fato, evidência e referência);
 - Registro;
 - Encaminhamento.
- **Gerenciamento de Projetos (PMBOK);**
- **Escritório da qualidade;**
 - PNQ.
- **Reestruturação da gestão;**
- **Gerenciamento de risco;**
- **Equipe de Excelência;**
 - Treinamento e formação.
- **Auditorias internas (1ª, 2ª e 3ª partes);**
- **Benchmark em hospitais de excelência;**
- **Revisão do planejamento estratégico.**

1.4.1.3. Estrutura Organizacional

Hierarquicamente vinculado à Direção do FAS, interagindo com todas as áreas da Unidade de saúde.

1.4.1.4. Estrutura de Pessoal

- Assessor de qualidade (membro consultivo não permanente da Diretoria do FAS quando não engajado na gestão diária da Unidade de saúde);
- 01 Assistente Administrativa;
- Profissionais convidados de outros setores para composição de grupos de trabalho específicos.



1.4.1.5. Resultados esperados na implantação de um programa de qualidade

A implantação de um programa de controle da qualidade do serviço prestado ao usuário é fator fundamental de sucesso em qualquer projeto de atendimento ao público. O controle de qualidade visa assegurar a qualidade do acolhimento realizado e identificar possíveis áreas de melhorias no atendimento realizado buscando sempre:

- Aumento da confiabilidade e segurança dos clientes;
- Melhora na satisfação dos clientes;
- Mudança de foco da correção para a prevenção;
- Mobilização das pessoas em torno de um objetivo comum;
- Redução de desperdícios e de custos;
- Foco na eficiência e eficácia do projeto.

2. FA2 - AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE

2.1. Comissão de Ética Médica

As Comissões de Ética Médica têm origem a partir de da Resolução CFM nº 1.215/1985, posteriormente alterada pelas Resoluções CFM nº 1.657/2002 e CFM nº 1.812/2007. Atualmente, as Comissões de Ética Médica são regidas pela Resolução CFM nº 2.152/2016.

A resolução estabelece que “todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas sob cuja égide se exerça a Medicina, em todo território nacional, devem possuir Comissão de Ética Médica, devidamente registrada nos Conselhos Regionais de Medicina, formada por médicos eleitos, integrantes do corpo clínico”.

2.1.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.1.1.1. Membros

A Comissão de Ética Médica no HEJ irá respeitar o critério de proporcionalidade conforme Resolução CFM nº 1.657/2002: “b) Na instituição que possuir de 31 (trinta e um) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes.”

Será composta por 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes. O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão.

2.1.1.2. Finalidade

A Comissão de Ética Médica (CEM) tem como finalidade fiscalizar o exercício da medicina, investigar faltas ou conduta que desrespeitem as normas éticas e educar através de cursos, palestras e simpósios sobre o desempenho ético dos médicos em instituições de saúde.

2.1.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DAS DEFINIÇÕES

Artigo 1º - A Comissão de Ética Médica do Hospital por delegação do Conselho Regional de Medicina, desempenha suas atribuições sindicantes, educativas e fiscalizadoras.

Artigo 2º - A Comissão de Ética Médica exerce suas funções sobre todos os médicos regularmente registrados no Hospital que exercem atividade assistencial, didática ou administrativa, incluindo aqueles não pertencentes ao seu Corpo Clínico.

Artigo 3º - A Comissão de Ética Médica é autônoma em relação à Administração da unidade, mantendo com ela, relação de assessoria em ações educativas, fiscalizadoras e sindicantes.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA

Artigo 4º - A Estrutura da Comissão compreende:

- I - Colegiado;
- II - Presidência;
- III - Secretário;
- IV - Apoio Administrativo.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º - A Comissão de Ética Médica será composta por ser composta por no mínimo 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes, sendo 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário que participam das atividades inerentes à comissão e de suas reuniões mensais ordinárias e extraordinárias em condições de igualdade de manifestação de opinião e voto.

Parágrafo 1 - O número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, tendo como base resoluções do CFM ou CRM.

Artigo 6º - Os membros eleitos escolherão por votação o presidente e o secretário.

Parágrafo Único - No caso de vacância destes cargos, os membros da comissão em votação e por aprovação da sua maioria, procederão à substituição deles que exercerão suas funções até o cumprimento do restante do mandato.

Artigo 7º - Durante a gestão, os membros da comissão 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.

Artigo 8º - Não poderão integrar a comissão, os médicos que exercem cargos de Direção Técnica, clínica, assistencial ou administrativa na instituição, bem como aqueles que não estejam em dia com o CRM.

Parágrafo 1 - Os membros da comissão que posteriormente passarem a exercer cargos de direção da unidade, deverá pedir afastamento enquanto durar o seu mandato.

Parágrafo 2 - O desligamento da instituição implica no seu automático desligamento da comissão.

CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 9º - Compete a Comissão de Ética Médica do Hospital, supervisionar, orientar e fiscalizar no hospital e nas instituições sob sua administração o exercício ético e legal da atividade médica:

- I - Comunicar ao CRM quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- II - Comunicar ao CRM o exercício ilegal da profissão;
- III - Instaurar sindicância instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao CRM quando houver indícios de infração ao Código de Ética Médica, sem emitir juízo e quando ela for instaurada por solicitação daquele órgão;
- IV - Desenvolver atividade educativa através de discussões, divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a diretoria e responsáveis por

instituições de ensino, Residência Médica e Pós-Graduação;

V - Fornecer subsídios à Alta Gestão, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

VI - Atuar preventivamente, conscientizando os médicos quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético através de reuniões;

VII - Divulgar a comissão aos médicos e usuários do Hospital, sua constituição, finalidades e localização. Todo material escrito de divulgação emitido pela comissão, seja para médicos ou usuários, deverá ser previamente apresentado e aprovado nas reuniões regulares ou, excepcionalmente apenas pelo presidente;

VIII - Manter relação com a Comissão de Revisão de Prontuários e com a Comissão de Revisão de Óbitos, analisando os relatórios enviados pelas mesmas e seus laudos necroscópicos quando existirem, que deverão ser encaminhados regularmente bem como colaborando na avaliação dos prontuários dos pacientes;

Artigo 10 - Compete ao colegiado da Comissão:

I - Eleger o presidente e o secretário;

II - Comparecer a todas as reuniões da comissão, discutindo e votando as matérias em pauta;

III - Desenvolver as atribuições conferidas à comissão;

IV - Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias;

V - Convocar reunião extraordinária por solicitação da sua maioria para discutir assuntos considerados relevantes.

Artigo 11 - Compete ao Presidente da Comissão:

I - Representar a comissão perante Alta Gestão e bem como as suas diversas comissões e ao CRM;

II - Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão;

III - Convocar o secretário ou, na ausência deste, nomear um membro da comissão para substituí-lo em todas as suas funções durante seus impedimentos;

IV - Encaminhar ao CRM os relatórios de sindicâncias devidamente apuradas e quando concluírem por indícios de infração ao Código de Ética Médica, bem como aquelas que tiveram origem naquele órgão;

V - Indicar um ou mais membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar e elaborar Relatório da comissão quando da apuração de sindicâncias bem como responder a consultas referentes a assuntos éticos.

Artigo 12 - Compete ao Secretário da Comissão:

I - Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;

II - Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos a comissão;

III - Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da comissão;



IV - Supervisionar, lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à comissão;

V - Manter em arquivo próprio os documentos relativos à comissão.

Artigo 13 - Compete ao Apoio Administrativo:

I - Receber os expedientes encaminhados à comissão;

II - Estabelecer forma de registro e controle dos processos sob análise na comissão;

III - Manter o arquivo da comissão em ordem;

IV - Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da comissão;

V - Lavrar, sob supervisão do secretário da comissão, as atas das reuniões;

VI - Elaboração de memorandos, ofícios e rotinas operacionais da comissão;

VII - Observar as regras da instituição para o andamento dos trabalhos da comissão;

VIII - Zelar pelo patrimônio disponibilizado a secretaria da comissão;

IX - Proceder às convocações para as reuniões da comissão;

X - Proceder às convocações para as oitavas;

XI - Secretariar as oitavas instituídas pela comissão;

XII - Lavrar os depoimentos durante as oitavas;

XIII - Preservar os assuntos discutidos durante as reuniões e depoimentos;

XIV - Observar as regras instituídas para a condução de processos administrativos, de recursos humanos e materiais.

CAPÍTULO V - DAS ELEIÇÕES

Artigo 14 - A escolha dos membros da comissão será feita mediante voto secreto e direto, podendo ser reeleitos, dela participando os médicos que exercem atividade assistencial, didática, administrativa e de pesquisa no hospital, inscritos regularmente no CRM. Cada votante terá o direito de votar em até três dos candidatos regularmente inscritos a ser definido pela comissão eleitoral.

Artigo 15 - A convocação da eleição será feita pelo Responsável Técnico, por edital a ser divulgado sob sua administração no período de 30 dias antes da eleição.

Artigo 16 - Os candidatos à comissão, deverão se inscrever individualmente com antecedência mínima de 15 dias da data da eleição.

Artigo 17 - Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no site da unidade e pelo Responsável Técnico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana antes da votação.

Artigo 18 - O Responsável Técnico designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral de acordo com as normas do CRM.

Artigo 19 - Os integrantes da comissão eleitoral não podem ser candidatos a comissão.

Artigo 20 - A comissão será composta pelos 06 candidatos que obtiverem o maior número de votos.



Parágrafo único - Quando houver empate entre os candidatos votados, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico do Hospital persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no CRM.

Artigo 21 - A apuração deverá ser realizada imediatamente após o encerramento da votação pela comissão eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Artigo 22 - O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao CRM para homologação e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela comissão eleitoral.

Artigo 23 - Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo 48 horas após a eleição e encaminhados em primeira instância a comissão eleitoral e em segunda instância ao CRM.

Artigo 24 - Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo CRM ou pelo presidente da comissão eleitoral quando então se procederá a escolha pelos membros eleitos em votação secreta do presidente e secretário da comissão.

Artigo 25 - O mandato da comissão será de vinte e quatro meses.

CAPÍTULO VI - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 26 - A comissão deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias mensais e reunir-se de forma extraordinária quando convocada pelo presidente ou maioria dos seus membros.

Artigo 27 - As reuniões ordinárias e extraordinárias da comissão serão conduzidas pelo presidente ou secretário na ausência do primeiro, no dia e hora devidamente divulgados e com qualquer número de membros.

Parágrafo único - Na ausência do presidente e secretário, os membros presentes na reunião escolherão o presidente e o secretário que a conduzirão.

Artigo 28 - Os atos da comissão relacionados com a fiscalização ou sindicância tem caráter sigiloso.

Artigo 29 - Todas as deliberações da comissão 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 importância relevante, somente poderá ocorrer com a presença da metade dos membros da comissão.

Artigo 30 - As sindicâncias serão instauradas mediante:

I - Denúncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada.

II - Denúncia por escrito, do diretor técnico.

III - Deliberação da própria comissão ao tomar conhecimento de assunto que mereça ser apurado.

IV - Determinação do CRM.

Artigo 31 - Aberta a sindicância, o presidente indica um ou mais membros da comissão para



proceder às averiguações, redigir o relatório com suas conclusões e apresentá-lo em reunião ordinária. O membro da comissão que se julgar impedido para determinada sindicância, poderá solicitar a sua substituição.

Artigo 32 - Instaurada sindicância, a comissão notifica os citados na sindicância, oferecendo-lhe a possibilidade de acesso aos documentos e de manifestação.

Artigo 33 - Os envolvidos na sindicância podem manifestar-se por escrito ou ser ouvidos pela comissão sindicante, acompanhados ou não por advogados, devidamente identificados, que não poderão intervir ou influir de qualquer modo nas perguntas e respostas, sendo-lhes facultado por apresentar perguntas por intermédio do membro sindicante.

Artigo 34 - Todos os documentos relacionados com os fatos, tais como: cópias das oitavas, prontuários, ordens de serviço e outros que possam colaborar no esclarecimento dos motivos da sindicância, deverão ser devidamente numerados e juntados a sindicância.

Artigo 35 - O acesso aos documentos de qualquer sindicância é facultado somente às partes e aos membros da comissão.

Artigo 36 - Em qualquer momento os envolvidos têm direito a consulta e cópia dos documentos constantes da sindicância e encaminhar manifestações, estando sujeitos ao sigilo processual, podendo ser responsabilizados por sua eventual quebra.

Artigo 37 - Terminada a coleta de informações, a comissão reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, jamais emitindo juízo.

Artigo 38 - O membro da comissão de óbito presente à 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.

Artigo 39 - Encerrada a sindicâncias as partes envolvidas devem ser informadas do resultado e esclarecido sobre a possibilidade de recurso junto ao CRM, caso não se considerem satisfeitos com as conclusões.

Artigo 40 - Constatada a existência de indícios de infração ao Código de Ética Médica, a sindicância deverá ser encaminhada ao CRM para a competente tramitação.

Artigo 41 - Constatada a existência de indícios de infração administrativa, o fato deverá ser comunicado a diretoria para providências cabíveis.

Artigo 42 - Em casos considerados de menor gravidade pela comissão, que não tenham acarretado danos a terceiros, poderá ser proposta a conciliação entre partes envolvidas.

Parágrafo Único - Havendo conciliação, a comissão lavrará tal fato em ata específica. Não havendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório ao CRM.

Artigo 43 - O membro da comissão envolvido em sindicância não participará das discussões de análise e da votação final do referido expediente.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 44 - Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo colegiado ou encaminhados ao CRM para manifestação.

Artigo 45 - Este regimento interno poderá ser alterado de acordo com futuras resoluções do conselho federal de medicina, do CRM e quando a comissão julgar necessário.

Artigo 46 - Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, revogadas as disposições em contrário.

2.1.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA												
TAREFAS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Eleição dos membros da Comissão												
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
Treinamentos - Levantamento de Necessidades												
Oficina de capacitação sobre Ética Médica												
Realização de reuniões com a Comissão Prontuários												
Realização de reuniões com a Comissão Óbitos												
Avaliação de Indicadores												



2.2. Comissão de Ética Multiprofissional

A Comissão de Ética Multidisciplinar é um colegiado multiprofissional de natureza autônoma, consultiva e educativa que atua em hospitais e instituições assistenciais de saúde, com o objetivo de auxiliar na reflexão e na solução de questões relacionadas a ética e a moral que surgem na atenção aos pacientes.

2.2.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.2.1.1. Membros

A Comissão será composta pelas seguintes categorias profissionais:

- 01 representante da Direção de Enfermagem;
- 01 representante do Serviço de Psicologia;
- 01 representante da Farmácia;
- 01 representante do Serviço de Nutrição;
- 01 representante do Serviço de Fisioterapia;
- 01 representante do Serviço Social;
- 01 representante do Serviço de Fonoaudiologia;
- 01 representante do Serviço de Odontologia;
- 01 representante do Serviço de Terapia Ocupacional;
- 01 representante da Direção Administrativa.

2.2.1.2. Finalidade

A Comissão de Ética Multidisciplinar tem as seguintes finalidades:

- Analisar e refletir sobre temas da prática dos profissionais da saúde que envolvam questões éticas e emitir pareceres sobre os mesmos;
- Abordar as questões de assédio moral;
- Atentar para os padrões de ética no exercício das diversas categorias profissionais;
- Proteger e garantir a dignidade e integridade humanas e o exercício dos profissionais de saúde.

2.2.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

Artigo 1º - A Comissão de Ética Multidisciplinar tem as seguintes finalidades:

- I - Analisar e refletir sobre temas da prática dos profissionais da saúde que envolvam questões éticas e emitir pareceres sobre os mesmos;
- II - Abordar as questões de assédio moral;
- III - Atentar para os padrões de ética no exercício das diversas categorias profissionais;
- IV - Proteger e garantir a dignidade e integridade humanas e o exercício dos profissionais de



saúde.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 2º - A Comissão será composta pelas seguintes categorias profissionais:

- I - 01 representante do Serviço de Psicologia;
- II - 01 representante da Farmácia;
- III - 01 representante do Serviço de Nutrição;
- IV - 01 representante do Serviço de Fisioterapia;
- V - 01 representante do Serviço Social;
- VI - 01 representante do Serviço de Fonoaudiologia;
- VII - 01 representante do Serviço de Odontologia;
- VIII - 01 representante do Serviço de Terapia Ocupacional;
- IX - 01 representante da Direção Administrativa.

Artigo 3º - A Comissão de Ética Multidisciplinar do hospital por delegação dos Conselhos Regionais das categorias que a compõe, desempenha suas atribuições sindicantes, educativas e fiscalizadoras.

Artigo 4º - A Comissão de Ética Multidisciplinar exerce suas funções sobre todos os profissionais nela representados, regularmente registrados no hospital, que exerçam atividade assistencial, didática ou administrativa.

Artigo 5º - As Chefias dos Serviços deverão indicar seus representantes, preferencialmente com experiência nas ações e processos internos do hospital;

Artigo 6º - As funções de Presidente, Vice-Presidente e Secretário serão definidas na 1ª reunião entre os membros da Comissão e nomeados pela Direção Técnica.

Parágrafo Único - No caso de vacância destes cargos, os membros da comissão em votação e por aprovação da sua maioria, procederão a substituição deles, que exercerão suas funções até o cumprimento do restante do mandato.

Artigo 7º - O Diretor Técnico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição de um dos membros.

Artigo 8º - Será dispensado o componente que sem motivo justificado deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas.

Artigo 9º - Durante a gestão, os membros da Comissão 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.

CAPÍTULO III – DAS REUNIÕES

Artigo 10 - Será realizada uma reunião mensal, com datas previamente definidas na 1ª reunião da Comissão. As reuniões serão realizadas quando estiver presente pelo menos metade simples



dos membros.

Artigo 11 - As deliberações da Comissão serão tomadas por votos da maioria de seus membros.

Artigo 12 - Serão lavradas atas com registro das discussões e conclusões das reuniões mensais.

CAPÍTULO IV – DO MANDATO

Artigo 13 - Os membros exercerão seus mandatos por dois anos, sem receberem qualquer tipo de remuneração adicional, considerando-se o relevante interesse público pertinente às atribuições exercidas pelos mesmos.

CAPÍTULO V – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 14 - Compete a Comissão de Ética Multidisciplinar:

I - Orientar e aconselhar sobre a ética profissional do colaborador no tratamento com as pessoas e o patrimônio público;

II - Promover a prática e a conscientização de princípios de conduta;

III - Instituir instrumento referencial de apoio à decisão ética cotidiana;

IV - Reduzir o quantitativo de recebimento de denúncias, seja de caráter ético ou disciplinar;

V - Atuar como instância consultiva da Direção e dos respectivos colaboradores do HEJ;

VI - Supervisionar a observância do Código de Conduta do hospital em situações que possam configurar descumprimento de suas normas;

Artigo 15 - Compete aos membros da Comissão de Ética Multidisciplinar:

I - Receber e apurar denúncias sobre atos imputados aos colaboradores, como:

a) uso indevido do cargo;

b) enriquecimento ilícito no exercício da função;

c) violação de sigilo;

d) uso de informação privilegiada;

e) conflito de interesses;

f) uso de bens públicos em atividades particulares;

II - Divulgar suas ações e atividades para toda a instituição.

III - Capacitar os colaboradores quanto à aplicação dos preceitos éticos.

IV - Orientar e aconselhar sobre a conduta ética do colaborador, inclusive no relacionamento com o cidadão e no resguardo do patrimônio público;

V - Responder consultas que lhes forem dirigidas;

VI - Instaurar processo para apuração de fato ou conduta que possa configurar descumprimento ao padrão ético recomendado aos colaboradores;

VII - Convocar colaborador e convidar outras pessoas a prestar informação;

VIII - Realizar diligências e solicitar pareceres de especialistas;

IX - Esclarecer e julgar comportamentos com indícios de desvios éticos;



X - Elaborar e propor alterações ao código de ética ou de conduta próprio e ao Regimento Interno da Comissão;

XI - Dar publicidade de seus atos, observada a restrições legais;

Artigo 16 - Compete ao Presidente da Comissão:

I - Convocar e presidir as reuniões;

II - Determinar a instauração de processos para a apuração de prática contrária ao Código de Ética, bem como as diligências e convocações;

III - Orientar os trabalhos da Comissão, ordenar os debates e concluir as deliberações;

IV - Tomar os votos, proferindo voto de qualidade, e proclamar os resultados;

VI - Delegar competências para tarefas específicas aos demais integrantes da Comissão.

Parágrafo único. O voto de qualidade de que trata o inciso IV somente será adotado em caso de desempate.

Artigo 17 - Compete ao Secretário da Comissão:

I - Organizar a agenda e a pauta das reuniões;

II - Proceder ao registro das reuniões, elaboração de suas atas e o arquivamento de documentos;

III - Instruir as matérias submetidas à deliberação da Comissão;

IV - Supervisionar a elaboração de estudos e subsídios ao processo de tomada de decisão da Comissão;

V - Coordenar o desenvolvimento de ações objetivando a disseminação, capacitação e treinamento sobre ética no HEJ;

VI - Executar outras atividades determinadas pela Comissão de Ética.

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 18 - Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo colegiado ou encaminhados aos Conselhos Regionais quando couber, para manifestação.

Artigo 19 - Este regimento interno poderá ser alterado de acordo com futuras resoluções dos Conselhos Regionais das categorias contempladas nesta Comissão e quando a Comissão julgar necessário.

Artigo 20 - Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, revogadas as disposições em contrário.

2.2.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

COMISSÃO DE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR												
TAREFAS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos Membros da Comissão												
Reuniões ordinárias da Comissão												
Oficina de capacitação sobre Ética Médica												
Realização de reuniões com as demais Comissão de Ética												
Planejamento das ações a serem implementadas												
Avaliação das ações desenvolvidas												



2.3. Comissão de Biossegurança

A Comissão de Biossegurança (CB) tem papel consultivo deliberativo e educativo e se propõe, como norma geral de conduta, a sugerir medidas que permitam implementar a política local de Biossegurança, educando e respondendo a consultas formuladas.

2.3.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.3.1.1. Membros

A CB será composta minimamente por:

- 01 Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- 01 Representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- 01 Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- 01 Representante da Comissão de Proteção Radiológica;
- 01 Representante do Laboratório;
- 01 Representante da Direção Técnica;
- 01 Representante da Direção de Enfermagem.

Os membros da Comissão serão indicados pela Direção Técnica do HEJ e os cargos de Presidente, Vice-Presidente e Secretário serão definidos por votação entre os membros da Comissão.

2.3.1.2. Finalidade

A Comissão de Biossegurança tem como finalidade implantar e acompanhar um conjunto de ações com o objetivo de prevenir, diminuir, controlar e eliminar riscos relacionados às atividades médicas e hospitalares que possam prejudicar a saúde e o meio ambiente.

A Comissão de Biossegurança visa a conscientização das equipes multidisciplinares quanto à prevenção de possíveis infecções advindas do ambiente de trabalho e desempenho das funções, além de fomentar o acréscimo de novas tecnologias que possam mitigar os riscos gerados pelo ambiente hospitalar.

2.3.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I – DOS OBJETIVOS

Artigo 1º - São objetivos da Comissão de Biossegurança:

- I - Elaborar e divulgar normas em procedimentos de biossegurança, sempre em concordância com as normas vigentes;
- II - Instruir e supervisionar para que todos os colaboradores do HEJ recebam educação continuada nas Boas Práticas de Biossegurança e assegurar que novos trabalhadores estejam familiarizados com os procedimentos e com o uso correto dos equipamentos de proteção

individual – EPIs e Equipamentos de Proteção Coletiva – EPCs;

III - Promover treinamentos, capacitações e atualizações em biossegurança para os todos os profissionais da Unidade;

IV - Estabelecer níveis de Biossegurança e Procedimentos Operacionais Padronizados – POPs a serem seguidos para todo o trabalho laboratorial e para manutenção, armazenamento, transporte e descarte de resíduos sólidos e outros;

V - Mapear e participar da análise crítica dos acidentes de trabalho típicos, elaborando indicadores;

VI - Realizar avaliações técnicas a fim de propor medidas preventivas e corretivas quanto às instalações, equipamentos e requisitos legais em Biossegurança, de acordo com o disposto nas normas vigentes;

VII - Disponibilizar aos colaboradores informações e publicações atualizadas em Biossegurança;

VIII - Identificar e avaliar os agentes de riscos (químico, biológico, de acidente, ergonômico) que estão presentes no ambiente de trabalho, objetivando a segurança do trabalhador, da população e do meio ambiente;

IX - Avaliar as ações desenvolvidas, elaborando relatórios e indicadores de qualidade em Biossegurança;

X - Manter registros de cada atividade proposta e/ou executada pela Comissão de Biossegurança;

XI - Identificar, implementar e integrar os recursos disponíveis no HJE que venham a contribuir com ações em Biossegurança;

XII - Notificar à Direção Técnica e às autoridades de saúde pública, os resultados de avaliação de risco a que estão submetidas as pessoas expostas, bem como qualquer acidente ou incidente que possam provocar danos à saúde e ao meio ambiente.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 2º - A Comissão de Biossegurança será composta minimamente por:

I - 01 Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

II - 01 Representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;

III - 01 Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

IV - 01 Representante da Comissão de Proteção Radiológica;

V - 01 Representante do Laboratório;

VI - 01 Representante da Direção Técnica;

VII - 01 Representante da Direção de Enfermagem.

Os membros da Comissão serão indicados pela Direção Técnica do HEJ e os cargos de Presidente, Vice-Presidente e Secretário serão definidos por votação entre os membros da

Comissão.

CAPÍTULO III – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 3º - Compete à Comissão:

- I - Elaborar e divulgar os POPs e os processos relativos a Biossegurança;
- II - Divulgar a elaboração/revisão dos mapas de risco;
- III - Elaborar plano de treinamento, aplicar e/ou coordenar os treinamentos em Biossegurança;
- IV - Divulgar as informações e os treinamentos;
- V - Elaborar regimento interno da Comissão de Biossegurança, suas alterações e revisões;
- VI - Propor solução dos problemas submetidos à discussão conforme as competências definidas neste regimento;
- VII - Realizar auditorias internas em biossegurança;
- VIII - Verificar periodicamente a publicação ou atualização de legislações pertinentes;
- IX - Propor ações a fim de cumprir com o estabelecido nas legislações e normas obrigatórias referentes à biossegurança.

Artigo 4º - Compete ao Presidente:

- I - Convocar e presidir as reuniões, mantendo a integração dos componentes da Comissão, pelo bom funcionamento;
- II - Manter os contatos necessários para o desempenho das atividades da Comissão, com os dirigentes do hospital nos seus diversos níveis;
- III - Planejar e efetivar as auditorias internas em biossegurança;
- IV - Promover o encaminhamento necessário às decisões tomadas pela Comissão, assinar e encaminhar as decisões resultantes das reuniões à Direção Técnica;
- V - Decidir o voto em situação de empate;
- VI - Indicar substituto para presidir as reuniões, na sua ausência e do Vice-Presidente;
- VII - Propor ao fim de cada reunião, a data da reunião ordinária ou extraordinária subsequente.

Artigo 5º - Compete ao Vice-Presidente:

- I - Substituir o Presidente em caso de sua ausência;
- II - Contribuir com o Presidente no desenvolvimento das atividades inerentes à CB.

Artigo 6º - Compete ao Secretário:

- I - Preparar as pautas das reuniões;
- II - Elaborar as atas das reuniões e os relatórios de atividades da CB;
- III - Reunir e organizar os documentos;
- IV - Fazer circular documentos pertinentes à CB.



Artigo 7º - Compete aos membros da Comissão:

- I - Dar cumprimento aos objetivos dispostos neste regimento;
- II - Difundir junto a Direção Técnica os assuntos debatidos pela Comissão;
- III - Realizar as tarefas definidas pela Comissão;
- IV - Propor a composição de subcomissões e/ou grupos de trabalho;
- V - Participar efetivamente das reuniões e dos trabalhos da CB, analisando, discutindo, sugerindo e votando as matérias em pauta;
- VI - Coordenar as reuniões das subcomissões.
- VII - Na ausência do secretário, elaborar a ata da reunião.

CAPITULO IV – DAS REUNIÕES

Artigo 8º - A Comissão se reunirá bimestralmente em caráter ordinário, com calendário previamente estabelecido e aprovado pelos seus membros na 1ª reunião.

Artigo 9º - Poderá ocorrer reunião extraordinária, quando convocada pela coordenação da Comissão ou por 1/3 dos membros, respeitando-se a antecedência mínima de cinco dias, indicando o horário e a pauta.

Artigo 10 - Os temas discutidos serão definidos por consenso entre os membros da Comissão.

Parágrafo único: Não se obtendo consenso nas discussões, a aprovação de qualquer assunto será alcançada por maioria simples de votos dos membros presentes, cabendo ao Presidente o voto de qualidade em caso de empate.

CAPITULO V – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 11 - Poderão ser formadas entre os membros da Comissão, subcomissões tantas quantas forem necessárias, com a finalidade de agilizar os trabalhos, podendo ser desativadas ao término da necessidade.

Artigo 12 - Poderão ser solicitadas assessorias especializadas, tanto pela Comissão como pelas subcomissões, visando o aprimoramento técnico científico, a elucidação de questões duvidosas e outras que se fizerem necessárias.

Artigo 13 - Na impossibilidade de um membro comparecer à reunião ordinária ou extraordinária, o Presidente da CB deverá ser comunicado antecipadamente.

Parágrafo único: A Comissão será notificada a cada reunião das faltas de seus membros.

Artigo 14 - Os casos omissos neste regimento serão discutidos e resolvidos pela Comissão em reunião específica.

Artigo 15 - Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, revogadas as disposições em contrário.



2.3.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA												
TAREFAS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões ordinárias da Comissão												
Levantamento de necessidades												
Planejamento das ações a serem implementadas												
Treinamentos dos colaboradores												
Acompanhamento das atividades desenvolvidas												
Definição de estratégias e metas de melhorias												
Reuniões com CCIRAS												
Confecção de relatórios de avaliação para a Direção Técnica												



2.4. Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)

A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) é um órgão que elabora, implementa, mantém e avalia medidas de controle de infecção e biossegurança.

2.4.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.4.1.1. Membros

A CCIRAS do HEJ deverá ser composta de:

- Membros executores:
 - 01 Médico, com experiência na área de controle de infecção, preferencialmente infectologista;
 - 02 Enfermeiros, com experiência na área de controle de infecção, preferencialmente com especialização em controle de infecção;
 - 01 Farmacêutico, preferencialmente com especialização em controle de infecção ou experiência em controle de infecção;
 - 01 Técnico de Enfermagem;
- Membros consultores:
 - Representante da Equipe Médica;
 - Representante da Equipe de Enfermagem;
 - Representante do Setor de Farmácia;
 - Representante da Unidade de Laboratório de Análises Clínicas (microbiologia);
 - Representante da Direção Administrativa;
 - Representante do Setor de Gestão da Qualidade;
 - Representante da Vigilância em Saúde.

Os membros executores e consultores serão nomeados pela Direção Técnica do HEJ, entretanto os consultores só serão nomeados após serem submetidos a apreciação dos membros executores da Comissão.

Os membros executores definirão os cargos de Presidente, Vice-Presidente e Secretário entre os membros, por votação na 1ª reunião da Comissão.

Conforme a portaria do Ministério da Saúde no 2616 de 12 de maio de 1998, em seu artigo 2.5.1 - Os membros executores serão, no mínimo 2 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para as demais categorias de profissionais.

Os membros executores da CCIRAS representarão o SCIRAS e, portanto, serão encarregados da execução do Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

2.4.1.2. Finalidade

A CCIRAS tem como finalidade desenvolver o Programa de Controle de Infecções Relacionadas



à Assistência à Saúde (PCIRAS), anteriormente denominado Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), realizando ações de controle e prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) / Infecções Hospitalares (IH), conforme estabelece a Portaria nº 2616/MS/GM, de 12 de maio de 1998.

Considera-se Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (PCIRAS) o conjunto de ações deliberadas, a serem desenvolvidas sistematicamente com vista à prevenção, ao controle e redução máxima da incidência e da gravidade das infecções relacionadas à assistência à saúde.

2.4.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

Artigo 1º - A CCIRAS tem como finalidade desenvolver o Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS), anteriormente denominado Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), realizando ações de controle e prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) / Infecções Hospitalares (IH), conforme estabelece a Portaria nº 2616/MS/GM, de 12 de maio de 1998.

Parágrafo Único - Considera-se Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (PCIRAS) o conjunto de ações deliberadas, a serem desenvolvidas sistematicamente com vista à prevenção, ao controle e redução máxima da incidência e da gravidade das infecções relacionadas à assistência à saúde.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 2º - A CCIRAS do HEJ deverá ser composta de:

I - Um coordenador;

II - Membro consultores representantes do Serviço Médico, do Serviço de Enfermagem, do Serviço de Farmácia, do Laboratório de Microbiologia, da Administração e da Gestão de Qualidade;

III - Membros Executores que constituirão o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIRAS;

IV - Um médico;

V - Dois enfermeiros;

VI - Um farmacêutico/bioquímico

VII - Um secretário.

Parágrafo 1º - Os membros executores e consultores serão nomeados pela Direção Técnica do HEJ, entretanto os consultores só serão nomeados após serem submetidos a apreciação dos membros executores da Comissão.

Parágrafo 2º - Os membros executores definirão os cargos de Coordenador e Secretário entre



os membros, por votação na 1ª reunião da Comissão.

Parágrafo 3º - Conforme a portaria do Ministério da Saúde no 2616 de 12 de maio de 1998, em seu artigo 2.5.1 - Os membros executores serão, no mínimo 2 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para as demais categorias de profissionais.

Parágrafo 4º - Os membros executores da CCIRAS representarão o SCIRAS e, portanto, serão encarregados da execução do Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

CAPÍTULO III – DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 3º - A CCIRAS deverá elaborar, implementar, manter e avaliar programas de controle de infecção hospitalar, adequados às características e necessidades do hospital, reduzindo ao máximo possível incidência e gravidade das infecções hospitalares, contemplando ações relativas a:

I - Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares, de acordo com as determinações do Ministério da Saúde;

II - Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

III - Capacitação dos profissionais do HEJ para a prevenção e controle das infecções hospitalares;

IV - Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

V - Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar medidas de controle propostas pelos membros executores da SCIRAS;

VI - Realizar investigação epidemiológica de casos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

VII - Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à Direção Técnica da Unidade, a situação do controle das infecções;

VIII - Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à Direção Técnica da Unidade, a situação do controle das infecções;

IX - Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso na Unidade, por meio de medidas adequadas;

X - Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções;

XI - Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;



- XII - Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- XIII - Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
- XIV - Realizar investigação epidemiológica de surtos e implantar medidas de controle.
- XV - Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização e/ou produtos industrializados;
- XVI - Fornecer, quando solicitado, informações epidemiológicas as autoridades competentes, bem como notificar a Vigilância Epidemiológica e Sanitária casos e surtos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados;
- XVII - Promover o controle ambiental em todos os setores do HEJ.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 4º - Compete ao Coordenador:

- I - Convocar e presidir as reuniões da CCIRAS;
- II - Estabelecer a ordem do dia para as reuniões;
- III - Dirigir os trabalhos da comissão;
- IV - Assinar todas as documentações da comissão;
- V - Delegar responsabilidade e atribuir tarefas para os membros da comissão.

Artigo 5º - Compete aos membros consultores:

- I - Participar das reuniões convocadas pelo Coordenador da Comissão;
- II - Aprovar programas e prioridades do controle de infecção.
- III - Avaliar a execução do programa de controle de infecção hospitalar pelos membros executores.
- IV - Notificar as instâncias superiores as taxas e eventos considerados significativos.

Artigo 6º - Compete aos membros Executores:

- I - Ao Médico:
 - a. Participar da elaboração do Guia Farmacoterápico, de modo a garantir que contenha os antimicrobianos necessários para o tratamento dos processos infecciosos dos pacientes tratados nos serviços;
 - b. Definir os antimicrobianos de uso restrito em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;
 - c. Avaliar as solicitações de antimicrobianos de uso restrito e sugerir modificações nos esquemas terapêuticos, sempre que necessário, em conjunto com a equipe médica responsável pelo paciente;
 - d. Os casos onde a equipe médica discorde das modificações apresentadas, deve ser discutida



com a diretoria técnica para a decisão final da conduta.

II – Aos Enfermeiros:

- a. Buscar ativamente os casos suspeitos de infecção hospitalar;
- b. Estabelecer rotinas de vigilância nos setores de internação, farmácia, laboratório e SAME;
- c. Preencher os impressos próprios do Sistema de Vigilância Epidemiológicas das infecções hospitalares;
- d. Colaborar com médicos e enfermeiros dos setores de internação na realização de curativos nas infecções de Sítio Cirúrgico;
- e. Promover atualização científica referente as infecções hospitalares em colaboração com o Serviço de Educação Continuada.

III - Farmacêutico/bioquímico

- a. Colaborar com os médicos e enfermeiros em todas as ações referentes à prevenção e controle das infecções hospitalares.

IV - Do secretário:

- a. Receber, registrar, distribuir, expedir e arquivar papéis e processos;
- b. Manter o arquivo e a biblioteca em ordem;
- c. Auxiliar os membros da comissão na aquisição, digitação e elaboração de documentos e produção científica;
- d. Fazer as correspondências da Comissão.

CAPÍTULO IV - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 7º - A CCIRAS se reunirá, no mínimo, mensalmente, em sessões abertas com a Diretoria Técnica e/ou Administrativa, para a discussão e promoção de ações para o cumprimento do artigo 1º.

Artigo 8º - As reuniões extraordinárias serão convocadas pelo Diretor Técnico ou pelo Coordenador, através de memorando protocolado.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 9º - A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente regimento.

Artigo 10 - Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, revogadas as disposições em contrário.



2.4.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA A ASSISTÊNCIA A SAÚDE												
TAREFAS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões ordinárias da Comissão												
Levantamento das necessidades												
Treinamentos												
Capacitação de Lavagem das Mãos												
Implantação de Indicadores												
Avaliação de Indicadores												
Definição de estratégias e metas de melhorias												
Capacitação Biossegurança												
Confecção de relatórios de avaliação para a Direção Técnica												



2.5. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

É uma comissão assessora vinculada diretamente à Direção do Estabelecimento, a qual cabe designar seus membros, seja por indicação técnica, por eleição do corpo clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado.

2.5.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.5.1.1. Membros

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuário deverá ser composta por:

- Um médico que exercerá a função de Coordenação da comissão;
- Um enfermeiro da unidade, que exerça função assistencial;
- Um funcionário do setor de faturamento, quando a unidade possuir esse setor;
- Um funcionário do SAME responsável pela manutenção e guarda dos prontuários.

A Comissão será coordenada pelo médico. Outros profissionais da área da saúde poderão compor o rol de membros da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

2.5.1.2. Finalidade

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuário (CRP) tem por finalidade atender a resolução CFM nº 1638/2002 que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico (que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo).

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuário tem como finalidade identificar e promover a qualidade dos registros assistenciais a partir das informações contidas no Prontuário de cada paciente e garantir um conjunto de documentação adequada. Verifica, avalia, sugere e orienta a formulação dos prontuários e registros da assistência prestada por todos os profissionais.

2.5.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DO PROPÓSITO

Artigo 1º - Permitir que a equipe multiprofissional possa levar a efeito sua responsabilidade de assegurar qualidade ótima na prestação de cuidados ao paciente.

Artigo 2º - Garantir que os prontuários sejam compatíveis com os conceitos preestabelecidos de complementação física (documentação anexa devidamente preenchida) e pertinência clínica (relevância ao caso específico).

Artigo 3º - O médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste,



conforme previsto no Artigo 69 do Código de Ética Médica.

Artigo 4º - O prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal.

Artigo 5º - Compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que ele deve estar disponível nos ambulatorios, nas áreas de internação e no setor de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional.

Artigo 6º - As instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

Artigo 7º - Para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científico, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica.

Artigo 8º - A legislação arquivista brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos, deverão ser respeitadas.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 9º - A comissão será composta por membros, designados pelo Diretor Geral da instituição da seguinte forma:

I - Um médico que exercerá a função de Coordenação da comissão;

II - Um enfermeiro da unidade, que exerça função assistencial;

III - Um funcionário do setor de faturamento, quando a unidade possuir esse setor;

IV - Um funcionário do SAME responsável pela manutenção e guarda dos prontuários.

Artigo 10 - A Comissão de Análise e Revisão de Prontuário se reporta ao Diretor Geral do Hospital.

CAPÍTULO III - DAS REUNIÕES

Artigo 11 - Será realizada uma reunião mensal, com data, local e horário, previamente definidos e informados. As reuniões serão realizadas quando estiver presente pelo menos metade simples dos membros.

Artigo 12 - Serão lavradas atas com registro das discussões e conclusões das reuniões mensais. Os relatórios serão enviados para Direção Técnica do hospital.

CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 13 - São competências da Comissão:

I - Verificação dos aspectos relacionados ao devido preenchimento dos prontuários, incluindo identificação completa do paciente, com letra legível, uso de carimbo, relato de sinais vitais e



evolução, anamnese, exame físico, registro diário, evolução diária do paciente, discriminação dos procedimentos realizados, bem como identificação dos profissionais que os realizaram;

II - Divulgação de dados estatísticos coletados, com o objetivo de estimular o correto preenchimento e a redução das omissões estabelecer prioridades e Objetivos de comissão;

III - Recomendar ao Diretor Geral e Técnico, quaisquer alterações pertinentes ao formato e apresentação do prontuário;

IV - Assegurar que o prontuário seja mantido em local seguro e sigiloso, enquanto estiver sob análise desta Comissão;

V - Desenvolver planos a médio e longo prazo, objetivando a dinâmica do Serviço;

VI - Elaborar um protocolo junto ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) para a comissão receber os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado;

VII - Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou de papel:

a. Identificação do paciente: nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional, que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São obrigatórias também a assinatura e o respectivo número do CRM;

e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita da história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou remoção para outra unidade.

VIII. Inspecionar mensalmente a quantidade de prontuários que a Comissão julgar possível entre os pacientes que recebeu alta, separando para análises, dentre aqueles que apresentarem:

a. Óbito / falecimento;

b. Diagnósticos incertos;

c. Discordância profissional quanto ao diagnóstico;

d. Solicitação de avaliação clínica não atendida;

e. Preenchimento incompleto do prontuário no campo de identificação e no local de data e horário de atendimento;



f. Ausência do documento de AIH.

IX - Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e a Direção Técnica da Unidade;

X - Deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Artigo 14 - São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice, na ausência do presidente:

I - Convocar e presidir as reuniões;

II - Indicar seu substituto;

III - Representar a comissão junto à Direção do HEJ, ou indicar seu representante;

IV - Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros;

V - Fazer cumprir o regimento;

Artigo 15 - São atribuições da Secretário da Comissão:

I - Organizar a ordem do dia;

II - Receber e protocolar os processos e expedientes;

III - Lavrar a ata das sessões/reuniões;

IV - Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;

V - Organizar e manter o arquivo da comissão;

VI - Preparar a correspondência;

VII - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente, relacionadas ao serviço;

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

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Artigo 16 - Os prontuários serão analisados quanto ao número de atendimentos médicos e de enfermagem nos diversos setores do hospital (emergência, enfermarias. Hemodinâmica e centro cirúrgico) e quanto ao preenchimento dos dados de identificação.

Artigo 17 - As omissões no campo “Enfermagem” serão analisadas entre os preenchimentos dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, com avaliação da escrita nas evoluções, exame físico e prescrições, uso do carimbo, informações de transferências para outros setores e detalhamento da alta ou óbito.

Artigo 18 - As omissões nos campos “Médicos” serão observadas entre as prescrições e evoluções realizadas nos diversos setores do hospital, com análise do correto preenchimento com letra legível e uso do carimbo nos relatos da anamnese, antecedentes e hábitos de vida, exame físico, formulação de hipóteses diagnósticas e condutas adotadas.

Artigo 19 - A análise dos itens cirúrgicos será feita de acordo com o número de pacientes



submetidos ao procedimento cirúrgico.

Artigo 20 - Aspectos que a comissão julgar serem importantes para a melhoria do Prontuário Médico serão comunicados à Direção Técnica do hospital e, se necessário serão solicitadas e agendadas reuniões com o Serviço de Arquivo Médico, Comissão de Revisão de Óbitos, Comissão de Ética.

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 21 - Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Direção Técnica.

Artigo 22 - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 23 - Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, revogadas as disposições em contrário.

2.5.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS												
TAREFAS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões ordinárias da Comissão												
Levantamento das necessidades												
Treinamentos												
Implantação de Indicadores												
Avaliação de Indicadores												
Realização de reuniões com a Comissão Ética Médica												
Realização de reuniões com a Comissão Ética Enfermagem												



2.6. Comissão de Verificação de Óbitos

A Comissão de Revisão de Óbito é um instrumento indispensável para o estudo epidemiológico dos óbitos ocorridos nas unidades de saúde, além de permitir a correção e aprimoramento de deficiência ocorridas na assistência ao paciente. Deve ser obrigatoriamente implantada em cada Unidade de Saúde, devido à importância do estudo individualizado dos óbitos ocorridos nas mesmas.

A Resolução CFM nº 2.171/2017 - Regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

2.6.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.6.1.1. Membros

A Comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

O coordenador da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico.

2.6.1.2. Finalidade

São finalidades da Comissão de Revisão de Óbitos:

- Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos;
- Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção do HEJ.

2.6.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DA NATUREZA E FINALIDADE

Artigo 1º - A Comissão de Revisão de Óbito é obrigatória em todas as Unidades Hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento.

Artigo 2º - Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos;

Artigo 3º - Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção do HEJ.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º - A Comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

Parágrafo 1º - Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no



máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

Parágrafo 2º - Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

Parágrafo 3º- O Presidente da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico.

Parágrafo 4º - Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito serão indicados pela Direção Técnica da instituição.

CAPÍTULO III- DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 5º - Deverão ocorrer reuniões mensais com data, local e horário, previamente definidos e informados.

Parágrafo 1º - A ausência de um membro em três reuniões consecutivas, sem justificativa, ou ainda em seis reuniões não consecutivas, sem justificativa, durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

Parágrafo 2º - Na ausência do Presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Artigo 6º - A Comissão de Revisão de Óbito se reunirá mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

Artigo 7º - A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão.

Artigo 8º - Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina.

Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

Artigo 9º - Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas, devem ser encaminhados ao Diretor Técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.152/2016 e, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos Conselhos Profissionais dos profissionais envolvidos.

Artigo 10 - É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente.



Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.

Artigo 11 - Os membros da Comissão de Revisão de Óbito estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise.

Artigo 12 - A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao Diretor Técnico para as providências necessárias.

Parágrafo único. É responsabilidade do Diretor Técnico a implantação, na instituição, das medidas corretivas necessárias para a melhora no percentual de óbitos, com base no relatório anual da Comissão de Revisão de Óbito, devendo comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO IV - DO MANDATO

Artigo 13 - A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbito será de no máximo 30 (trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido.

Parágrafo único. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

CAPÍTULO V – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 14 - São competências dos membros da Comissão de Óbitos:

- I - Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;
- II - Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- III - Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- IV - Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- V - Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- VI - Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- VII - Propor melhorias dos processos internos a partir da análise das não conformidades dos prontuários;
- VIII - Zelar pelo sigilo ético das informações;
- IX - Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- X - Assessorar a Direção do HEJ em assuntos de sua competência;
- XI - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;
- XII - Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à instituição.



Artigo 15 - São competências do Presidente da Comissão e do Vice, na sua ausência:

- I - Convocar e presidir as reuniões;
- II - Indicar seu substituto;
- III - Representar a comissão junto à diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- IV - Subscriver todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros;
- V - Fazer cumprir o regimento;
- VI - Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Artigo 16 - São competências do Secretário da Comissão:

- I - Organizar a ordem do dia;
- II - Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III - Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- IV - Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;
- V - Organizar e manter o arquivo da comissão;
- VI - Preparar as correspondências;
- VII - Realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço;
- VIII - Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 17 - A Comissão de Revisão de Óbito foi criada em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS n.º 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatória a criação da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, da Portaria MS/GM n.º 1405, de 29 de junho de 2006, que instituiu a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis e da Resolução CFM n.º 2.171/2017 que regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito.

Artigo 18 - Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Direção Técnica.

Artigo 19 - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 20 - O regimento entrará em vigor após aprovação da Direção Técnica.

Artigo 21 - Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, revogadas as disposições em contrário.



2.6.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS												
TAREFAS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões ordinárias da Comissão												
Levantamento das necessidades												
Realização de Oficina para uniformização de conhecimento dos membros da Comissão												
Realização de treinamentos sobre o preenchimento do Atestado de Óbito												
Realização de reuniões com a Comissão Ética Médica												
Realização de reuniões com a Comissão Ética Enfermagem												



2.7. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT)

2.7.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.7.1.1. Membros

A CIHDOTT deverá ser composta de acordo com a Portaria de Consolidação nº 4/2017 que estabelece os tipos de CIHDOTT conforme nível de complexidade hospitalar por:

- Mínimo de 3 membros sendo estes de nível superior;
- O coordenador deverá ser médico ou enfermeiro;
- É recomendado que a comissão seja composta por profissionais da equipe multidisciplinar: enfermeiro (a), psicólogo (a), assistente social e médico (a) e que se evite uma quantidade acima de seis membros na referida Comissão.

2.7.1.2. Finalidade

A CIHDOTT é uma comissão intra-hospitalar formada por equipe multiprofissional da área de saúde, que tem a finalidade de promover a capacitação, organizar, padronizar e divulgar o fluxo de doação de órgãos a ser utilizada no Hospital.

2.7.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

Artigo 1º - A CIHDOTT é uma comissão intra-hospitalar formada por equipe multiprofissional da área de saúde, que tem a finalidade de promover a capacitação, organizar, padronizar e divulgar o fluxo de doação de órgãos a ser utilizada no Hospital.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 2º - A CIHDOTT deverá ser composta de acordo com a Portaria de Consolidação nº 4/2017 que estabelece os tipos de CIHDOTT conforme nível de complexidade hospitalar por:

I - Mínimo de 3 membros sendo estes de nível superior e que se evite uma quantidade acima de seis membros na referida Comissão;

II - O Coordenador deverá ser médico ou enfermeiro;

III - É recomendado que a comissão seja composta por profissionais da equipe multidisciplinar:

- a. enfermeiro (a);
- b. psicólogo (a);
- c. assistente social; e
- d. médico (a).

Artigo 3º - A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes do Hospital Estadual Jataí será constituída por:

I - 01 Médico;



II - 01 Enfermeiro;

III - 01 Psicólogo;

IV - 01 Assistente Social.

CAPÍTULO III – DO MANDATO

Artigo 4º - Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Técnica do hospital. O tempo mínimo de dedicação por membro será definida pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil do hospital.

Artigo 5º - O mandato deverá ser de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica do hospital.

Artigo 6º - A relação dos membros de cada mandato deverá ser oficializada na ata da reunião, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Artigo 7º - O Coordenador da Comissão será nomeado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e tecidos para transplante, por ter participado do Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Transplantes com certificado emitido pelo Sistema Nacional de Transplantes

Artigo 8º - Os membros da CIHDOTT se deportam diretamente a Diretoria Técnica.

Artigo 9º - Os cargos de Coordenador, Vice-Coordenador e Secretário serão definidos pela Comissão na 1ª reunião.

CAPÍTULO IV – DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 10 - Deverão ocorrer reuniões periódicas conforme a necessidade da Comissão com data, local e horário, previamente definidos e informados aos membros da comissão.

Artigo 11 - A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática do membro.

Artigo 12 - Na ausência do Coordenador ou de seu Vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Artigo 13 - As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 14 - 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.

Artigo 15 - Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 16 - As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma



cópia contendo: Data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Artigo 17 - Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 18 - Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pela Diretoria Técnica, pelo Coordenador ou Vice-Coordenador da comissão.

CAPÍTULO V – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 19 – Compete aos membros da CIHDOTT:

I - Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;

II - Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

III - Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

IV - Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;

V - Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema;

VI - Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doença;

VII - Manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição;

VIII - Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;

IX - Articular-se com os respectivos IML e SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;

X - Articular-se com as respectivas Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e tecidos (CNCDOS), Organização de Procura de Órgãos (OPO) e/ou bancos de tecidos da região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

XI - Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de



consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a lei nº 9.434 de 1997;

XII - Orientar e capacitar o setor responsável no hospital pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997;

XIII - Responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIV - Manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizadas;

XV - Apresentar mensalmente os relatórios à CNCDO;

XVI - Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas à todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XVII - Registrar, para cada processo de doação, informações constantes na ata do Processo Doação/Transplante.

Artigo 20 – Compete aos Médicos Intensivistas:

I - Realizar a avaliação de Morte Encefálica, seguindo o Protocolo e permanecendo ao lado do paciente até o término do Teste de Apnéia;

II - Comunicar o plantão do CIHDOTT sobre sua avaliação;

III - Providenciar todos os exames necessários;

IV - Manter a família informada sobre o atual quadro clínico do paciente;

V - Preencher todos os documentos necessários para continuação do procedimento de transplante ou de retirada/explante e posteriormente transplante;

VI - Realizar a manutenção do paciente respeitando as orientações Comissão IntraHospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;

VII - Fornecer todas as informações ao Médico Neurologista, que fará o segundo Teste de Apnéia;

VIII - Auxiliar a enfermagem caso haja necessidade de remoção do paciente da Unidade de Terapia Intensiva para realização de exames, entre outros;

IX - Esclarecer para a família o motivo pelo qual o paciente evoluiu para a Morte Encefálica;

X - Elaborar o relatório que deverá ser encaminhado para o Instituto Médico Legal em caso de morte violenta.

Artigo 21 – Compete a Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva:

I - Comunicar ao sobreaviso da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes a existência de um provável doador na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Emergência;



- II - Avaliar as condições do corpo do doador-cadáver antes da liberação da família. Prestar os cuidados relativos à enfermagem para manutenção do doador conforme rotina;
- III - Informar a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes caso ocorra qualquer alteração referente ao doador;
- IV - Encaminhar o paciente doador ao Centro Cirúrgico devidamente organizado e com laudo de morte violenta, se houver também encaminhar ao Centro Cirúrgico, qualquer “peça” ou parte do paciente bem como, os relatórios cirúrgicos;
- V - Articular-se novamente com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos do Estado, para comunicar a doação de órgãos.

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 22 - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, em conjunto com a Diretoria Clínica da Instituição.

Artigo 23 - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 24 - Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

2.7.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE (CIHDOTT)												
TAREFAS	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 CIHDOTT												
Reuniões da Comissão												
Aprovar o Regimento Interno da CIHDOTT												
Realizar o planejamento das ações da Comissão para captação												
Divulgar as ações da CIHDOTT junto aos profissionais do HJE												
Emitir relatórios de atividades desenvolvidas pela Comissão para a Direção												
Realizar palestras de divulgação e conscientização sobre doação de órgãos												
Definir estratégias de melhoria de captação de doadores												



2.8. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

2.8.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.8.1.1. Membros

Será composta por representantes do empregador e dos empregados, dimensionados de acordo com o quantitativo de RH esperado para cada unidade e diretrizes estabelecidas pela mesma normativa, entre titulares e suplentes, no qual, os representantes dos empregados são eleitos por votação direta entre os colaboradores, com mandato de 01 ano.

Entre as características dos componentes da CIPA estão: proatividade, espírito de equipe, pleno conhecimento do ambiente de trabalho e liderança situacional, colaborando na detecção e consequentemente neutralização das fontes de riscos, assim como a dispersão entre os funcionários, das normas de segurança para manutenção e promoção da saúde do trabalhador. Será composta por representantes do empregador e dos empregados, dimensionados de acordo com o quantitativo de RH esperado para cada unidade e diretrizes estabelecidas pela mesma normativa, entre titulares e suplentes, no qual, os representantes dos empregados são eleitos por votação direta entre os colaboradores, com mandato de 01 ano.

Entre as características dos componentes da CIPA estão: proatividade, espírito de equipe, pleno conhecimento do ambiente de trabalho e liderança situacional, colaborando na detecção e consequentemente neutralização das fontes de riscos, assim como a dispersão entre os funcionários, das normas de segurança para manutenção e promoção da saúde do trabalhador.

2.8.1.2. Finalidade

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) tem como finalidade a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente A Norma Regulamentadora 5 (NR-5) determina os principais pontos da CIPA, bem como seu funcionamento.

2.8.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

Artigo 1º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) tem como finalidade a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

CAPÍTULO II – DA CONSTITUIÇÃO

Artigo 2º - A CIPA será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 05 (NR – 05), aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978.

§ 1º. Os representantes do hospital, titulares e suplentes, serão indicados pela Direção;



§ 2º. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, com vínculo HOSPITAL e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho CLT.

CAPÍTULO III – DO MANDATO

Artigo 3º - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Artigo 4º - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da Comissão Internas de Prevenção de Acidentes, desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Parágrafo único: O suplente da CIPA goza da garantia de emprego prevista no art. 10, II, "a", do ADCT a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Artigo 5º - Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo, do art. 469, da CLT.

Artigo 6º - A Direção designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Artigo 7º - A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

CAPÍTULO IV - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 8º - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Artigo 9º - As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

Artigo 10 - Todas reuniões, sejam ordinárias ou extraordinárias, terão 10 minutos de tolerância para o seu início.

Artigo 11 - A ordem do dia será comunicada a todos os membros com um dia de antecedência para as reuniões ordinárias.

Artigo 12 - A quantidade mínima de membros necessária para as deliberações da CIPA deverá ser de 50% mais um, do total de componentes.

Artigo 13 - No caso de ausências ou impedimentos de comparecerem às reuniões ordinárias, os membros titulares deverão comunicar por meio formal o seu suplente, o presidente e o secretário com 03 (três) dias de antecedência através de memorando, e-mail institucional ou outros meios que todos envolvidos tenham efetiva anuência.



Artigo 14 - Em caso de empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.

Artigo 15 - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros via e-mail institucional.

Artigo 16 - As minutas das atas serão encaminhadas para os e-mails institucionais de todos os membros e estes terão até 07 (sete) dias úteis para sugerir alterações, devendo estas serem encaminhadas para o mesmo e-mail, onde serão lidas e aprovadas na próxima reunião.

Artigo 17 - Os membros que participaram da reunião e que não puderem comparecer na reunião de leitura e aprovação da ata deverão, posteriormente, procurar o secretário da CIPA para assinar a mesma.

Artigo 18 - As atas deverão ficar sob responsabilidade da Comissão e uma cópia deve ser encaminhada o mais breve possível para o Núcleo de Comissões Hospitalares para estar à disposição de qualquer fiscalização, inclusive do Ministério do Trabalho e Emprego.

Artigo 19 - As reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

I - Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

II - Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;

III - Houver solicitação expressa de uma das representações.

Artigo 20 - As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Parágrafo único. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Artigo 21 - Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

Artigo 22 - O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

Artigo 23 - O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Artigo 24 - A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião.

Artigo 25 - No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Artigo 26 - No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

Artigo 27 - Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral,



exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

Artigo 28 - O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.

Artigo 29 - O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

CAPÍTULO V – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 30 - Compete a CIPA:

I - Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT);

II - Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

III - Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

IV - Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

V - Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

VI - Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VII - Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo hospital, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

VIII - Requerer o SESMT, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

IX - Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

X - Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

XI - Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

XII - Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

XIII - Requisitar ao hospital as cópias das CAT emitidas;



XIV - Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

XV - Participar, anualmente, em conjunto com o Hospital, de Campanhas de Prevenção da AIDS e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.

Artigo 31 - Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Artigo 32 - Cabe aos empregados:

I - Participar da eleição de seus representantes;

II - Colaborar com a gestão da CIPA;

III - Indicar à CIPA, ao SESMT e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho.

Artigo 33 - Cabe ao Presidente da CIPA:

I - Convocar os membros para as reuniões da CIPA;

II - Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMT as decisões da comissão;

III - Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;

IV - Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;

V - Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Artigo 34 - Compete ao Vice-Presidente:

I - Executar atribuições que lhe forem delegadas;

II - Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Artigo 35 - O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes competências:

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 - Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;

V - Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

VI - Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

VII - Constituir a comissão eleitoral.

Artigo 36 - Compete ao Secretário:

I - Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;



- II - Preparar as correspondências; e
- III - Outras que lhe forem conferidas.

CAPÍTULO VI - DO PROCESSO ELEITORAL

Artigo 37 - Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Artigo 38 - O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral - CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Artigo 39 - O processo eleitoral observará as seguintes condições:

I - Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;

II - Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;

III - Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;

IV - Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;

V - Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;

VI - Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados;

VII - Voto secreto;

VIII - Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;

IX - Faculdade de eleição por meios eletrônicos;

X - Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

Artigo 40 - Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

Artigo 41 - Assumirão as condições de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Artigo 42 - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Artigo 43- Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração,



em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

CAPÍTULO VII - DO TREINAMENTO E DA POSSE

Artigo 44 - A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

Artigo 45 - O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

Artigo 46 - As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR.

Artigo 47 - 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;

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 na empresa;

IV - Noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção;

V - Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;

VI - Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;

VII - Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

Artigo 48 - O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias, sendo realizado durante o expediente normal da empresa e será ministrado pelo SESMT.

Artigo 49 - O candidato eleito ou indicado pelo empregador que não participar das 20 horas de treinamento obrigatório conforme determinações da própria NR-05, independente se já tenha participado de treinamento em gestões anteriores, não receberá o certificado e não poderá fazer parte da nova comissão, ficando o empregador obrigado a indicar um substituto. Caso esse seja eleito pelos empregados o suplente na ordem de classificação decrescente assumirá a vaga.

Artigo 50 - Na impossibilidade da efetiva participação do candidato no treinamento e na posse juntamente com os demais membros, por motivos de saúde, férias entre outros afastamentos legais, o mesmo deverá participar em uma nova data a ser estabelecida pela comissão eleitoral da CIPA.

Artigo 51 - Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, será determinada a complementação ou a realização de outro, em conformidade com às exigências do Ministério do Trabalho e Emprego, que será efetuado no prazo máximo de



30 (trinta) dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

CAPÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 52 - As omissões neste Regimento Interno, serão orientadas pela NR – 05 aprovada pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978.

Artigo 53 - Este regimento poderá ser alterado sempre que a maioria dos membros julgar oportuno, ou mediante edição de novas diretrizes dadas pelo hospital e demais órgãos de controle.

2.8.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)												
TAREFAS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões ordinárias da Comissão												
Divulgação do mapa de risco com assessoria do SESMT												
Implementação do controle das medidas de prevenção e acidentes nos locais de trabalho												
Definição e implantação de indicadores												
Avaliação dos indicadores												

2.9. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho – SESMT

O SESMT é constituído por profissionais da área da saúde, que têm como função principal proteger a integridade física dos trabalhadores dentro das empresas. Previsto na Consolidação das Leis do Trabalho criada em seu artigo 162, devido ao aumento de acidentes com trabalhadores, possui função de assegurar a integridade física dos profissionais.

2.9.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.9.1.1. Membros

A SESMT será composta por:

- Médico do Trabalho;
- Enfermeiro do Trabalho;
- Técnico de Enfermagem;
- Engenheiro em Segurança do Trabalho;
- Técnico em Segurança no Trabalho;
- Apoio administrativo.

2.9.1.2. Finalidade

O Serviço Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT têm a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. Tem a função de prevenção contra acidentes que prejudicam os funcionários e diminuem a produtividade da instituição.

Suas regras de constituição e funcionamento encontram-se previstas na Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho n.º 4 – NR 4.

2.9.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

Artigo 1º - O Serviço Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT têm a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. Tem a função de prevenção contra acidentes que prejudicam os funcionários e diminuem a produtividade da instituição.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 2º - A SESMT do HEJ terá a seguinte composição:

- I - Médico do Trabalho;
- II - Enfermeiro do Trabalho;
- III - Técnico de enfermagem;



IV - Engenheiro em Segurança do Trabalho;

V - Técnico em Segurança do Trabalho;

VI - Apoio Administrativo

CAPÍTULO III – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 3º - Compete a SESMT:

I - Trabalhar pela eliminação dos riscos no hospital;

II - Quando não for possível acabar com os riscos, implementar ações mitigadoras de proteção coletiva;

III - Fornecer orientações técnicas e capacitação aos colaboradores para a adoção de medidas de SST, cumprindo as exigências das Normas Regulamentadoras (NR);

IV - Treinar e dar suporte ao trabalho da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);

V - Promover atividades de conscientização para prevenir acidentes e patologias;

VI - Criar e armazenar registros de acidentes e doenças do trabalho, incluindo detalhes sobre os fatores ambientais e patógenos;

VII - Preencher e assinar documentos de saúde ocupacional como o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO);

VIII - Manter toda a documentação acessível facilmente para o caso de inspeções de auditores fiscais do trabalho ou requisição por parte de outros órgãos governamentais;

IX - Elaborar planos de controle de efeitos de catástrofes, de disponibilidade de meios que visem ao combate a incêndios e ao salvamento de vítimas;

X - Promover a saúde e proteger a integridade dos colaboradores no hospital;

XI - Promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos colaboradores para prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente;

XII - Promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras editadas pelo Ministério do Trabalho;

XIII - Analisar os métodos e os processos de trabalho e identificar os fatores de risco de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho e a presença de agentes ambientais agressivos ao colaborador, propondo sua eliminação ou seu controle;

XIV - Executar as normas de segurança referentes a projetos de construção, ampliação, reforma, arranjos físicos e de fluxos, com vista à observância das medidas de segurança e higiene do trabalho, inclusive por terceiros;

XV - Atuar em conjunto com a CIPA na fiscalização do ambiente seguro ao trabalhador e solicitar manutenções preventivas em instalações, máquinas, equipamentos, mobiliário, ferramentas e instrumental para que tenham boas condições de utilização e funcionamento;

XVI - Organizar o Plano de Prevenção de Acidentes de Trabalho juntamente com a CIPA de forma



a diminuir o risco ocupacional e publicizá-lo;

XVII - Estabelecer plano de contingência no combate a incêndios, evacuação de trabalhadores, materiais de primeiros socorros e equipe responsável pela ação rápida nessas eventualidades;

XVIII - Estabelecer em parceria com a CIPA, Comissão de Proteção Radiológica, Comissão de Acidentes com Material Biológico, um plano de vigilância permanente para identificação de riscos à saúde do trabalhador;

XIX - Analisar e registrar em documento específico todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento, com ou sem vítima, e todos os casos de doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais, as características do agente e as condições do indivíduo portador de doença ocupacional ou acidentado.

Artigo 4º - Compete ao Médico do Trabalho:

I - Realizar atendimento na área de Medicina do Trabalho;

II - Desempenha funções da medicina preventiva e curativa;

III - Realizar atendimentos, exames, diagnóstico, terapêutica, acompanhamento dos pacientes e executar qualquer outra atividade que, por sua natureza, esteja inserida no âmbito das atribuições pertinentes ao cargo e área;

IV - Emitir documentos como o CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho);

V - Participar de outros programas importantes para a saúde ocupacional, como PCMSO e PPRA.

Artigo 5º - Compete ao Engenheiro de Segurança do Trabalho

I - Realizar diagnósticos, estudo e levantamentos que forneçam subsídios à formulação de políticas, diretrizes, planos e programas relacionados à segurança do trabalho e do meio-ambiente;

II - Elaborar normas e sistemas para programas de segurança do trabalho, desenvolvendo e estabelecendo métodos e técnicas para prevenir acidentes de trabalho e doenças profissionais no hospital.

Artigo 6º - Compete ao Enfermeiro do Trabalho:

I - Coletar informações diversas acerca da saúde ocupacional;

II - Executar os inquéritos sanitários;

III - Fazer a gestão de programas de prevenção a acidentes e doenças ocupacionais;

IV - Avaliar as causas de insalubridade na empresa;

V - Realizar treinamentos sobre uso de EPI (Equipamentos de Proteção Individual);

VI - Promover a prevenção de doenças ocupacionais.



Artigo 7º - Compete ao Técnico de Segurança do Trabalho

- I - Elaborar e colocar em prática as políticas de saúde e segurança;
- II - Trabalhar em conjunto com o Engenheiro de Segurança do Trabalho, realizando auditorias periódicas.
- III - Inspecionar locais de instalação de equipamentos;
- IV - Examinar utensílios de combate a incêndios (extintores, mangueiras, hidrantes, entre outros);
- V - Investigar acidentes, descobrir suas causas e propor medidas de prevenção;
- VI - Ministrando treinamentos sobre segurança e prevenção de acidentes.

Artigo 8º - Compete ao Técnico de Enfermagem do Trabalho:

- I - Atuar sob orientação do Enfermeiro do Trabalho e do Médico do Trabalho, os prestando atendimento em diversas frentes;
- II - Preparar os pacientes para exames;
- III - Fazer gestão de medicamentos;
- IV - Atuar segundo procedimentos de biossegurança e boas práticas da profissão.

CAPÍTULO IV – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 9º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do SESMT em conjunto com a Direção Técnica da Instituição.

Artigo 10 - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 11 - Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

2.9.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO (SESMT)												
TAREFAS	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 do SESMT												
Aprovar o Regimento Interno do SESMT												
Levantamento de necessidades												
Planejamento das ações a serem implementadas												
Treinamentos dos colaboradores												
Elaborar relatórios das atividades desenvolvidas pelo SESMT												



2.10. Comissão de Documentação Médica e Estatística

A Comissão de Documentação Médica e Estatística deve observar as normas legais que regem o prontuário médico do paciente, como a Resolução CFM n. 1.638/2002, e os instrumentos normativos posteriores.

2.10.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.10.1.1. Membros

A Comissão de Documentação Médica e Estatística será constituída por:

I - 01 representante do SAME.

II - 01 representante do Núcleo de Epidemiologia.

III - 01 representante da Direção Técnica;

IV - 01 representante da Direção de Enfermagem;

V - 01 representante de Tecnologia da Informação;

2.10.1.2. Finalidade

A Comissão de Documentação Médica e Estatística tem a finalidade de promover medidas normativas e técnicas de controle da elaboração e avaliação de dados estatísticos, além de supervisionar a guarda de documentos efetuada pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, solicitar esclarecimentos de profissionais envolvidos, sempre que julgar necessário, e proporcionar subsídios de apoio à pesquisa.

2.10.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

Artigo 1º - A Comissão de Documentação Médica e Estatística tem a finalidade de promover medidas normativas e técnicas de controle da elaboração e avaliação de dados estatísticos, além de supervisionar a guarda de documentos efetuada pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, solicitar esclarecimentos de profissionais envolvidos, sempre que julgar necessário, e proporcionar subsídios de apoio à pesquisa.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 2º - A Comissão de Documentação Médica e Estatística será composta por:

I - 01 representante do SAME;

II - 01 representante do Núcleo de Epidemiologia;

III - 01 representante da Direção Técnica;

IV - 01 representante da Direção de Enfermagem;

V - 01 representante de Tecnologia da Informação.

Parágrafo Único – A indicação do Presidente, Vice-Presidente e Secretário será realizada na 1ª



reunião Comissão pelos membros da Comissão.

CAPÍTULO III – DAS REUNIÕES

Artigo 3º - Será realizada uma reunião mensal, com data, local e horário, previamente definidos e informados. As reuniões serão realizadas nas próprias dependências do Hospital, quando estiver presente pelo menos metade simples dos membros.

Artigo 4º - Serão lavradas atas com registro das discussões e conclusões das reuniões mensais. Os relatórios serão enviados para Direção Técnica do hospital.

CAPÍTULO IV – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 5º - Compete a Comissão:

I - Supervisionar e avaliar a produção de dados estatísticos e dos indicadores de desempenho, a partir do levantamento do censo diário;

II - Avaliar, sistematicamente, o desempenho da assistência médico-hospitalar, através dos indicadores hospitalares, confrontando-os com os padrões estabelecidos pelo Ministério de Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas;

III - Estabelecer e fazer cumprir o fluxo de documentação médica no hospital;

IV - Supervisionar a manutenção, guarda, conservação e circulação dos prontuários no hospital;

V - Zelar pela guarda, controle, manutenção, conservação e circulação dos equipamentos e materiais utilizados;

VI - Elaborar Regimento Interno da Comissão e submetê-lo ao conhecimento e aprovação da Direção;

VII - Realizar reuniões ordinárias de rotina e extraordinárias quando necessárias, registrando-as em ata.

VIII - Propor a atualização de impressos, formulários e modelos médico-assistenciais;

IX - Indicar quais dados preferencialmente deverão conter nos relatórios estatísticos produzidos pelo SAME;

X - Treinar os funcionários do SAME na extração e análise de dados dos prontuários para entrega de dados consolidados;

XI - Aprovar método de acesso e manuseio do prontuário físico e eletrônico, para os diversos fins: assistência, ensino, pesquisa, demanda judicial e do próprio paciente ou representante legal;

XII - Manter estreita relação com as Comissões de Ética Médica, de Ética de Enfermagem, Ética em Pesquisa, de Revisão de Óbitos, de Análise e Revisão de Prontuários, de Educação Continuada.

Artigo 6º - Compete ao Presidente:

I - Convocar e presidir as reuniões;

II - Indicar seu substituto;

III - Representar a comissão junto à Direção da instituição, ou indicar seu representante;

IV - Subscriver todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros;

V - Fazer cumprir o regimento.

Artigo 7º - São competências do Secretário da Comissão:

I - Receber e protocolar os processos e expedientes;

II - Lavrar a ata das reuniões;

III - Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;

IV - Organizar e manter o arquivo da comissão;

V - Realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço;

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 8º - Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Direção Técnica.

Artigo 9º - O regimento entrará em vigor após aprovação da Direção Técnica.

Artigo 10 - Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, revogadas as disposições em contrário.

2.10.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA												
TAREFAS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões ordinárias da Comissão												
Reunião com Comissão de Análise e Revisão de Prontuário												
Planejamento das ações a serem implementadas												
Definição e implantação de indicadores												
Avaliação dos indicadores												



2.11. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

A Comissão de Ética em Pesquisa é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

2.11.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.11.1.1. Membros

A Comissão será constituído por 06 (seis) membros incluindo profissionais das áreas de saúde e representantes dos usuários.

Entre os membros deverá haver representantes do usuário e representantes da área de saúde multidisciplinar ligados a instituição ou não.

2.11.1.2. Finalidade

O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, com de caráter consultivo, normativo, deliberativo e educativo, que tem a finalidade de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões ético científico, vinculado à e constituído nos termos da Resolução 466/16 CNS/MS.

2.11.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

Artigo 1º - A Comissão de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, com de caráter consultivo, normativo, deliberativo e educativo, que tem a finalidade de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões ético científico, vinculado à e constituído nos termos da Resolução 466/16 CNS/MS.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A Comissão será constituído por 06 (seis) membros incluindo profissionais das áreas de saúde e representantes dos usuários.

Parágrafo 1º - Entre os membros deverá haver representantes do usuário e representantes da área de saúde multidisciplinar ligados a instituição ou não.

Parágrafo 2º - A CEP, de acordo com o Capítulo VII, item 5, da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, expedida em 12/12/2012, deverá ser constituído por pessoas de ambos os sexos, não sendo permitido que nenhuma categoria profissional tenha uma representação superior à metade dos seus membros.



Parágrafo 3º - Pelo menos metade dos membros deverá possuir experiência em pesquisa e representar as diversas áreas de atuação multidisciplinar da Instituição.

Parágrafo 4º - Em consonância com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, expedida em 12/12/2012, os membros não poderão ser remunerados.

Artigo 4º - A nomeação dos membros da CEP será feita pelo Diretor do Hospital, a partir de indicação dos setores do HEJ.

Parágrafo Único - O mandato dos membros da CEP será de 3(três) anos, sendo permitida a recondução e não será permitida, ao final de cada mandato, a renovação de mais de um terço dos seus membros.

Artigo 5º - A Comissão será coordenado por um dos membros e seu tempo de mandato deve ser o mesmo que o dos demais membros, ou seja, de três anos conforme previsto na Resolução CNS nº 370/2007, sendo eleito entre seus pares, na primeira reunião de trabalho, o Vice-Coordenador será indicado pelo Coordenador e ter seu nome referendado pela maioria da Comissão.

Artigo 6º - Todos os membros do HEJ são considerados membros consultores "ad hoc".

Artigo 7º - Será dispensado e substituído, automaticamente, o membro que sem justificativa, deixar de comparecer a 3 (três) reuniões consecutivas ou a 4 (quatro) intercaladas durante um ano, sendo a lista de presença a ser assinada em cada reunião, como controle e confirmação de presença, tendo o ocorrido e a justificativa informada à CONEP por meio de pedido de alteração de dados. Quanto ao caso do desligamento de representante de usuários, as faltas devem ser informadas à Instituição que o indicou e, se for o caso, comunicar o desligamento e solicitar indicação de novo representante.

Parágrafo Único - Na eventualidade de substituição de um dos seus membros, o comitê após reunião em plenária, indicará nome substituto a direção do HEJ.

CAPÍTULO III – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 8º - Compete a Comissão de Ética em Pesquisa:

I - Analisar projetos e protocolos de pesquisa em seres humanos e emitir pareceres do ponto de vista dos requisitos da ética, dentro do prazo 30 dias para liberar o parecer e 10 dias para checagem documental, totalizando 40 dias;

II - Expedir instruções com normas técnicas para orientar os pesquisadores com respeito a aspectos éticos;

III - Garantir a manutenção dos aspectos éticos de pesquisa;

IV - Zelar pela obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes ou grupos para sua participação na pesquisa;

V - Acompanhar o desenvolvimento de projetos através de relatórios dos pesquisadores, nas situações exigidas pela legislação;



VI - Manter comunicação regular e permanente com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS), encaminhando para sua apresentação casos previstos na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, expedida em 12/12/2012;

VII - Desempenhar papel consultivo e educativo, promovendo a educação da ética em pesquisa envolvendo seres humanos em todos os níveis na Instituição ou fora dela.

Parágrafo Único - O encaminhamento dos projetos deverá ser feito somente através da Plataforma Brasil, segundo as normas da Comissão e da CONEP.

Artigo 9º - Compete ao Coordenador:

I - Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão;

II - Representar a Comissão em suas relações internas e externas;

III - Instalar a Comissão e presidir as reuniões plenárias;

IV - Promover a convocação das reuniões;

V - Indicar membros para estudos e emissão de pareceres necessários à compreensão da finalidade da Comissão;

VI - Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

VII - Participar das atividades de ensino da Bioética e Ética em Pesquisa e difundir os princípios, as normas e as legislações vigentes.

Parágrafo Único - Na ausência do Coordenador, as atribuições serão desempenhadas pelo Vice-Coordenador.

Artigo 10 – Compete aos membros da CEP:

I - Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes foram atribuídas pelo Coordenador;

II - Comparecer às reuniões, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III - Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - Verificar a instrução dos procedimentos estabelecidos, a documentação e registro dos dados gerados no decorrer do processo, o acervo de dados obtidos, os recursos humanos envolvidos, os relatórios parciais e finais do processo;

V- Desempenhar funções atribuídas pelo Coordenador;

VI - Apresentar proposições sobre as questões atinentes a CEP;

VII - Participar das atividades de ensino da Bioética e Ética em Pesquisa e difundir os princípios, as normas e as legislações vigentes

Parágrafo Único - O membro da Comissão deverá se declarar impedido de emitir pareceres ou participar do processo de tomada de decisão na análise de protocolo de pesquisa em que estiver



diretamente ou indiretamente envolvido.

Artigo 11 - Compete ao Secretário da CEP:

- I - Fazer a recepção preliminar dos projetos e realizar a Nota Técnica dos mesmos;
- II - Assistir as reuniões;
- III - Distribuir aos membros da CEP a pauta das reuniões, bem como encaminhar o expediente;
- IV - Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devem ser examinados nas reuniões da CEP;
- V - Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- VI - Manter contato com os pesquisadores, esclarecendo e orientando no cumprimento das normas do CEP/HUPE e das pendências emitidas pelos relatores;
- VII - 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;
- VIII - Lavrar e assinar as atas de reuniões da CEP;
- IX - Providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões extraordinárias;
- X - Elaborar relatórios semestrais do funcionamento da CEP para encaminhamento à CONEP;
- XI - Auxiliar os relatores no acompanhamento e monitoração dos projetos em andamento;
- XII - Divulgar para os membros da CEP atividades locais e regionais que contemplem a realização de treinamentos/capacitação relacionada a atividades de Ética em Pesquisa bem como a respeito dos princípios, das normas e as legislações vigentes.

CAPÍTULO IV – DO FUNCIONAMENTO

Artigo 12 – A CEP se reunirá mensalmente, conforme calendário estabelecido no início de cada ano, em sessão ordinária, ou em caráter extraordinário, quando convocado pelo Coordenador ou pela maioria de seus membros para avaliação, discussão dos projetos e a emissão dos pareceres.

Artigo 13 - A reunião da CEP se instalará com o quórum mínimo da presença da maioria dos seus membros e deliberará com a maioria simples dos presentes.

Parágrafo Único - A reunião será dirigida pelo Coordenador ou, na sua ausência, pelo do Vice-Coordenador.

Artigo 14 - As reuniões se darão da seguinte forma:

- I - Verificação da presença do Coordenador, e, na sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Coordenador;
- II - Verificação de presença dos membros para formação de quórum, o qual deverá ser de 50% mais um de todos os membros da CEP (maioria absoluta), para deliberação;
- III - Votação e assinatura da ata da reunião anterior;
- IV - Comunicações breves e pedido da palavra;



V - Leitura e despacho do expediente;

VI - Ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VII - Organização da pauta da próxima reunião ou tarefas aos relatores;

Artigo 15 - Com base no parecer emitido, cada projeto será enquadramento em uma das seguintes categorias, conforme Norma Operacional CNS nº 001/2013:

I - Aprovado: quando o protocolo de pesquisa se encontra totalmente adequado para sua execução;

II - 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;

III - 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";

IV - Arquivado: quando o pesquisador descumprir o prazo para enviar as respostas às pendências apontadas ou para recorrer;

V - Suspenso: quando a pesquisa aprovada, já em andamento, deve ser interrompida por motivo de segurança, especialmente referente ao participante da pesquisa;

VI - 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.

Artigo 16 - A cada trimestre, uma das reuniões deverá também contemplar a apresentação de temas que permitam o treinamento e capacitação de seus membros, bem como programas de capacitação da comunidade acadêmica conforme requer a Norma Operacional nº 001/2013.

Artigo 17 - A CEP manterá sob caráter confidencial as informações recebidas sobre os projetos de pesquisas tanto através da Plataforma Brasil, quanto através de e-mail ou consulta pessoais.

Artigo 18 - O acesso aos arquivos da CEP é restrito aos funcionários da secretaria da Comissão de Ética, estando disponíveis possíveis consultas apenas nos horários de funcionamento da CEP e com a presença do Secretário.

Artigo 19 - Os projetos, protocolos e relatórios correspondentes serão arquivados por 5 (cinco) anos, após o encerramento do estudo.

Capítulo V- Das Disposições Finais

Artigo 20 - Os casos omissos, e as dúvidas que surgirem na aplicação do presente Regimento Interno, serão dirimidas pelo Coordenador da CEP, e em grau de recurso pela Comissão.

Artigo 21 - O presente regimento interno poderá ser alterado, mediante proposta da CEP, através da maioria absoluta de seus membros.

Artigo 22 - Os casos omissos no presente Regimento serão resolvidos pelo próprio Comitê de

Ética em Pesquisa.

Artigo 23 - A CEP apenas analisará projetos de pesquisa que envolva seres humanos.

Artigo 24 - Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, revogadas as disposições em contrário.

2.11.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

COMISSÃO DE ENSINO EM PESQUISA (CEP)												
TAREFAS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Constituição dos Membros da Comissão												
Reuniões ordinárias da Comissão												
Emissão de parecer												
Capacitação dos membros da Comissão												
Elaboração de relatórios de avaliação e acompanhamento												

2.12. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) é um grupo de profissionais que trabalha em conjunto para garantir a nutrição adequada dos pacientes. A EMTN é obrigatória em qualquer espaço de atendimento, como hospitais e clínicas e pode ser composta por profissionais de diferentes categorias.

Conforme Portaria 272/1998 e RCD 503/2021, a EMTN é um grupo formal e obrigatoriamente constituído de, pelo menos um profissional médico, farmacêutico, enfermeiro, nutricionista, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional.

2.12.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.12.1.1. Membros

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional será composta por:

- 03 Nutricionistas;
- 01 Médico;
- 01 Enfermeiro;
- 01 Farmacêutico;
- 01 Apoio Administrativo.

Dentre os representantes serão escolhidos o Coordenador Técnico e o Coordenador Clínico, preferencialmente um Nutricionista e um Médico respectivamente.

2.12.1.2. Finalidade

A EMTN tem a finalidade de garantir assistência nutricional efetiva, de forma a prevenir e tratar a desnutrição intra-hospitalar, buscando promover o cuidado integral, seguro e efetivo para o paciente, além da eficiência na gestão e contribuir para a capacitação dos profissionais envolvidos.

Também monitora e atende a todas as solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a terapia nutricional, quando necessário, e seguindo os protocolos, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional preestabelecidos.

2.12.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

Artigo 1º - A EMTN tem a finalidade de garantir assistência nutricional efetiva, de forma a prevenir e tratar a desnutrição intra-hospitalar, buscando promover o cuidado integral, seguro e efetivo para o paciente, além da eficiência na gestão e contribuir para a capacitação dos profissionais envolvidos. Também monitora e atende a todas as solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a terapia nutricional,



quando necessário, e seguindo os protocolos, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional preestabelecidos.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 2º - A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional será composta por:

I - 03 Nutricionistas;

II - 01 Médico;

III - 01 Enfermeiro

IV - 01 Farmacêutico

V - 01 Apoio Administrativo

Parágrafo 1º - Dentre os representantes serão escolhidos o Coordenador Técnico e o Coordenador Clínico, preferencialmente um Nutricionista e um Médico respectivamente.

CAPÍTULO III – DO FUNCIONAMENTO

Artigo 3º - A atuação dos membros da EMTN se restringe ao âmbito interno de sua instituição hospitalar, devendo todo o processo ser conduzido com observância ao descrito neste regimento.

Artigo 4º - As reuniões ordinárias ocorrerão bimestralmente em datas definidas na 1ª reunião e semanalmente ocorrerão as visitas técnicas in loco do grupo de trabalho.

Parágrafo 1º - As reuniões técnicas ocorrerão semanalmente conforme dia e horário de conveniência dos membros da equipe.

Parágrafo 2º - Os dias, horários das reuniões ordinárias serão divulgados pelo coordenador técnico-administrativo com antecedência mínima de 48 horas, sendo obrigatória, pelo menos, a presença do Coordenador Técnico ou do Coordenador Clínico da EMTN.

Parágrafo 3º - As reuniões deverão ser registradas em ata de reunião.

Parágrafo 4º - O membro que faltar a 03 (três) reuniões mensais consecutivas ou 06 (seis) alternadas, sem justificativa formalizada, será desligado da EMTN.

Artigo 5º - Poderão ser solicitadas reuniões extraordinárias a qualquer momento pelo Coordenador Clínico ou Técnico da EMTN com antecedência mínima de 24 horas.

Artigo 6º - As deliberações da EMTN deverão ser encaminhadas à Direção Técnica, Gerências ou Setores para um parecer final e demais providências, quando aplicável.

Artigo 7º - A participação na EMTN não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros.

Parágrafo único. Os participantes da EMTN deverão ser liberados das atividades de seu setor nos dias e horários programados para participação das atividades do grupo de trabalho.

Artigo 8º - A EMTN é a responsável pelas capacitações dos profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a Terapia Nutricional, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados.



Artigo 9º - Não será necessário a solicitação de avaliação do paciente pela EMTN. A própria EMTN deverá fazer a busca ativa de todos os pacientes.

Artigo 10 - A EMTN deverá atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a Terapia Nutricional, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos.

Artigo 11 - A EMTN realizará também busca ativa dos pacientes em uso de Terapia Nutricional no hospital.

Artigo 12 - As condutas da EMTN devem estar alinhadas com os profissionais que prestam assistência ao paciente.

Artigo 13 - As condutas clínicas referentes à TN deverão ser tomadas conforme padronizado nos procedimentos operacionais padrões elaborados pela EMTN.

Artigo 14 - A EMTN acompanhará periodicamente os Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional Enteral (IQTN), de forma a monitorar a eficácia da terapia nutricional, bem como garantir a excelência do suporte nutricional prestado aos pacientes.

CAPÍTULO IV – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 15 – Compete a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional:

- I. Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição;
- II. Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de TN, a serem encaminhados aos cuidados da EMTN;
- III. Atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que seja atingido os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos;
- IV. Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da TNE, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos;
- V. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- VI. Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TNE;
- VII. Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TNE visando a garantia de sua qualidade;
- VIII. Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membros da EMTN, para



verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da TNE;

IX. Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNE e TNP;

X. Criar mecanismos para que se desenvolvam as etapas de triagem e vigilância nutricional, em regime hospitalar e ambulatorial de NP;

XI. Atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a terapia nutricional parenteral (TNP), quando necessário, e em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos;

XII. Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final, da TNP, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos;

XIII. Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativocientes e aos aspectos operacionais da TNP.

Artigo 16 – Compete ao Coordenador Técnico:

I. Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da equipe e dos profissionais da mesma, visando prioritariamente a qualidade e eficácia da TNE e da TNP;

II. Representar a equipe em assuntos relacionados com as atividades da EMTN;

III. Promover e incentivar programas de educação continuada, para os profissionais envolvidos na TN, devidamente registrado;

IV. Padronizar indicadores da qualidade para TN para aplicação pela EMTN;

V. Gerenciar os aspectos técnicos e administrativos das atividades de TNE e TNP;

VI. Analisar o custo e o benefício da TNE no âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar.

Artigo 17 – Compete a Coordenador Clínico:

I. Coordenar os protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TNE e da TNP;

II. Zelar pelo cumprimento das diretrizes de qualidade estabelecidas nas boas práticas de preparação e boas práticas de administração;

III. Assegurar a atualização dos conhecimentos técnicos e científicos relacionados com a TNE e TNP e a sua aplicação;

IV. Garantir que a qualidade dos procedimentos de TNE e TNP, prevaleçam sobre quaisquer outros aspectos.

Artigo 18 - Compete ao Médico:

I. Indicar e prescrever a TNE e TNP;

II. Assegurar o acesso ao trato gastrointestinal para a TNE e estabelecer a melhor via, incluindo estomias de nutrição por via cirúrgica, laparoscópica e endoscópica;

III. Estabelecer o acesso intravenoso central, para a administração da NP;



- IV. Proceder o acesso intravenoso central, assegurando sua correta localização;
- V. Orientar os pacientes e os familiares ou o responsável legal, quanto aos riscos e benefícios do procedimento;
- VI. Participar do desenvolvimento técnico e científico relacionado ao procedimento;
- VII. Garantir os registros da evolução e dos procedimentos médicos.

Artigo 19 - Compete ao Nutricionista:

- I. Realizar a avaliação do estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional;
- II. Avaliar qualitativa e quantitativamente as necessidades de nutrientes baseadas na avaliação do estado nutricional do paciente;
- III. Elaborar a prescrição dietética com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica;
- IV. Formular a NE estabelecendo a sua composição qualitativa e quantitativa, seu fracionamento segundo horários e formas de apresentação;
- V. Acompanhar a evolução nutricional do paciente em TNE, independente da via de administração, até alta nutricional estabelecida pela EMTN;
- VI. Adequar a prescrição dietética, em consenso com o médico, com base na evolução nutricional e tolerância digestiva apresentadas pelo paciente;
- VII. Garantir o registro claro e preciso de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente;
- VIII. Orientar o paciente, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da NE prescrita para o período após a alta hospitalar;
- IX. Utilizar técnicas pré-estabelecidas de preparação da NE que assegurem a manutenção das características organolépticas e a garantia microbiológica e bromatológica dentro de padrões recomendados nas boas práticas de produção de NE;
- X. Selecionar, adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, os insumos necessários ao preparo da NE, bem como a NE industrializada;
- XI. Qualificar fornecedores e assegurar que a entrega dos insumos e NE industrializada seja acompanhada do certificado de análise emitido pelo fabricante;
- XII. Assegurar que os rótulos da NE apresentem, de maneira clara e precisa, todos os dizeres exigidos: nome do paciente, nº do leito, registro hospitalar, composição qualitativa e quantitativa de todos os componentes, volume total, velocidade de administração, via de acesso, data e hora da manipulação, prazo de validade, número sequencial de controle e condições de temperatura para conservação, nome e número no Conselho Profissional do respectivo responsável técnico pelo processo.
- XIII. Assegurar a correta amostragem da NE preparada para análise microbiológica, segundo as boas práticas de produção de NE;



- XIV. Atender aos requisitos técnicos na manipulação da NE;
- XV. Participar de estudos para o desenvolvimento de novas formulações de NE;
- XVI. Organizar e operacionalizar as áreas e atividades de preparação;
- XVII. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores;
- XVIII. Desenvolver e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos aspectos operacionais da preparação da NE;
- XIX. Supervisionar e promover autoinspeção nas rotinas operacionais da preparação da NE.

Artigo 20 – Compete ao Enfermeiro:

- I. Orientar o paciente, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da TN;
- II. Preparar o paciente, o material e o local para o acesso enteral na NE e para a inserção do cateter intravenoso na NP;
- III. Proceder ou assegurar a colocação da sonda oro/nasogástrica ou transpilórica na NE e a punção venosa periférica, incluindo a inserção periférica central (PICC) na NP;
- IV. Assegurar a manutenção das vias de administração;
- V. Receber a NE ou NP e assegurar a sua conservação até a completa administração;
- VI. Proceder à inspeção visual da NE ou NP antes de sua administração;
- VII. Avaliar e assegurar a administração da NE ou NP observando as informações contidas no rótulo, confrontando-as com a prescrição;
- VIII. Avaliar e assegurar a administração da NE e da NP, observando os princípios de assepsia;
- IX. Assegurar a infusão do volume prescrito, por meio do controle rigoroso do gotejamento, de preferência com uso de bomba de infusão;
- X. Detectar, registrar e comunicar à EMTN e ou o médico responsável pelo paciente, as intercorrências de qualquer ordem técnica e ou administrativa;
- XI. Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente quanto ao: peso, sinais vitais, tolerância digestiva e outros que se fizerem necessários;
- XII. Garantir a troca do curativo e ou fixação da sonda enteral ou do curativo do cateter venoso, com base em procedimentos pré-estabelecidos;
- XIII. Participar e promover atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores;
- XIV. Elaborar e padronizar os procedimentos de enfermagem relacionadas à TN;
- XV. Zelar pelo perfeito funcionamento das bombas de infusão;
- XVI. Assegurar que qualquer outra droga e ou nutriente prescritos, não sejam administrados na mesma via de administração da Nutrição Parenteral, sem a autorização formal da EMTN.



Artigo 21 – Compete ao Farmacêutico:

- I. Adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, a NE industrializada, quando estas atribuições, por razões técnicas e ou operacionais, não forem da responsabilidade do Nutricionista;
- II. Participar da qualificação de fornecedores e assegurar que a entrega da NE industrializada seja acompanhada de certificado de análise emitido pelo fabricante, no caso de atendimento ao inciso anterior;
- III. Participar de estudos para o desenvolvimento de novas formulações para NE;
- IV. Avaliar a formulação das prescrições médicas e dietéticas quanto à compatibilidade físico-química droga-nutriente e nutriente-nutriente;
- V. Participar de estudos de farmacovigilância com base em análise de reações adversas e interações droga-nutriente e nutriente-nutriente, a partir do perfil farmacoterapêutico registrado;
- VI. Organizar e operacionalizar as áreas e atividades da farmácia;
- VII. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores;
- VIII. Selecionar, adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, os produtos necessários ao preparo da NP;
- IX. Qualificar fornecedores e assegurar que a entrega dos produtos seja acompanhada de certificado de análise emitido pelo fabricante;
- X. Avaliar a formulação da prescrição médica quanto a sua adequação, concentração e compatibilidade físico-química dos seus componentes e dosagem de administração;
- XI. Determinar o prazo de validade para cada Nutrição Parenteral padronizada, com base em critérios rígidos de controle de qualidade;
- XII. Assegurar que toda NP deve apresentar rótulo com as seguintes informações: nome do paciente, nº do leito e registro hospitalar, composição qualitativa e quantitativa de todos os componentes, osmolaridade, volume total, velocidade da infusão, via de acesso, data e hora da manipulação, prazo de validade, número sequencial de controle e condições de temperatura para conservação e transporte, nome e CRF do farmacêutico responsável. A NP já rotulada deve ser acondicionada em embalagem impermeável e transparente para manter a integridade do rótulo e permitir a sua perfeita identificação durante a conservação e transporte;
- XIII. Atender aos requisitos técnicos de manipulação da Nutrição Parenteral;
- XIV. Participar de estudos de farmacovigilância com base em análise de reações adversas e interações droga-nutrientes e nutriente-nutriente, a partir do perfil farmacoterapêutico registrado;
- XV. Organizar e operacionalizar as áreas e atividades da farmácia;
- XVI. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação



continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores, bem como para todos os profissionais envolvidos na preparação da NP;

XVII. Desenvolver e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos aspectos operacionais da preparação da NP.

Artigo 22 – Compete ao Apoio Administrativo:

- I. Organizar as planilhas diárias para visitas das equipes clínicas;
- II. Inserir as informações padronizadas em banco de dados para consulta das equipes envolvidas nos tratamentos de modo a facilitar a visualização das condutas;
- III. Recebimento as solicitações para os cursos e palestras e envio à Comissão de Educação Continuada;
- IV. Armazenar, controlar e disponibilizar os impressos relativos à TN;
- V. Protocolar e emitir documentos, envio de atas, relatórios e pareceres;
- VI. Atender as equipes e controlar as agendas.

CAPÍTULO V – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 23 - O presente regimento interno poderá ser alterado, mediante proposta da EMTN, através da maioria absoluta de seus membros.

Artigo 24 - Os casos omissos no presente Regimento serão resolvidos pela própria EMTN.

Artigo 25 - Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, revogadas as disposições em contrário.

2.12.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN)												
TAREFAS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Constituição dos Membros da EMTN												
Reuniões ordinárias da Comissão												
Emissão de parecer												
Capacitar os profissionais envolvidos												
Estabelecer protocolos												
Acompanhamento das ações desenvolvidas												
Elaboração de relatórios de avaliação e acompanhamento												



2.13. Comissão de Proteção Radiológica

Atender as exigências em radioproteção determinadas na legislação vigente e, em conformidade com a resolução RDC Nº 611, de 09/03/2022 do Ministério da Saúde e instruções normativas, normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN.

Revisar sistematicamente os programas de gerenciamento de risco e proteção radiológica a fim de garantir o uso seguro das fontes emissoras de radiação e dos equipamentos geradores de radiação em funcionamento

A Comissão de Proteção Radiológica é de natureza multidisciplinar e tem como principal atribuição revisar de forma sistemática o Programa de Proteção Radiológica observando a correta aplicação das legislações vigentes e uso consciente da radiação ionizante.

2.13.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.13.1.1. Membros

A CPR será composta por minimamente:

- 01 Representante da Direção Técnica do hospital;
- 01 Supervisor de proteção radiológica;
- 01 Médico ou Engenheiro do SESMT;
- 01 Representante do Setor de Radiologia.

2.13.1.2. Finalidade

A Comissão de Proteção Radiológica tem as seguintes finalidades:

- Atender as determinações RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) 330 de 20 de dezembro de 2019 da ANVISA e da norma regulamentadora nº 32 do Ministério da Economia;
- Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica;
- Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação ionizante existentes no hospital;
- Ser um órgão de assessoria técnica diretamente vinculado a Direção Técnica.

2.13.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

Artigo 1º - A Comissão de Proteção Radiológica tem as seguintes finalidades:

I - Atender as determinações RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) 330 de 20 de dezembro de 2019 da ANVISA e da norma regulamentadora nº 32 do Ministério da Economia;

II - Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os



equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica;

III - Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação ionizante existentes no hospital;

IV - Ser um órgão de assessoria técnica diretamente vinculado a Direção Técnica.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 2º - A CPR será composta por minimamente:

I - 01 Representante da Direção Técnica do hospital;

II - 01 Supervisor de proteção radiológica;

III - 01 Médico ou Engenheiro do SESMT;

IV - 01 Representante do Setor de Radiologia.

Parágrafo 1º - Os membros exercerão seus mandatos por dois anos, sem receberem qualquer tipo de remuneração adicional, considerando-se o relevante interesse público pertinente às atribuições exercidas pelos mesmos.

Parágrafo 2º - A substituição de membros dar-se-á por designação da Direção Técnica para o tempo que restar do mandato.

Parágrafo 3º - A ausência de um membro da comissão a duas reuniões consecutivas ou a três alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará perda do mandato.

CAPÍTULO III - DAS REUNIÕES

Artigo 3º - As reuniões serão realizadas em caráter ordinário, mensalmente, em dia e horário definidos na 1ª reunião da Comissão.

Parágrafo Único - A convocação deverá ser feita com no mínimo 03 (três) dias úteis de antecedência.

Artigo 4º - As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da comissão, com 24 horas de antecedência.

Artigo 5º - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seu critério, poderão realizar a reunião.

Artigo 6º - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, poderá ser solicitado junto a administração a participação de convidado ou consultor, o qual apresentará parecer sobre determinado assunto.

Artigo 7º - As reuniões serão realizadas com a presença da maioria absoluta dos membros presentes à reunião.

Artigo 8º - O quórum mínimo para deliberação será de 02 (dois) membros efetivos.

Artigo 9º - As reuniões da comissão deverão ser registradas em atas, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas, demandas e lista de presença, devendo estar sob guarda da



secretaria da Comissão.

Artigo 10 - As deliberações da comissão serão consubstanciadas em relatórios endereçados a Direção Técnica.

CAPÍTULO IV – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 11 – Compete aos membros da Comissão de Proteção Radiológica:

- I - Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhe forem solicitados;
- II - Realizar revisões no programa de proteção radiológica do hospital;
- III - Convocar os serviços envolvidos caso existam informações conflitantes;
- IV - Assessorar a Direção em assuntos tocante à proteção radiológica;
- V - Definir anualmente metas de melhorias no programa de proteção radiológica;
- VI - Promover cursos e palestras de conscientização e capacitação para colaboradores da instituição, envolvidos ou não com o uso de radiação ionizante;
- VII - Discutir problemas diversos referente ao uso das radiações ionizantes e à radioproteção.

Artigo 12 – Compete ao Presidente da Comissão de Proteção Radiológica:

- I - Convocar e presidir as reuniões;
- II - Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- III - Participar das discussões e votações e, quando necessário, exercer o direito de voto de desempate;
- IV - Indicar membros pertencentes ou não a comissão para realização de laudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da comissão.

Parágrafo único: O Vice-Presidente exercerá as mesmas atribuições do presidente, nas suas ausências e impedimentos legais (férias, afastamento, capacitações).

Artigo 13 - Compete ao Secretário da comissão:

- I - Organizar a ordem do dia;
- II - Lavrar e assinar as atas das reuniões;
- III - Receber e protocolar os processos e expedientes;
- IV - Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- V - Elaborar relatório semestral das atividades da comissão para envio a Direção Técnica.;
- VI - Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;
- VII - Realizar outras funções solicitadas pelo presidente relacionadas ao serviço.

Artigo 14 - Compete aos demais membros da comissão:

- I - Comparecer às reuniões, proferir voto e pareceres;



- II - Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pela presidência;
- III - Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV - Executar tarefas que lhes forem atribuídas pela Presidência;
- V - Os membros poderão nomear um suplente para que possa deliberar junto a comissão em caso de ausência, desde que previamente informado e justificado.

CAPÍTULO V – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 15 – A Comissão de Proteção Radiológica deverá manter estreita relação com as demais Comissões Técnicas com as quais deverão deliberar e compartilhar os resultados das avaliações realizadas.

Artigo 16 - Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pela Comissão.

Artigo 17 - Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, revogadas as disposições em contrário.

2.13.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA (CPR)												
TAREFAS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Constituição dos Membros da EMTN												
Reuniões ordinárias da Comissão												
Aprovar o Regimento Interno da Comissão												
Definir estratégias e metas para melhoria do serviço												
Promover capacitação sobre o uso de radiação ionizante;												
Elaboração de relatórios de avaliação e acompanhamento												



2.14. Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) é uma entidade que objetiva prevenir riscos à saúde e ao meio ambiente, por meio do correto gerenciamento dos resíduos gerados por serviços de saúde.

A RDC nº 222 do Governo Federal detalha todas as etapas do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

2.14.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.14.1.1. Membros

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) terá a seguinte composição:

- 01 representante da Direção Técnica;
- 01 representante da Farmácia;
- 01 representante da Enfermagem;
- 01 representante do SESMT;
- 01 representante do Laboratório;
- 01 representante do Serviço de Nutrição e Dietética.

2.14.1.2. Finalidade

A CGRSS tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde no hospital, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

2.14.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Artigo 1º - A Comissão de Gerenciamento de Resíduos tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde no hospital, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 2º - A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) terá a seguinte composição:

- I - 01 representante da Direção Técnica;
- II - 01 representante da Farmácia;
- III - 01 representante da Enfermagem;
- IV - 01 representante do SESMT;



V - 01 representante do Laboratório;

VI - 01 representante do Serviço de Nutrição e Dietética.

Parágrafo 1º - Os representantes indicados serão nomeados pela Direção Técnica.

Parágrafo 2º - As funções de Presidente, Vice-Presidente e Secretário da CGRSS serão definidas na 1ª reunião entre os membros da Comissão e nomeados pela Direção Técnica.

Parágrafo 3º - A CGRSS terá mandato de (02) dois anos, permitida recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

Parágrafo 4º - O não comparecimento de qualquer membro da comissão a (03) três reuniões consecutivas ou a (06) seis alternadas num período de (01) um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

Parágrafo 5º - A desistência de um dos Integrantes deverá ser relatada por meio de um memorando e encaminhada ao Presidente da Comissão.

Parágrafo 6º - Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo (30) trinta dias.

Parágrafo 7º - A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso for extinto esse prazo.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3º - Compete à Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde:

I - Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde e encaminhar para o Colegiado Executivo para aprovação, através da Direção;

II - Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

III - Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;

IV - Desenvolver juntamente com a Direção a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente;

V - Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

VI - Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;

VII - Atualizar anualmente o PGRSS da Instituição;

VIII - Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;

IX - Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

X - Auxiliar os diversos setores do Hospital em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;



XI - Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços Saúde – PGRSS;

XII - Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;

XIII - Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) do HOSPITAL, o Regimento do HOSPITAL e demais normas do hospital.

Artigo 4º - Compete ao Presidente da CGRSS:

I - Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos;

II - Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;

III - Indicar integrantes para funções ou tarefas específicas;

IV - Representar a CGRSS ou indicar representantes;

V - Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos;

VI - Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;

VII - Cumprir e fazer cumprir este Regimento;

VIII - Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios;

Artigo 5º - Compete ao Vice-Presidente da CGRSS, na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no Artigo 3º.

Artigo 6º - Compete ao Secretário:

I - Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;

II - Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes;

III - Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente;

IV - Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;

V - Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;

VI - Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;

VII - Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;

VIII - Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

Parágrafo Único. A Presidência da CGRSS será exercida por um dos integrantes da Comissão eleito por esta e nomeado pela Direção Técnica, na ausência deste o Vice-Presidente assumirá a Presidência. No caso de ausência do Vice-Presidente o Secretário assumirá. Na ausência do secretário será nomeado para suas funções um dos integrantes da comissão.

Artigo 7º - Compete aos membros da CGRSS:

I - Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;

II - Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias;



III - Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião;

IV - Requisitar à Presidência da CGRSS e aos demais integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;

V - Justificar ausência com antecedência;

VI - Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;

VII - Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.

VIII - Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO IV - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 8º - A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus Integrantes.

Parágrafo 1º - Salvo nos casos de alteração deste Regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus Integrantes, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos Integrantes presentes.

Parágrafo 2º - O comparecimento dos integrantes as reuniões da CGRSS são obrigatórias e deverá ter preferência sobre as demais atividades, salvo as atividades das Direções.

Artigo 9º - As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, por e-mail.

Parágrafo 1º - A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até 24 (vinte e quatro) horas em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

Parágrafo 2º - O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação.

Artigo 10 - A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus Integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a verificação do "quórum" mínimo (50%+1), salvo nos casos especiais previstos no Estatuto e neste Regimento.

Parágrafo 1º - As reuniões extraordinárias serão realizadas independentemente de "quórum" em segunda chamada, a ser feita após 15 (quinze) minutos do horário previsto para seu início.

Parágrafo 2º - O "quórum" será apurado no início da sessão pela contagem das assinaturas dos integrantes na pauta.

Parágrafo 3º - No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de "quórum", uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

SEÇÃO I - DA ATA

Artigo 11 - De cada reunião da CGRSS lavrar-se-á ata assinada pelo Secretário, que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo Presidente e assinada por todos os seus Integrantes presentes na reunião a que se refere.

Artigo 12 - Se houver quórum mínimo de Integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da Ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a Ata será considerada aprovada.

Artigo 13 - Da Ata das sessões da CGRSS, deverão constar:

I - A natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;

II - Os nomes dos Integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;

III - O expediente;

IV - O resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações;

V - Todas as propostas por extenso.

SEÇÃO II - DAS VOTAÇÕES

Artigo 14 - Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos.

Parágrafo 1º - O voto do Integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

Parágrafo 2º - Por questão de foro ético, qualquer integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro.

Artigo 15 - As votações far-se-ão geralmente pelo processo simbólico.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 16 - Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados à Direção.

Artigo 17 - O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da Presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos Integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária pôr no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes e encaminhado para aprovação pela Direção Técnica do hospital.

Artigo 18 - Além de aprovações, autorizações, homologações e decisões outras que se resolva em anotações e comunicações, as deliberações da CGRSS poderão, conforme a natureza, reverter à forma de resoluções ou previsões que serão baixadas pelo Presidente e aprovadas



pela Direção Técnica do hospital.

Artigo 19 - Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, ficando revogadas as disposições em contrário.

2.14.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE (CGRSS)												
TAREFAS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões ordinárias da Comissão												
Levantamento de necessidades das equipes												
Implementação do PGRSS												
Capacitação dos colaboradores em relação ao manuseio e controle dos resíduos hospitalares												
Planejamento das ações												
Avaliação das ações e dos indicadores												



2.15. Comitê Transfusional

O Comitê Transfusional (CT) é um grupo de profissionais de diferentes especialidades responsável pela definição e avaliação contínua da prática hemoterápica e pela hemovigilância, num serviço de saúde (BRASIL, 2016).

2.15.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.15.1.1. Membros

O Comitê Transfusional será composto por:

- 01 Médico hematologista;
- 01 Enfermeiro especialista em hematologia;
- 01 representante do Laboratório;
- 01 representante da Direção Administrativa;
- 01 Apoio Administrativo.

2.15.1.2. Finalidade

O Comitê Transfusional é de natureza técnico científica permanente, com funções educativas e tem por finalidade:

- Desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento das práticas hemoterapêuticas no hospital;
- Atender à resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC n 34 de 11 de junho de 2014, que dispõe: Art. 3º Todos os serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais e possuam serviço de hemoterapia devem constituir comitê transfusional do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia.

2.15.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

Artigo 1º - O Comitê Transfusional é de natureza técnico científica permanente, com funções educativa e tem por finalidade o desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento das práticas hemoterapêuticas no hospital.

Artigo 2º - Atender à resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC n 34 de 11 de junho de 2014, que dispõe:

Artigo 3º - Todos os serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais e possuam serviço de hemoterapia devem constituir comitê transfusional do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º - O Comitê Transfusional será composto por:

I - 01 Médico hematologista;

II - 01 Enfermeiro especialista em hematologia;

III - 01 representante do Laboratório

IV - 01 representante da Direção Administrativa;

V - 01 Apoio Administrativo

Parágrafo 1º - O Comitê terá composição multidisciplinar e multiprofissional e deverão ser indicados representantes dos serviços com experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemocomponentes.

Parágrafo 2º - As funções de Presidente, Vice-Presidente e Secretário serão definidas na 1ª reunião entre os membros da Comissão e nomeados pela Direção Técnica.

Parágrafo 3º - O Diretor Técnico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição de um dos membros;

Parágrafo 4º - O Comitê poderá convidar pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de suas funções, sempre que julgar necessário.

Parágrafo 5º - Será dispensado o componente que sem motivo justificado deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas.

Parágrafo 6º - A fim de assegurar o suporte técnico e operacional indispensável à eficiência do Comitê, a Direção Técnica, por meio do serviço de apoio administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

CAPÍTULO III - DO MANDATO

Artigo 5º - Os membros do Comitê Transfusional que representam os setores do hospital, terão mandato de 1 (um) ano, a contar da publicação da nomeação, podendo ser prorrogado por igual período.

CAPÍTULO IV - DAS REUNIÕES

Artigo 6º - O Comitê reunir-se-á ordinariamente a cada 02 meses e extraordinariamente quando convocado pelo Diretor Técnico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

Parágrafo 1º - O Comitê instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada sessão;

Parágrafo 2º - O Presidente terá voto de qualidade;

Parágrafo 3º - As deliberações do Comitê tomadas "Ad Referendum" deverão ser encaminhadas ao plenário do Comitê para deliberação desta, na primeira sessão seguinte;

Parágrafo 4º - As deliberações do Comitê serão consubstanciadas em cartas endereçadas à Direção Técnica.

Artigo 7º - É facultativo ao Presidente o aos membros do Comitê solicitar o reexame de qualquer decisão deliberada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou



de outra natureza.

Artigo 8º - A votação será nominal.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Artigo 9º - O Comitê, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Artigo 10 - Os expedientes serão sujeitos à análise do Comitê que poderão ser encaminhados pela Diretoria Técnica.

Parágrafo único: Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pelo Secretário, por indicação do Presidente ou por membro designado.

Artigo 11 - A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e o Secretário lavrará uma Ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

CAPÍTULO VI – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 12 - Compete ao Comitê:

I - Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransusão;

II - Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, em consonância às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;

III - Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas aos assuntos de sua competência;

IV - Monitorar as reações transfusionais;

V - Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial;

VI - Revisar periodicamente a legislação relacionada à política transfusional e sua aplicação na legislação;

VII - Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição;

VIII - Desenvolver mecanismos para avaliação das requisições transfusionais.

IX - Seguir as seguintes normas em vigor relativas a todo o processo transfusional:

a. Portaria 1353 – MS de 13 de junho de 2011. Comitê como função o monitoramento da prática hemoterápica na instituição;

b. RDC nº 34, de 11 de junho de 2014 – MS; ANVISA – Dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue;



- c. Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância para a hemovigilância no Brasil, Agência nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA 2015;
- d. Portaria nº 158 - MS de 04 de fevereiro de 2016 – Redefine o regulamento técnico de procedimento hemoterápico;
- e. RDC 75 de maio de 2016 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Altera a RDC 34 de 11 de junho de 2014, que dispõe sobre Boas Práticas no Ciclo do Sangue;
- f. Guia para uso de hemocomponentes – MS - Secretaria de atenção à saúde. 2ª edição 3ª reimpressão. Brasília 2016;
- g. Portaria 2017 - MS de 28 de setembro de 2017. Portaria de consolidação nº 5, das Normas sobre Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde.

Artigo 12 - Compete ao Presidente:

- I - Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê;
- II - Representar o Comitê em suas relações internas e externas;
- III - Instalar o Comitê e presidir as reuniões;
- IV - Promover a convocação das reuniões;
- V - Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer o direito do voto de desempate;
- VI - Indicar entre os membros do Comitê os relatores dos expedientes;
- VII - Indicar membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê;

Artigo 13 - Compete ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Artigo 14 - Compete aos membros do Comitê:

- I - Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II - Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito das matérias em discussão;
- III - Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV - Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê.

Artigo 15 - Compete ao Secretário do Comitê:

- I - Assistir as reuniões;
- II - Encaminhar e preparar o expediente do Comitê;
- III - Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;
- IV - Providenciar por determinação do Presidente, a convocação das reuniões ordinárias e



extraordinárias;

V - Distribuir aos membros do Comitê as pautas das reuniões;

VI - Lavrar e assinar as Atas das reuniões do Comitê

CAPÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 16 - O mandato dos membros do Comitê se extinguirá se houver motivo que justifique a cessação.

Artigo 17 - O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta do Comitê, por meio da maioria absoluta de seus membros submetidos a Direção Técnica para aprovação.

Artigo 18 - O presente regimento interno estará em vigor na data de sua aprovação pelo Diretor Técnico, revogadas as disposições em contrário.

2.15.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

COMITÊ TRANSFUSIONAL (CT)												
TAREFAS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros do Comitê												
Reuniões ordinárias do Comitê												
Levantamento de necessidades das equipes												
Elaborar plano de ação para aumentar a segurança transfusional												
Treinamentos com apoio da Educação Permanente												
Acompanhamento das ações desenvolvidas												
Elaboração de relatórios de avaliação e acompanhamento												



2.16. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

É função do NQSP, promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente, além de articular com diferentes áreas intra-hospitalares que trabalhem com riscos na instituição de saúde, considerando o paciente como sujeito e objetivo final do cuidado em saúde.

O paciente precisa estar seguro, independente do processo de cuidado a que ele está submetido.

2.16.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.16.1.1. Membros

O NQSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, minimamente composta por médico, farmacêutico e enfermeiro e capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. O NQSP será composto minimamente por:

- 01 representante da Direção Técnica;
- 01 representante da Direção Administrativa
- 01 representante do corpo de enfermagem;
- 01 representante do corpo médico;
- 01 representante do Núcleo de Educação Permanente;
- 01 farmacêutico representante da Farmácia;
- 01 representante do Setor de Vigilância em Saúde;
- 01 representante da Nutrição;
- 01 representante do SADT;
- 01 Apoio Administrativo.

2.16.1.2. Finalidade

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente tem como finalidade:

- gerenciar os processos internos;
- analisar e estruturar os indicadores;
- realizar o monitoramento dos incidentes e eventos adversos;
- implantar os protocolos voltados à segurança do paciente.

O NQSP atua com foco na garantia das boas práticas do serviço de saúde, na melhoria contínua dos processos de cuidado e na disseminação e ampliação da cultura de segurança no hospital, tendo como base o Plano de Segurança do Paciente instituído pelo Ministério da Saúde.

2.16.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

Artigo 1º - O NQSP tem como finalidade:



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

- I - Gerenciar os processos internos;
- II - Analisar e estruturar os indicadores;
- III - Realizar o monitoramento dos incidentes e eventos adversos;
- IV - Implantar os protocolos voltados à segurança do paciente.

Parágrafo único - O Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente atua com foco na garantia das boas práticas do serviço de saúde, na melhoria contínua dos processos de cuidado e na disseminação e ampliação da cultura de segurança no hospital, tendo como base o Plano de Segurança do Paciente instituído pelo Ministério da Saúde,

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 2º - O Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente será composto minimamente por:

- I - 01 representante da Direção Técnica;
- II - 01 representante da Direção Administrativa
- III - 01 representante do corpo de enfermagem;
- IV - 01 representante do corpo médico;
- V - 01 representante do Núcleo de Educação Permanente;
- VI - 01 farmacêutico representante da Farmácia;
- VII - 01 representante do Setor de Vigilância em Saúde;
- VIII - 01 representante da Nutrição;
- IX - 01 representante do SADT;
- X - 01 Apoio Administrativo.

Parágrafo 1º - O Núcleo terá composição multidisciplinar e multiprofissional e deverão ser indicados representantes dos serviços com experiência e participação em atividades ligadas a qualidade.

Parágrafo 2º - As funções de Coordenador e Secretário serão definidas na 1ª reunião entre os membros da Comissão e nomeados pela Direção Técnica.

Parágrafo 3º - O Diretor Técnico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição de um dos membros;

Parágrafo 4º - Será dispensado o componente que sem motivo justificado deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas.

CAPÍTULO III – DO MANDATO

Artigo 3º - O mandato dos membros terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo único - Independente da motivação sobre a destituição de membro da comissão, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Direção Técnica.

CAPÍTULO IV – DAS REUNIÕES



Artigo 4º - O NQSP deverá se reunir mensalmente, em reuniões ordinárias e poderá, de acordo com a urgência da matéria, reunir-se extraordinariamente.

Parágrafo 1º - As reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo Coordenador do Núcleo ou pela Direção Técnica do hospital.

Parágrafo 2º - As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias do Núcleo serão feitas com a antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, por e-mail.

Parágrafo 3º - A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até 24 (vinte e quatro) horas em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

Parágrafo 4º - O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Artigo 5º - O Apoio Administrativo ao Núcleo será realizado pelo Analista de Qualidade, e na sua ausência, outro profissional será designado pela Coordenação.

Artigo 6º - Quando as reuniões da comissão acontecerem no horário de expediente, o membro participante do Núcleo deve ser liberado pela sua chefia imediata.

Artigo 7º - Cabe a Coordenação de cada setor exigir a confirmação da participação do membro do Núcleo nas reuniões.

CAPÍTULO V – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 8º - Compete aos membros do NQSP:

- I - Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- II - Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas para apreciação pelo Núcleo;
- III - Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- IV - Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- V - Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI - Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes no hospital;
- VII - Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente.

Artigo 9º - Compete ao Coordenador:

- I - Coordenar as discussões;



- II - Produzir e expedir documentos;
- III - Distribuir tarefas;
- IV - Conduzir os trabalhos;
- V - Coordenar o apoio administrativo.

Artigo 10 – Compete ao Secretário:

- I - Assistir as reuniões;
- II - Encaminhar e preparar o expediente do Núcleo;
- III - Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões do Núcleo;
- IV - Providenciar por determinação do Coordenador, a convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias;
- V - Distribuir aos membros do Núcleo as pautas das reuniões;
- VI - Lavrar e assinar as Atas das reuniões do Núcleo.

CAPÍTULO VI – DAS DIRETRIZES DO NQSP

Artigo 11 – São diretrizes a serem seguidas pelo NQSP:

- I - Garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- II - Garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- III - Melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- IV - Disseminação sistemática da cultura de segurança;
- V - Articulação e integração dos processos de gestão de risco;
- VI - Garantia das boas práticas de funcionamento do hospital;
- VII - Promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente;
- VIII - Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- IX- Desenvolver ações para a integração e articulação multiprofissional no hospital.

CAPÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 12 - O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta do Núcleo, por meio da maioria absoluta de seus membros submetidos a Direção Técnica para aprovação.

Artigo 13 - O presente Regimento Interno estará em vigor na data de sua aprovação pelo Diretor Técnico, revogadas as disposições em contrário.



2.16.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)												
TAREFAS	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 do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente												
Aprovação do Regimento Interno												
Reuniões ordinárias do Núcleo												
Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente												
Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente												
Treinamentos / Ações preventivas e educativas												
Elaboração de relatórios de avaliação e acompanhamento												



2.17. Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar

O Comitê de gerenciamento dos Pacientes com risco para longa permanência hospitalar é um grupo que atua como consultor para elaborar o melhor formato de alta hospitalar.

As Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) são unidades intermediárias entre os cuidados hospitalares e a atenção básica ou domiciliar. A estratégia de cuidados prolongados é uma forma de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares e a atenção básica, antes do retorno do paciente ao domicílio.

2.17.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.17.1.1. Membros

O Comitê deverá ser composto por:

- 01 Médico;
- 01 Enfermeiro;
- 01 Assistente Social;
- 01 Nutricionista;
- 01 Fisioterapeuta;
- 01 representante do Atendimento Domiciliar;
- 01 representante da Direção Administrativa.

2.17.1.2. Finalidade

O Comitê de Gerenciamento de Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar tem a finalidade de:

- Contribuir para uma maior adequação / racionalização do tempo de permanência, planejamento de alta e encaminhamentos dos pacientes crônicos internados com tempo de permanência superior a 15 dias e ou pacientes com risco para longa permanência hospitalar, utilizando os princípios de equidade e oferecendo uma transição segura para os pacientes;
- Garantir o fluxo adequado para o processo de desospitalização para portadoras de patologias crônicas que necessitam de acompanhamento da equipe de saúde em função de dependência total ou parcial para cuidados básicos de saúde;
- Preparar o paciente, a família e os cuidadores para tarefas de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o momento da alta.



2.17.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

Artigo 1º - O Comitê de Gerenciamento de Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar tem a finalidade de:

- I - Contribuir para uma maior adequação / racionalização do tempo de permanência, planejamento de alta e encaminhamentos dos pacientes crônicos internados com tempo de permanência superior a 15 dias e ou pacientes com risco para longa permanência hospitalar, utilizando os princípios de equidade e oferecendo uma transição segura para os pacientes;
- II - Garantir o fluxo adequado para o processo de desospitalização para portadoras de patologias crônicas que necessitam de acompanhamento da equipe de saúde em função de dependência total ou parcial para cuidados básicos de saúde;
- III - Preparar o paciente, a família e os cuidadores para tarefas de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o momento da alta.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 2º - O Comitê deverá ser composto por:

- I - 01 Médico
- II - 01 Enfermeiro;
- III - 01 Assistente Social;
- IV - 01 Nutricionista;
- V - 01 Fisioterapeuta;
- VI - 01 representante do Atendimento Domiciliar;
- VII - 01 representante da Direção Administrativa.

Parágrafo 1º - O Comitê terá composição multidisciplinar e multiprofissional e deverão ser indicados representantes dos serviços com experiência e participação em atividades ligadas a desospitalização.

Parágrafo 2º - As funções de Coordenador e Secretário serão definidas na 1ª reunião entre os membros da Comissão e nomeados pela Direção Técnica.

Parágrafo 3º - O Diretor Técnico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição de um dos membros;

Parágrafo 4º - Será dispensado o componente que sem motivo justificado deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas

CAPÍTULO III – DAS REUNIÕES

Artigo 3º - O Comitê deverá se reunir mensalmente, em reuniões ordinárias e poderá, de acordo com a urgência da matéria, reunir-se extraordinariamente.



Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo Coordenador do Comitê ou pela Direção Técnica do hospital.

Artigo 4º - O cronograma anual das reuniões será realizado na 1ª reunião do Comitê. Parágrafo único. Todos os integrantes do Comitê deverão receber a pauta das reuniões ordinárias e extraordinárias com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência

Artigo 5º - Será considerado como quórum mínimo para realização das reuniões, a presença de maioria simples dos membros do Comitê.

Artigo 6º - O membro que faltar a 3 (três) reuniões consecutivas ou a 6 (seis) reuniões não consecutivas durante o ano sem a devida justificativa por escrito, será desligado do Comitê.

Artigo 7º - As deliberações do Comitê serão feitas por maioria absoluta ou por consenso entre os seus membros.

CAPÍTULO IV – DO MANDATO

Artigo 8º - O mandato dos membros do Comitê terá a duração de 02 (dois) anos, podendo haver recondução aos cargos.

Parágrafo único. A Direção Técnica poderá destituir qualquer membro do Comitê desde que este ato seja devidamente justificado.

CAPÍTULO V – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 9º - Compete aos membros do Comitê:

- I - Oferecer aos pacientes e familiares a continuidade da assistência em seu domicílio;
- II - Avaliar o paciente no período de internação para identificar todas as particularidades e necessidades para o atendimento domiciliar;
- III - Realizar um plano de atenção com a equipe médica responsável pelo paciente, a fim de traçar objetivos e metas atingíveis para que ocorra a transição do hospital para o domicílio de forma segura;
- IV - Realizar avaliações domiciliares multiprofissionais, incluindo acessibilidade e riscos ambientais;
- V - Avaliar as condições e contribuir para uma maior adequação e racionalização do tempo de permanência, do planejamento de alta e dos encaminhamentos necessários;
- VI - Assegurar o processo de desospitalização segura, planejada, sistematizada e com minimização da interferência da doença na vida pessoal, familiar e social do paciente;
- VII - Estabelecer parcerias com instituições sociais que possam auxiliar na manutenção e cuidado prolongado aos pacientes e suas famílias;
- VIII - Planejar a alta hospitalar juntamente com a equipe responsável pelo atendimento hospitalar, familiares e Serviço Social;

Artigo 10 - Compete ao Coordenador do Comitê:

- I - Dirigir as reuniões;
- II - Produzir e expedir documentos;
- III - Distribuir tarefas;
- IV - Conduzir os trabalhos;
- V - Representar o Comitê junto as Direções, Gerências e outras instâncias que se fizerem necessárias.

Artigo 11 - Compete ao Secretário:

- I - Assistir as reuniões;
- II - Encaminhar e preparar o expediente do Comitê;
- III - Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;
- IV - Providenciar por determinação do Coordenador, a convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias;
- V - Distribuir aos membros do Comitê as pautas das reuniões;
- VI - Lavrar e assinar as Atas das reuniões do Comitê

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 12 - O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta do Núcleo, por meio da maioria absoluta de seus membros submetidos a Direção Técnica para aprovação.

Artigo 13 – O presente Regimento Interno estará em vigor na data de sua aprovação pelo Diretor Técnico, revogadas as disposições em contrário.

2.17.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR.												
TAREFAS	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 do Comitê												
Aprovação do Regimento Interno												
Reuniões ordinárias do Comitê												
Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado os Protocolos relacionados a dsospitalização												
Treinamentos / Ações preventivas e educativas												
Realizar reuniões com o NQSP												
Elaboração de relatórios de avaliação e acompanhamento												



2.18. Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)

A CAMB constitui um grupo técnico de caráter obrigatório nas instituições hospitalares e tem a finalidade de reduzir os riscos de acidentes com materiais biológicos, por meio da elaboração, implementação e atualização de plano de prevenção de riscos de acidentes com esses materiais nas instituições de saúde.

Acidentes com material biológico consiste em todo caso de acidente de trabalho ocorrido com quaisquer categorias profissionais, envolvendo exposição direta ou indireta do trabalhador a material biológico (orgânico), potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários), por meio de material perfuro-cortante ou não.

Todos os acidentes com material biológico são considerados emergências médicas e devem ser tratados como tal.

2.18.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.18.1.1. Membros

A CAMB será composta por:

- 01 representante do corpo clínico;
- 01 representante do corpo de enfermagem;
- 01 representante do NAF;
- 01 representante do SESMT;
- 01 representante da CIPA;
- 01 representante da CCIH;
- 01 representante da CGRSS;
- 01 representante da Administração.

2.18.1.2. Finalidade

A Comissão de Acidentes com Material Biológico constitui um grupo técnico de caráter obrigatório nas instituições hospitalares e tem a finalidade de reduzir os riscos de acidentes com materiais biológicos, por meio da elaboração, implementação e atualização de plano de prevenção de riscos de acidentes com esses materiais nas instituições de saúde.

Acidentes com material biológico consiste em todo caso de acidente de trabalho ocorrido com quaisquer categorias profissionais, envolvendo exposição direta ou indireta do trabalhador a material biológico (orgânico), potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários), por meio de material perfuro-cortante ou não.

Todos os acidentes com material biológico são considerados emergências médicas e devem ser tratados como tal.



2.18.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

Artigo 1º - A CAMB constitui um grupo técnico de caráter obrigatório nas instituições hospitalares e tem a finalidade de reduzir os riscos de acidentes com materiais biológicos, por meio da elaboração, implementação e atualização de plano de prevenção de riscos de acidentes com esses materiais nas instituições de saúde. Acidentes com material biológico consiste em todo caso de acidente de trabalho ocorrido com quaisquer categorias profissionais, envolvendo exposição direta ou indireta do trabalhador a material biológico (orgânico), potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários), por meio de material perfuro-cortante ou não. Todos os acidentes com material biológico são considerados emergências médicas e devem ser tratados como tal.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 2º - A CAMB será composta por:

- I - 01 representante do corpo clínico;
- II - 01 representante do corpo de enfermagem;
- III - 01 representante do NAF;
- IV - 01 representante do SESMT;
- V - 01 representante da CIPA;
- VI - 01 representante da CCIH;
- VII - 01 representante da CGRSS;
- VIII - 01 representante da Administração.

Parágrafo 1º - As funções de Presidente, Vice-Presidente e Secretário serão definidas na 1ª reunião entre os membros da Comissão e nomeados pela Direção Técnica.

Parágrafo 2º - O Diretor Técnico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição de um dos membros;

Parágrafo 3º - Será dispensado o componente que sem motivo justificado deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas.

CAPÍTULO III – DAS REUNIÕES

Artigo 3º - A Comissão deverá se reunir mensalmente, em reuniões ordinárias e poderá, de acordo com a urgência da matéria, reunir-se extraordinariamente.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo Presidente da Comissão ou pela Direção Técnica do hospital.

Artigo 4º - O cronograma anual das reuniões será realizado na 1ª reunião da Comissão.

Parágrafo único. Todos os integrantes da Comissão deverão receber a pauta das reuniões ordinárias e extraordinárias com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência



Artigo 5º - Será considerado como quórum mínimo para realização das reuniões, a presença de maioria simples dos membros da Comissão.

Artigo 6º - O membro que faltar a 3 (três) reuniões consecutivas ou a 6 (seis) reuniões não consecutivas durante o ano sem a devida justificativa por escrito, será desligado da Comissão.

Artigo 7º - As deliberações da Comissão serão feitas por maioria absoluta ou por consenso entre os seus membros.

CAPÍTULO IV – DO MANDATO

Artigo 8º - O mandato dos membros da Comissão terá a duração de 02 (dois) anos, podendo haver recondução aos cargos.

Parágrafo único. A Direção Técnica poderá destituir qualquer membro da Comissão desde que este ato seja devidamente justificado.

CAPÍTULO IV – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 9º - Compete a Comissão:

I - Estabelecer diretrizes para a elaboração e implementação de um plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais biológicos, visando à proteção, segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral;

II - Analisar as informações existentes no PPRA e no PCMSO, além dos referentes aos acidentes de trabalho ocorridos com materiais biológicos;

III - Elaborar e implantar procedimentos de registro e investigação de acidentes e situações de risco envolvendo materiais biológicos e estabelecendo as prioridades considerando os seguintes aspectos:

- a. Situações de risco e acidentes com materiais perfurocortantes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue;
- b. Frequência de ocorrência de acidentes em procedimentos com utilização de um material perfurocortante específico;
- c. Procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes;
- d. Número de trabalhadores expostos às situações de risco de acidentes com materiais biológicos.

IV - Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente à Direção Técnica e às Chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle dos acidentes com material biológico;

V - Em cooperação com a Comissão de Padronização, a substituição de todos os materiais perfurocortantes por materiais com dispositivos de segurança quando possível;



VI - Realizar parceria com o Centro de Estudos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao uso adequado de materiais com risco de acidentes biológicos e à correta utilização dos dispositivos de segurança;

VII - Elaborar relatórios mensais e enviar à Direção Geral, SESMT, Gerência de Riscos e Setor de Recursos Humanos do hospital.

Artigo 10 - Compete ao Presidente:

I - Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CAMB;

II - Representar a Comissão em suas relações internas e externas;

III - Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;

IV - Promover a convocação das reuniões;

V - Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

VI - Indicar, dentre os membros da Comissão, os relatores dos expedientes;

VII - Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

VIII - Elaborar cotas decorrentes de deliberações da Comissão e "ad referendum" desta, nos casos de manifesta de urgência.

Artigo 11 - Compete ao Vice-Presidente:

I - Substituir o Presidente em seus impedimentos.

Artigo 12 - Compete aos Membros da Comissão:

I - Estudar e relatar nos prazos estabelecidos as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II - Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III - Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - Desempenhar as atribuições que lhes forem designadas pelo Presidente;

V - Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão.

Artigo 13 - Compete ao Secretário:

I - Assistir as reuniões;

II - Encaminhar o expediente da Comissão;

III - Preparar o expediente da Comissão;

IV - Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;

V - Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

VI - Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VII - Elaborar relatório trimestral das atividades da Comissão;



VIII - Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

IX - Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;

X - Distribuir aos Membros da Comissão a pauta das reuniões

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Artigo 14 - A Comissão de Acidentes com Materiais Biológicos (CAMB) deverá funcionar com apoio do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e caberá à Direção Técnica do hospital constituir formalmente a CAMB através de ato próprio e propiciar a infraestrutura necessária à sua correta operacionalização.

Artigo 15 - Cabe a Direção do hospital garantir a participação do Presidente da CAMB nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores da política da Instituição.

Artigo 16 - A CAMB terá obrigatoriedade de manter reuniões periódicas que serão registradas em atas e os registros devem indicar com clareza a existência de um programa de ação para o controle de acidentes com produtos biológicos.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 17 - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação dessa normatização serão dirimidos pelo Presidente da Comissão e em grau de recurso pelo Diretor Técnico da Instituição.

Artigo 18 - A presente normatização poderá ser alterada mediante proposta da CAMB, através da maioria absoluta de seus membros, submetida ao Diretor Técnico da Instituição.

Artigo 19 - O presente Regimento Interno estará em vigor na data de sua aprovação pelo Diretor Técnico, revogadas as disposições em contrário.

2.18.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)												
TAREFAS	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 CAMB												
Aprovação do Regimento Interno												
Reuniões ordinárias da Comissão												
Levantamento de necessidades das equipes												
Planejamento das ações a serem implementadas												
Treinamentos dos colaboradores												
Elaborar relatórios das atividades desenvolvidas pela CAMB												



2.19. Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é um órgão colegiado que atua de forma permanente, consultiva, deliberativa e educativa. A CFT tem como objetivo promover o uso racional e seguro de medicamentos, além de assessorar a Direção do hospital.

2.19.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.19.1.1. Membros

A CFT será constituída por profissionais da área assistencial e administrativa do hospital e terá minimamente, a seguinte composição:

- 01 Membro da Diretoria Técnica;
- 01 Membro da Administração;
- 01 Membro da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;
- 01 Farmacêutico;
- 01 Médico;
- 01 Enfermeiro.

2.19.1.2. Finalidade

A Comissão de Farmácia e Terapêutica tem a finalidade de assessorar a Direção e auxiliar na consolidação de todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos e outros insumos farmacêuticos, por meio da seleção e padronização de medicamentos, do estabelecimento de critérios para seu uso, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência à saúde.

2.19.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DA NATUREZA E FINALIDADES

Artigo 1º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica tem a finalidade de assessorar a Direção e auxiliar na consolidação de todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos e outros insumos farmacêuticos, por meio da seleção e padronização de medicamentos, do estabelecimento de critérios para seu uso, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência à saúde.

Artigo 2º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é uma equipe de discussão colegiada, vinculada a Direção e diretamente subordinada a Direção Técnica, por intermédio do Núcleo de Comissões Hospitalares.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A CFT será constituída por profissionais da área assistencial e administrativa do hospital e terá minimamente, a seguinte composição:

I - 01 Membro da Diretoria Técnica;



II - 01 Membro da Administração;

III - 01 Membro da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

IV - 01 Farmacêutico;

V - 01 Médico;

VI - 01 Enfermeiro.

Parágrafo 1º - Os membros que comporão a CFT serão indicados pelas respectivas Chefias imediatas;

Parágrafo 2º - As indicações deverão ser preferencialmente a profissionais com reconhecida experiência em comissões, sistema de informação de medicamentos e áreas de apoio hospitalar, sendo desejável ter conhecimento em Farmacologia, Epidemiologia e/ou Administração Hospitalar;

Parágrafo 3º - Compete à Direção, sob aprovação dos membros da CFT, a aprovação quanto à incorporação de membros adicionais aos previstos;

Parágrafo 4º - Os membros convidados, comporão as reuniões, conforme deliberação da pertinência à temática a ser discutida, não sendo estes membros efetivos da CFT;

Parágrafo 5º - Os membros convidados deverão opinar, de forma subsidiária, de acordo com sua especialidade, oferecendo informações à comissão com intuito de colaborar no processo de seleção e decisão sobre o item;

Parágrafo 6º - A substituição de membros poderá ocorrer a qualquer tempo, caso haja solicitação de desligamento pelo membro ou ocorra o descumprimento do estabelecido neste regulamento, sob deliberação dos membros da comissão.

CAPÍTULO III – ELEIÇÃO DO CORPO DIRETIVO

Artigo 7º - A Comissão deverá eleger, dentre seus membros efetivos, o corpo diretivo, sob os seguintes cargos:

I - Presidente;

II - Vice-Presidente;

III - Secretário (a);

IV - Secretário (a) substituto (a);

Parágrafo único. Os membros da comissão serão eleitos entre si, por maioria absoluta de votos;

Artigo 8º - O mandato dos membros do Corpo Diretivo da CFT será de 24 meses, podendo ser reconduzido por igual período uma única vez, conforme deliberação dos membros da comissão ou solicitação da Direção.

CAPÍTULO IV – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 9º - Compete a CFT:

I - Ser responsável pelo desenvolvimento e pela supervisão da política e práticas de seleção e



uso racional de medicamentos no hospital;

II - Elaborar e atualizar periodicamente a relação de medicamentos padronizados, divulgando-a junto ao corpo clínico;

III - A padronização de medicamentos se dará conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na inexistência desta, seguirá a Denominação Comum Internacional (DCI);

IV - Serão padronizados, exclusivamente, medicamentos de eficiência comprovada, avaliados sob o ponto de vista dinâmico e biofarmacocinético, baseados em estudos clínicos ou protocolos reconhecidos;

V - A padronização de medicamentos deverá, quando possível, ser vinculada à protocolos terapêuticos normatizados na instituição ou emitidos por sociedades de áreas médicas e afins reconhecidas;

VI - Determinar a utilização da relação de medicamentos padronizados como instrumento básico para a prescrição médica;

VII - Estabelecer formulário próprio para inclusão e/ou exclusão de medicamentos;

VIII - Normatizar a solicitação e prescrição de medicamentos não padronizados;

IX - Participar da elaboração de protocolos terapêuticos elaborados por diferentes serviços clínicos;

X - Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da relação de medicamentos padronizados;

XI - De forma consultiva, ofertar assessoramento ao corpo clínico e a Administração do hospital em assuntos relacionados a medicamentos, mediante parecer da comissão.

Artigo 10 - Compete ao Presidente:

I - Convocar e presidir as reuniões da CFT;

II - Assinar todos os documentos oficiais emitidos pela CFT;

III - Assessorar a Direção, quando solicitado;

IV - Representar a CFT perante às Direções, Gerências e corpo clínico;

V - Proceder aos encaminhamentos e a divisão das tarefas junto à Comissão.

Artigo 11 - São atribuições do Secretário:

I - Secretariar todas as reuniões da CFT;

II - Redigir atas em todas as reuniões, ordinárias e extraordinárias;

III - Manter arquivos de todos os documentos confidenciais em área designada pela CFT;

IV - Auxiliar o Presidente nas tarefas administrativas;

V - Organizar os documentos recebidos para análise e inclusão de pauta das reuniões;

VI - Providenciar pareceres correspondentes e os encaminhamentos necessários;

VII - Protocolar documentos em nome da Comissão;



VIII. Encaminhar o cronograma de reuniões e atas ao Núcleo de Comissões periodicamente.

Artigo 12 - Compete ao Vice-Presidente substituir o Presidente em suas ausências e impedimentos.

Artigo 13 - Compete ao Secretária substituto, substituir o Secretário em suas ausências e impedimentos.

Artigo 14 - Compete aos membros da CFT:

I - Comparecer às reuniões da Comissão;

II - Participar das análises dos casos;

III - Emitir parecer técnico consubstanciado considerando sua competência técnica;

IV - Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V - Divulgar junto a seus pares as deliberações da CFT;

VI - Requerer votação de matéria em regime de urgência;

VII - Manter atualizado o Termo de Isenção de Conflito de Interesse.

CAPÍTULO V – DAS REUNIÕES

Artigo 15 - A CFT se reunirá ordinariamente mensalmente e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do Presidente.

Parágrafo Único - As reuniões deverão ter, pelo menos, 50% mais um dos membros presentes;

Artigo 16 - As convocações da Comissão serão feitas pelo Presidente ou Secretária(o), e se darão:

Parágrafo 1º - Para reuniões ordinárias, ao final da reunião anterior ou sob definição de calendário prévio de reuniões, aprovado dentre seus membros;

Parágrafo 2º - Para reuniões extraordinárias, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

Artigo 17 - É de responsabilidade dos componentes da CFT comparecerem pontualmente às reuniões ordinárias convocadas;

Parágrafo 1º - Serão dispensados da contagem no quórum mínimo os componentes que justificarem a ausência mediante férias, atestados e demais impedimentos previstos no Regulamento de Pessoal ou Lei 8.112/90;

Parágrafo 2º - Serão considerados faltantes os membros que deixarem de comparecer as reuniões ordinárias convocadas sem a apresentação de motivação à comissão, conforme previsto no Parágrafo 1º do Artigo 17;

Parágrafo 3º - Os membros que, injustificadamente incorrerem em falta a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano, serão desligados da comissão, sendo encaminhado memorando à Direção e ao Núcleo de Comissões Hospitalares o nome e a



motivação para o referido desligamento.

Artigo 18 - As deliberações ocorrerão em reunião ordinária, sob maioria absoluta de votos;

Parágrafo 1º - Não havendo "quórum", será realizada convocação de reunião extraordinária para discussão da pauta mais emergente;

Parágrafo 2º - Poderá haver convocações de reuniões extraordinárias, quantas forem necessárias, visando atender as prioridades e urgências que não puderem ser discutidas em reunião ordinária próxima;

Parágrafo 3º - O quórum para reuniões extraordinárias se dará por maioria simples dos presentes, devendo haver, minimamente, 30% dos membros para validação das deliberações;

Parágrafo 4º - O voto do presidente será considerado voto de minerva;

Parágrafo 5º - Membros consultivos não terão direito a voto.

CAPÍTULO VI – DAS SOLICITAÇÕES DE ALTERAÇÃO NA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Artigo 19 - É de competência exclusiva da CFT a padronização de medicamentos no hospital;

Parágrafo 1º - Somente serão incluídos na pauta da CFT solicitações de inclusão, substituição ou exclusão de medicamentos mediante o preenchimento adequado do formulário;

Parágrafo 2º - Somente serão feitas substituições de itens, se houver a comprovação técnico-científica da obsolescência do item a ser substituído, sem reserva das análises previstas nos demais parágrafos do presente artigo;

Parágrafo 3º - Serão adotados prioritariamente:

I - Na Terapêutica: racionalização da farmacoterapia a ser empregada;

II - Na Economia: reduzir os custos através da seleção de produtos sob a ótica de custo efetividade, custo-benefício, custo-minimização e custo-utilidade.

Parágrafo 4º - Serão analisadas apenas solicitações atestadas por profissionais de saúde efetivos / vinculados ao hospital, sendo atestado por especialistas em áreas médicas ou afins;

Parágrafo 5º - Caso médicos ou profissionais pertencentes à equipe multiprofissional, realizem a solicitação, a mesma deverá obrigatoriamente, constar da anuência escrita da Chefia junto ao formulário de solicitação;

Parágrafo 6º - Poderão ocorrer solicitações de padronização de medicamentos por solicitação de outras comissões existentes no hospital, devendo estas:

I - Encaminhar cópia da ata constando a deliberação da comissão;

II - A ata da reunião de deliberação deverá possuir quórum mínimo da maioria absoluta de seus membros;

III - A comissão que demandar inclusão, exclusão ou substituição de itens na padronização de medicamentos deverá garantir a vinculação do mesmo a protocolos terapêuticos;

IV - A CFT analisará a padronização do ponto de vista econômico e da efetividade terapêutica podendo, a critério da CFT, convidar membro que represente a comissão demandante para



discussão colegiada.

Parágrafo 7º - Serão padronizados, apenas, medicamentos de eficácia comprovada frente a estudos clínicos ou protocolos terapêuticos expedidos por sociedades médicas e afins reconhecidas;

Parágrafo 8º - Poderá ocorrer a inclusão de medicamentos na padronização via deliberação do Colegiado Executivo do hospital, no entanto, caso ocorra tal ato, sem a anuência da CFT, os membros da comissão possuirão isenção de responsabilidades sobre o emprego dos referidos medicamentos, técnica e administrativamente, no âmbito do hospital.

Artigo 20 - Após o recebimento da solicitação de padronização de medicamentos:

Parágrafo 1º - A solicitação será incluída na pauta da primeira reunião que suceder à solicitação;

Parágrafo 2º - A solicitação será remetida à um, ou mais membros, para emissão de parecer;

Parágrafo 3º - O parecer será apresentado à CFT para apreciação dos membros e ratificação;

Parágrafo 4º - A critério do parecerista, poderá ser convidado o solicitante para discussão conjunta;

Parágrafo 5º - A CFT terá 45 (quarenta e cinco) dias úteis, a contar da data da entrega do impresso, para julgar e responder mediante parecer escrito ao solicitante.

CAPÍTULO VII – DA EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS DA PADRONIZAÇÃO

Artigo 21 - O medicamento em que for constatada a inexistência de consumo por período igual ou superior a 12 meses ou naqueles em que o consumo seja considerado como subutilizados, serão removidos da padronização de medicamentos.

Parágrafo 1º - Serão mantidos os medicamentos em que não exista registro de consumo, ou considerado mínimo, desde que amparados por força de legislação específica;

Parágrafo 2º - Os medicamentos, que venham a sofrer a exclusão da padronização poderão ser igualmente solicitados para recomponem a padronização do hospital, desde que devidamente justificada a inclusão e aprovado nos termos deste regulamento.

CAPÍTULO VIII - REVISÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Artigo 22 - O elenco de medicamentos padronizados será revisto, minimamente, a cada 02 (dois) anos pela CFT;

Parágrafo 1º - Poderá, sob deliberação dos membros da CFT, ocorrer a revisão de itens referentes à determinadas áreas/especialidades, em faces à melhoria na assistência médica prestada;

Parágrafo 2º - É de competência exclusiva da CFT a realização de convite à membros para participação das discussões durante a revisão da padronização de medicamentos.



CAPÍTULO IX – REPUBLICAÇÃO DO ELENCO DE MEDICAMENTOS

Artigo 23 - Serão publicados em Boletim de Serviços:

I - Inclusões;

II - Exclusões;

III - Alteração em descritivo.

Parágrafo único - Serão publicadas em listas separadas os medicamentos incluídos, excluídos ou com alteração nos descritivos, de modo a facilitar o acesso às alterações realizadas.

CAPÍTULO X – SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTO NÃO-PADRONIZADO

Artigo 24 - Caso exista a necessidade da prescrição de medicamento que não conste na relação de medicamentos padronizados:

I - Preencher ficha de solicitação de Compra de Medicamento Não-Padronizado;

II - Serão analisadas apenas solicitações atestadas por profissionais de saúde efetivos/vinculados ao hospital, sendo atestado por especialistas em áreas médicas ou afins;

III - Quando médicos ou profissionais pertencentes à equipe multiprofissional, deverá obrigatoriamente, haver a anuência escrita da Chefia, com vínculo institucional, junto ao formulário de solicitação;

IV - As solicitações de compra de medicamentos não-padronizados serão aceitas exclusivamente para atendimento a situações individuais não planejáveis, ou seja, onde não seja possível caracterizar falta de planejamento do setor da Administração;

V - O preenchimento deverá, obrigatoriamente, conter a justificativa da necessidade, bem como a impossibilidade de substituição por outro que conste na padronização;

VI - Caso ocorra a entrega de formulário incompleto, este poderá ser negado recebimento ou mesmo impedida a inclusão em pauta de reunião da CFT.

Artigo 25 - O formulário de "Solicitação de Compra de Medicamento Não-Padronizado", devidamente assinado, carimbado e com todos os campos preenchidos, deverá ser encaminhado ao setor de Farmácia. O representante e membro da CFT, lotado na Farmácia, deverá encaminhar o formulário ao Presidente, ou na sua ausência ao Vice-presidente, para avaliação e emissão do parecer por "Ad-Referendum" ou convocação de reunião extraordinária, caso necessária.

Parágrafo único. Após a avaliação e, caso haja aprovação da compra, o medicamento poderá ser adquirido em quantidade suficiente para o tratamento de um único paciente.

CAPÍTULO XI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 26 - Este regimento poderá ser modificado por proposição da Direção ou dos membros da CFT mediante deliberação em reunião convocada para este fim.

Artigo 27 - A revisão do presente regimento ocorrerá a cada 02 (dois) anos, a contar da data de



sua publicação.

Artigo 28 - Os casos omissos serão resolvidos pela CFT.

Artigo 29 - O presente Regimento Interno estará em vigor na data de sua aprovação pelo Diretor Técnico, revogadas as disposições em contrário.

2.19.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)												
TAREFAS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Reunião para constituição dos membros da Comissão												
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões ordinárias da Comissão												
Planejamento das ações												
Elaboração de Relatórios												
Acompanhamento dos processos de compra												
Monitoramento da emissão de pareceres												
Divulgação da inclusão ou exclusão de itens padronizados												
Elaborar relatórios das atividades desenvolvidas pela CFT												



2.20. Comitê de Compliance

2.20.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

A **Proposta de Constituição** do Comitê de Compliance busca garantir a estruturação adequada de um órgão interno responsável pela supervisão do Programa de Compliance do HEJ, assegurando sua implementação, monitoramento e cumprimento das normas de conformidade. O Comitê de Compliance será uma instância estratégica, cuja atuação visa garantir que todas as operações do HEJ estejam alinhadas com as legislações vigentes, regulamentos setoriais e políticas internas, além de promover práticas éticas e de integridade em todos os níveis hierárquicos.

O comitê será composto de forma a refletir a diversidade de funções essenciais para o bom funcionamento do Programa de Compliance, incluindo representantes de áreas-chave como jurídico, auditoria interna, operações, recursos humanos, entre outras. Sua finalidade é garantir a conformidade legal e regulatória, além de promover uma cultura organizacional pautada pela transparência, responsabilidade e ética.

Além disso, o comitê será responsável por fiscalizar as políticas e controles internos, realizar auditorias periódicas e atuar como órgão consultivo para a alta administração, fornecendo recomendações estratégicas para a mitigação de riscos e a melhoria contínua dos processos internos.

A constituição do Comitê de Compliance prevê a execução de suas atividades de forma contínua, com a realização de reuniões periódicas e extraordinárias para a discussão de temas relevantes de conformidade, além da tomada de decisões estratégicas que impactam diretamente a governança do HEJ.

2.20.1.1. Membros

O **Comitê de Compliance** será composto por um grupo multidisciplinar de 5 (cinco) a 7 (sete) membros, indicados pela alta administração do HEJ, com mandato de 2 (dois) anos, podendo ser renovado. Os membros serão escolhidos com base em sua experiência, conhecimentos e competências nas áreas de conformidade, governança corporativa, gestão de riscos, auditoria e áreas estratégicas do HEJ. A composição do comitê visa garantir uma abordagem equilibrada e integrada na supervisão das atividades de compliance.

2.20.1.1.1. Presidente do Comitê

O **Presidente do Comitê** será eleito entre os membros do Comitê de Compliance por meio de votação interna, garantindo uma liderança que conheça profundamente as diretrizes de compliance e tenha capacidade de coordenar as atividades do comitê de forma eficaz. Suas principais responsabilidades incluirão:

- **Coordenação de Reuniões:** O presidente será responsável por convocar e presidir



todas as reuniões do comitê, tanto as ordinárias quanto as extraordinárias. Ele deverá garantir que as reuniões sejam conduzidas de maneira organizada, com uma pauta clara e objetiva, promovendo discussões produtivas e focadas nos temas de compliance.

- **Representação do Comitê:** Além de liderar as reuniões, o presidente será o principal ponto de contato entre o comitê e a alta administração, representando os interesses do comitê em todas as deliberações estratégicas. Também será responsável por comunicar-se com órgãos reguladores externos, quando necessário, assegurando que as decisões do comitê estejam em consonância com as exigências regulatórias e contratuais.
- **Supervisão da Implementação das Decisões:** O presidente deverá acompanhar a execução das deliberações do comitê, monitorando se as ações acordadas estão sendo implementadas de forma eficaz dentro dos prazos estabelecidos, e coordenando a alocação de recursos e responsabilidades para garantir o cumprimento das diretrizes de compliance.
- **Relatórios à Alta Administração:** O presidente será responsável por compilar os relatórios periódicos de conformidade e apresentá-los à alta administração, assegurando que as informações transmitidas sejam precisas, claras e reflitam o estado atual de conformidade do HEJ.

2.20.1.1.2. Membro da Área Jurídica

O **Membro da Área Jurídica** terá um papel crucial dentro do Comitê de Compliance, fornecendo conhecimento técnico sobre as legislações aplicáveis e garantindo que o HEJ esteja em conformidade com os requisitos legais. Suas principais responsabilidades incluirão:

- **Consultoria Jurídica em Compliance:** O membro jurídico fornecerá aconselhamento especializado sobre a interpretação e aplicação de legislações pertinentes, como a **Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)**, a **Lei Anticorrupção (Lei nº 12.846/2013)** e outras normativas específicas do setor de atuação do HEJ.
- **Monitoramento de Mudanças Legais:** Será responsável por monitorar qualquer mudança na legislação que possa impactar a conformidade do HEJ. Isso inclui novas leis, regulamentações setoriais ou decisões judiciais que possam exigir ajustes nos procedimentos internos de compliance.
- **Revisão de Contratos e Políticas Internas:** O membro da área jurídica atuará na revisão de contratos, acordos e políticas internas, garantindo que estejam em conformidade com as normas legais e que incluam cláusulas de proteção contra riscos de não conformidade. Ele também participará da elaboração de cláusulas específicas que atendam às exigências de compliance, como cláusulas de confidencialidade, proteção de dados e de anticorrupção.
- **Suporte em Investigações:** Em casos de denúncias ou investigações de



irregularidades, o membro da área jurídica será responsável por fornecer suporte legal, assegurando que as investigações sejam conduzidas em conformidade com a legislação e que os direitos dos envolvidos sejam respeitados.

2.20.1.1.3. Membros da Auditoria Interna

Os **Membros da Auditoria Interna** serão responsáveis por assegurar que os controles internos do HEJ estejam funcionando corretamente e que os processos operacionais estejam em conformidade com as políticas e normas de compliance. Suas principais responsabilidades incluirão:

- **Monitoramento de Controles Internos:** A auditoria interna realizará revisões periódicas dos controles internos do HEJ, verificando sua eficácia na prevenção de irregularidades e na mitigação de riscos de conformidade. Eles devem identificar potenciais pontos de falha ou vulnerabilidade nos processos de compliance.
- **Avaliação de Políticas e Procedimentos:** Os membros da auditoria interna participarão na avaliação contínua das políticas e procedimentos de compliance do HEJ, recomendando melhorias ou ajustes necessários para garantir a conformidade com os requisitos regulatórios.
- **Implementação de Ações Corretivas:** Após a identificação de não conformidades ou falhas em auditorias internas, esses membros serão responsáveis por acompanhar a implementação de ações corretivas, garantindo que os problemas detectados sejam resolvidos de forma eficaz e sustentável.
- **Relatórios de Auditoria:** Os auditores internos serão encarregados de preparar relatórios de auditoria detalhados, documentando todas as descobertas e fornecendo recomendações para a melhoria dos controles de compliance. Esses relatórios serão fundamentais para a avaliação da eficácia do Programa de Compliance pela alta administração.

2.20.1.1.4. Membros das Áreas Operacionais

Os **Membros das Áreas Operacionais** serão representantes das áreas estratégicas do HEJ, como produção, logística, vendas, ou qualquer área relevante ao core business da instituição. Seu papel é fornecer uma visão prática e operacional sobre como as políticas de compliance são aplicadas no dia a dia do HEJ. Suas responsabilidades incluirão:

- **Aplicação Prática de Políticas de Compliance:** Os membros das áreas operacionais garantirão que as políticas de compliance sejam aplicadas de forma eficaz dentro de suas respectivas áreas. Eles deverão adaptar os requisitos de compliance às realidades operacionais, assegurando que os colaboradores compreendam e sigam as diretrizes.
- **Identificação de Riscos Operacionais:** Com sua expertise em operações, esses



membros são capazes de identificar riscos específicos de suas áreas que possam não ser evidentes para outros membros do comitê. Isso inclui riscos relacionados a processos, controles de qualidade, relações com fornecedores ou práticas operacionais que possam resultar em não conformidade.

- **Execução de Medidas Preventivas:** Os representantes operacionais também serão responsáveis por implementar medidas preventivas em suas áreas, baseadas nas diretrizes de compliance. Eles devem assegurar que os processos sejam ajustados para minimizar riscos e aumentar a conformidade com as regulamentações.

2.20.1.1.5. Representante de Recursos Humanos

O **Representante de Recursos Humanos** desempenha um papel vital na incorporação do compliance nas práticas de gestão de pessoas. Ele será responsável por garantir que os colaboradores sejam treinados e capacitados para compreender e cumprir as políticas de compliance, além de integrar essas políticas nos processos de recrutamento, avaliação e gestão de desempenho. Suas responsabilidades incluirão:

- **Treinamento e Capacitação:** O representante de RH coordenará o desenvolvimento e a entrega de programas de treinamento sobre compliance para todos os colaboradores. Isso inclui treinamentos periódicos sobre ética, conduta no local de trabalho, proteção de dados e outros temas relevantes ao Programa de Compliance.
- **Integração de Compliance nas Práticas de RH:** O RH será responsável por integrar as políticas de compliance nos processos de recrutamento e contratação, assegurando que os novos colaboradores estejam alinhados aos valores e às diretrizes de conformidade do HEJ desde o início de sua jornada. Isso inclui a aplicação de políticas de conformidade em avaliações de desempenho, promoções e demissões.
- **Cultura Organizacional:** O representante de RH será um dos principais impulsionadores da cultura de compliance dentro do HEJ, promovendo valores éticos e comportamentos que reforcem o compromisso com a conformidade. Ele deverá garantir que os princípios de compliance sejam refletidos na cultura organizacional, criando um ambiente que encoraje a ética e a responsabilidade em todos os níveis hierárquicos.

2.20.1.2. Finalidade

O Comitê de Compliance terá como objetivo principal assegurar que o HEJ atue em conformidade com todas as normas internas e externas, além de promover uma cultura de integridade e transparência. Suas responsabilidades incluem:

Supervisão e Fiscalização: Monitorar e garantir que todas as operações e processos do HEJ estejam em conformidade com as legislações aplicáveis, incluindo a Lei nº 13.019/2014 (Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil), a Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção), a



Lei Complementar nº 105/2001, e demais normas regulatórias específicas do setor de saúde.

2.20.1.2.1. Avaliação e Monitoramento de Riscos

A **Avaliação e Monitoramento de Riscos** é uma das principais funções do Comitê de Compliance, cujo objetivo é garantir que o HEJ opere em conformidade com as normas e regulamentos aplicáveis, minimizando a exposição a riscos legais, operacionais e reputacionais. Este processo envolve uma abordagem contínua e sistemática para identificar, avaliar, mitigar e monitorar os riscos de não conformidade, abrangendo todas as atividades e operações da instituição.

• **Identificação de Riscos**

O primeiro passo consiste na **identificação dos riscos de conformidade** relacionados a diversas áreas do HEJ, incluindo:

- **Riscos legais:** Não conformidade com a legislação aplicável, como LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados), Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção), normas de saúde pública e regulamentos específicos do setor hospitalar;
- **Riscos operacionais:** Inadequação nos processos internos, falhas nos controles ou procedimentos que possam impactar negativamente a conformidade e o desempenho do HEJ;
- **Riscos éticos:** Potenciais conflitos de interesse, fraudes, desvios de conduta ou práticas não éticas que possam comprometer a integridade do HEJ;
- **Riscos financeiros:** Falhas no controle de gastos e alocação de recursos, que possam levar à má gestão financeira, não cumprimento de contratos ou penalidades por inadimplência;
- **Riscos reputacionais:** Situações que possam impactar negativamente a imagem pública do HEJ, seja pela exposição de falhas de conformidade ou pela ausência de transparência nas suas atividades.

• **Avaliação de Riscos**

Após a identificação, os riscos são avaliados com base em dois fatores principais:

- **Probabilidade de ocorrência:** A frequência com que o risco pode ocorrer, levando em consideração o histórico do HEJ, o ambiente regulatório e os controles existente;
- **Impacto potencial:** A gravidade das consequências caso o risco se materialize, que pode variar desde penalidades financeiras até prejuízos significativos à reputação e à continuidade das operações.

Para isso, o Comitê de Compliance utilizará **métodos de avaliação de risco**, como a **matriz de risco**, que permite classificar os riscos de acordo com sua severidade e a necessidade de



intervenção.

- **Mitigação de Riscos**

Com base na avaliação, o Comitê de Compliance será responsável por:

- **Desenvolver e implementar controles internos** eficazes para prevenir a ocorrência de riscos identificados. Isso inclui a criação de políticas e procedimentos robustos, automatização de processos críticos, divisão de responsabilidades e adoção de ferramentas de monitoramento;
- **Adoção de medidas preventivas:** Como treinamentos periódicos, conscientização sobre conformidade, implementação de sistemas de denúncias (canal de denúncia), e desenvolvimento de cultura organizacional voltada para a ética e a conformidade;
- **Definição de planos de contingência:** Para responder a riscos que possam se concretizar, limitando o impacto e garantindo a rápida resposta. Esses planos incluirão ações específicas para cada tipo de risco, identificação dos responsáveis pela execução e os prazos para atuação.

- **Monitoramento Contínuo**

A mitigação de riscos é um processo contínuo, e o Comitê deve garantir que:

- **Revisões periódicas** dos controles e procedimentos internos sejam realizadas para assegurar sua eficácia e adequação a mudanças no ambiente regulatório ou operacional;
- **Auditorias internas e externas** sejam conduzidas regularmente para verificar a aderência às políticas de conformidade, identificar novos riscos emergentes e corrigir possíveis falhas antes que se transformem em problemas maiores;
- **Indicadores de risco (KRIs)** sejam monitorados para avaliar se os controles estão funcionando corretamente ou se novas medidas devem ser implementadas;
- **Relatórios regulares** sobre o status dos riscos sejam apresentados à alta administração, permitindo uma visão clara e atualizada sobre os desafios de conformidade enfrentados pelo HEJ.

- **Implementação de Medidas Corretivas**

Caso um risco se materialize, o Comitê de Compliance deverá implementar medidas corretivas imediatamente:

- **Investigação de incidentes:** O Comitê deverá investigar a origem da falha, identificando a causa raiz e documentando as lições aprendidas.
- **Ação corretiva:** O HEJ deverá ajustar os controles e processos para evitar a repetição do incidente, o que pode incluir desde a revisão de políticas até a substituição de sistemas ou a reestruturação de equipes.



- **Comunicação e reporte:** Caso necessário, o Comitê deverá reportar o incidente aos órgãos reguladores competentes, em conformidade com a legislação aplicável, como previsto na LGPD e na Lei Anticorrupção.

- **Melhoria Contínua**

Por fim, o Comitê de Compliance deverá fomentar uma **cultura de melhoria contínua** no gerenciamento de riscos de conformidade. Isso incluirá a reavaliação periódica das estratégias de mitigação, a incorporação de novas tecnologias e o aprendizado contínuo com os incidentes que ocorrerem, garantindo que o HEJ esteja sempre preparado para lidar com os desafios de conformidade.

2.20.1.2.2. Gestão de Políticas e Procedimentos Internos

A **Gestão de Políticas e Procedimentos Internos** é fundamental para garantir que o HEJ opere em conformidade com normas legais e regulamentares, além de assegurar o alinhamento com as melhores práticas de governança. Essa gestão envolve o desenvolvimento, a implementação e a revisão periódica das políticas de compliance da instituição, sempre adaptando-as a novos requisitos regulatórios e ao ambiente operacional do HEJ.

- **Desenvolvimento de Políticas**

O desenvolvimento das políticas de compliance visa estabelecer diretrizes claras que definem os padrões de conduta e as obrigações dos colaboradores em relação às regras legais e éticas. As políticas devem abordar aspectos críticos como:

- **Conduta ética e integridade:** Definindo comportamentos esperados e prevenindo conflitos de interesse;
- **Conformidade legal:** Estabelecendo procedimentos para garantir o cumprimento de leis como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e a Lei Anticorrupção;
- **Segurança da Informação e Proteção de Dados:** Incluindo medidas de proteção, especialmente no tratamento de dados sensíveis.

- **Implementação das Políticas**

Uma vez estabelecidas, as políticas precisam ser implementadas de forma eficiente. Isso inclui:

- **Treinamento e capacitação:** Programas para garantir que todos os colaboradores compreendam e apliquem corretamente as políticas;
- **Comunicação interna:** Manter os colaboradores informados sobre as atualizações e a importância das políticas, promovendo uma cultura de conformidade.

- **Revisão Periódica**

As políticas de compliance devem ser revisadas regularmente para garantir que permaneçam eficazes e atualizadas diante de mudanças legais, regulatórias ou operacionais. Essa revisão pode ser desencadeada por:

- **Mudanças legislativas:** Alterações em normas que exigem ajustes imediatos nas políticas;
- **Resultados de auditorias:** Identificação de áreas de não conformidade que podem exigir ajustes nas políticas existentes.

- **Monitoramento da Conformidade**

Após a implementação, é necessário um monitoramento contínuo para garantir que as políticas estejam sendo seguidas corretamente. Isso pode ser feito por meio de:

- **Auditorias internas:** Avaliações periódicas para verificar o cumprimento das políticas;
- **Indicadores de conformidade:** Estabelecimento de métricas para medir a eficácia das políticas e detectar desvios.

Esse processo dinâmico garante que as políticas e procedimentos internos não só acompanhem as mudanças no ambiente regulatório, mas também contribuam para a conformidade contínua e o fortalecimento da cultura organizacional.

2.20.1.2.3. Capacitação e Treinamento

A **Capacitação e Treinamento** é uma das principais estratégias de um programa de compliance eficaz, pois garante que todos os colaboradores do HEJ estejam plenamente conscientes de suas responsabilidades em relação à conformidade, à ética e à prevenção de irregularidades. O objetivo é promover uma cultura organizacional que valorize a integridade, a transparência e o respeito às normas internas e externas, garantindo que cada colaborador compreenda e aplique os princípios de conformidade em suas atividades diárias.

- **Estruturação do Programa de Treinamento**

O primeiro passo é organizar um programa de treinamento contínuo e personalizado para atender às necessidades específicas de cada grupo de colaboradores. Este programa deve considerar:

- **Treinamento inicial:** Para novos colaboradores, com foco em apresentar as principais políticas de compliance do HEJ, os códigos de conduta, e as responsabilidades de cada funcionário.
- **Treinamento contínuo:** Capacitações regulares, visando reforçar as diretrizes de conformidade, atualizar sobre novas legislações ou mudanças internas, e discutir desafios emergentes.



- **Treinamento por função:** Adaptar o conteúdo do treinamento às necessidades específicas de cada departamento ou função, como setores administrativos, operacionais ou de gestão, garantindo que as informações sejam relevantes ao contexto de cada colaborador.
- **Conteúdos Essenciais dos Treinamentos**

O programa de treinamento deve abranger uma ampla gama de temas relacionados à conformidade, ética e prevenção de irregularidades, incluindo:

 - **Ética e conduta corporativa:** Ensinando princípios éticos e padrões de comportamento esperados, além de exemplos práticos para evitar conflitos de interesse, fraudes e desvios de conduta.
 - **Políticas de compliance:** Explicação detalhada sobre as principais políticas do HEJ, como a Política Anticorrupção, a Política de Proteção de Dados (LGPD), e as Políticas de Relacionamento com Terceiros.
 - **Legislação relevante:** Formação sobre as leis aplicáveis ao setor de atuação do HEJ, como a Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção) e a Lei Geral de Proteção de Dados, com explicações práticas sobre como essas legislações impactam o trabalho diário.
 - **Canal de denúncia:** Instruções sobre o uso correto do canal de denúncia, garantindo que os colaboradores conheçam e sintam-se seguros para reportar irregularidades de forma confidencial e sem represálias.

- **Metodologias de Treinamento**

Para garantir a eficácia dos treinamentos, é fundamental utilizar uma combinação de metodologias que facilitem a aprendizagem e adaptação dos colaboradores:

- **Treinamentos presenciais:** Sessões em grupo ou individuais, permitindo interação direta entre instrutores e colaboradores, proporcionando um espaço para esclarecer dúvidas e discutir casos práticos;
- **Treinamentos online:** Utilização de plataformas de EAD (Educação a Distância), oferecendo flexibilidade de horário e acesso a conteúdo gravados ou ao vivo. Esses treinamentos podem incluir *quizzes* interativos para reforçar o aprendizado;
- **Workshops e estudos de caso:** Abordagens práticas para discutir situações reais ou simuladas que envolvam dilemas éticos ou de conformidade. Este formato incentiva o pensamento crítico e a aplicação das políticas em cenários do cotidiano;
- **Palestras com especialistas externos:** Convidar profissionais especializados em compliance, direito ou governança para compartilhar suas experiências e trazer novas perspectivas sobre o tema.



- **Avaliação e Certificação**

Para garantir que os treinamentos estão cumprindo seu propósito, é essencial implementar um sistema de **avaliação de desempenho**. Isso pode incluir:

- **Testes de conhecimento:** Ao final de cada treinamento, aplicar avaliações para medir o nível de compreensão dos colaboradores sobre o conteúdo abordado;
- **Certificação de Conclusão:** Emitir certificados para os colaboradores que concluírem com sucesso os treinamentos, demonstrando o comprometimento do HEJ com a conformidade e permitindo o registro do progresso de cada funcionário;
- **Feedback contínuo:** Realizar pesquisas de satisfação após os treinamentos para obter feedback dos participantes e ajustar futuros programas de acordo com suas sugestões e necessidades.

- **Treinamentos Reforçados para Áreas Críticas**

Alguns setores dentro do HEJ, como os departamentos financeiro, jurídico e de compras, são áreas particularmente suscetíveis a riscos de conformidade. Para esses setores, os treinamentos devem ser mais intensivos e recorrentes, com foco em:

- **Prevenção de fraudes e corrupção:** Reforçando o papel de cada colaborador na identificação e mitigação de práticas ilícitas;
- **Conformidade regulatória:** Atualizando regularmente os colaboradores dessas áreas sobre mudanças nas leis e regulamentos que impactam diretamente suas atividades.

- **Cultura de Compliance e Ética**

Um dos principais objetivos do treinamento é não apenas garantir a conformidade técnica, mas também fomentar uma **cultura de ética** em todo o HEJ. Isso implica em:

- **Sensibilização contínua:** Garantir que os colaboradores compreendam que compliance não é uma tarefa isolada, mas um compromisso diário com comportamentos éticos e transparentes;
- **Liderança pelo exemplo:** Engajar a alta direção do HEJ nos treinamentos para que eles liderem pelo exemplo, reforçando a importância do compliance em todas as decisões.

- **Monitoramento e Melhoria Contínua**

A eficácia do programa de treinamento deve ser monitorada de forma contínua para garantir sua relevância e impacto. O Comitê de Compliance será responsável por:

- **Monitorar a participação:** Acompanhar quem participou dos treinamentos e garantir que todos os colaboradores estejam atualizados com os requisitos de conformidade.
- **Avaliar a eficácia:** Verificar, através de auditorias internas e revisões periódicas, se os treinamentos estão sendo aplicados corretamente no dia a dia dos colaboradores.



- **Atualizar os conteúdos:** Sempre que necessário, os conteúdos dos treinamentos devem ser ajustados para incluir novas legislações, tendências de mercado ou para corrigir pontos identificados como frágeis durante auditorias ou investigações.

Em resumo, o programa de **Capacitação e Treinamento** é uma ferramenta fundamental para disseminar a cultura de conformidade, garantindo que todos os colaboradores estejam cientes de suas responsabilidades e preparados para prevenir e lidar com irregularidades. Ao promover a ética e a conformidade, o HEJ se protege contra riscos legais e reputacionais, além de assegurar a confiança de stakeholders internos e externos.

2.20.1.2.4. Relatórios de Conformidade

A produção de **Relatórios de Conformidade** é uma ferramenta essencial para o monitoramento e a transparência das atividades de um hospital, especialmente em termos de compliance. Esses relatórios têm como objetivo fornecer uma visão clara e precisa sobre a aderência às políticas internas, normas legais e regulatórias, além de facilitar a prestação de contas à alta administração e aos órgãos de controle, quando necessário. Eles também servem como instrumento de avaliação contínua para detectar e corrigir falhas de conformidade.

- **Importância dos Relatórios de Conformidade**

Os relatórios de conformidade desempenham vários papéis críticos dentro do HEJ, incluindo:

- **Prestação de contas:** Fornecer informações detalhadas sobre como o HEJ está cumprindo suas obrigações legais, contratuais e éticas, tanto para os gestores quanto para partes interessadas externas, como órgãos reguladores e parceiros comerciais;
- **Transparência e confiança:** Ao divulgar regularmente informações sobre o status de conformidade, o HEJ promove uma cultura de transparência, aumentando a confiança de colaboradores, acionistas e stakeholders externos;
- **Identificação de desvios e vulnerabilidades:** Os relatórios de conformidade ajudam a identificar áreas em que as políticas e procedimentos não estão sendo seguidos, possibilitando a implementação de medidas corretivas rapidamente;
- **Apoio à tomada de decisão:** Relatórios bem estruturados fornecem à alta administração dados sólidos para a tomada de decisões informadas, especialmente em relação à mitigação de riscos e à alocação de recursos para melhorias de compliance.

- **Estrutura dos Relatórios de Conformidade**

Um relatório de conformidade deve ser claro, objetivo e organizado de maneira a facilitar a compreensão e a ação sobre as informações apresentadas. A estrutura ideal inclui os seguintes elementos:

- **Resumo executivo:** Apresenta uma visão geral do relatório, destacando os principais



resultados, pontos de atenção e recomendações de ação;

- **Metodologia:** Descreve como as informações foram coletadas, as fontes de dados utilizadas e os métodos de avaliação empregados;
- **Indicadores de conformidade (KPIs):** Apresenta métricas específicas que mostram o nível de conformidade alcançado, como o percentual de políticas cumpridas, incidentes de não conformidade, e a eficácia das medidas de correção;
- **Avaliação de riscos:** Identifica e detalha os riscos de não conformidade observados, classificando-os de acordo com sua probabilidade de ocorrência e o impacto potencial;
- **Recomendações:** Propõe ações corretivas ou preventivas baseadas nas descobertas, como ajustes nas políticas, treinamento adicional ou implementação de novos controles;
- **Cronograma de ações:** Define prazos e responsáveis pelas ações recomendadas, assegurando que as medidas corretivas sejam implementadas de forma eficaz e em tempo hábil.

• 3. Tipos de Relatórios de Conformidade

Os relatórios de conformidade podem variar conforme a natureza do HEJ e as exigências regulatórias, mas, em geral, podem ser divididos em:

- **Relatórios Internos de Conformidade:** São enviados para a alta administração e abordam o desempenho geral de conformidade do HEJ, com foco em:
 - Conformidade com políticas internas e códigos de conduta;
 - Status de auditorias internas e suas descobertas;
 - Indicadores de conformidade, como incidentes reportados e resoluções de não conformidade;
 - Monitoramento de programas específicos, como compliance anticorrupção, proteção de dados (LGPD) e auditorias financeiras.
- **Relatórios Externos para Órgãos de Controle:** Submetidos a órgãos reguladores ou parceiros comerciais, conforme exigido por leis ou contratos. Esses relatórios podem incluir:
 - Demonstração de conformidade com leis e normas específicas, como a Lei Anticorrupção, a LGPD ou regulamentações setoriais;
 - Descrição de medidas tomadas para corrigir quaisquer não conformidades observadas em auditorias externas;
 - Evidências documentais de auditorias realizadas e certificações de conformidade.

• Indicadores de Conformidade (KPIs)

Os **Indicadores de Conformidade (KPIs)** são fundamentais para medir o desempenho do programa de compliance e são parte essencial dos relatórios. Alguns exemplos de KPIs incluem:

- **Taxa de incidentes de não conformidade:** Mede o número de violações ou falhas no cumprimento de políticas e normas;
- **Tempo médio de resposta a incidentes:** Avalia a rapidez com que o HEJ responde a problemas de conformidade;
- **Porcentagem de funcionários treinados em compliance:** Indica a abrangência dos treinamentos oferecidos e a taxa de participação;
- **Número de auditorias realizadas:** Avalia a frequência com que as auditorias de conformidade são conduzidas internamente ou por terceiros;
- **Ações corretivas implementadas:** Mede a eficácia das ações tomadas para resolver incidentes de não conformidade e prevenir recorrências.

- **Processos de Revisão e Validação**

Antes de serem submetidos à alta administração ou aos órgãos de controle, os relatórios de conformidade devem passar por um processo de revisão interna rigorosa, incluindo:

- **Validação de dados:** Garantir que as informações apresentadas sejam precisas, consistentes e verificáveis, por meio de auditorias internas ou revisões independentes;
- **Revisão legal:** Consultar a equipe jurídica do HEJ para assegurar que o relatório está em conformidade com os requisitos legais e regulatórios aplicáveis;
- **Aprovação da alta administração:** Obter a assinatura e o aval da alta direção, garantindo que as ações recomendadas tenham apoio e sejam implementadas de maneira eficaz.

- **Frequência e Ciclo de Relatórios**

A frequência de produção e apresentação de relatórios de conformidade deve ser ajustada às necessidades do HEJ e às exigências regulatórias. Normalmente, eles podem ser elaborados com as seguintes periodicidades:

- **Relatórios trimestrais:** Para acompanhar o status geral da conformidade dentro do HEJ e garantir uma resposta ágil a problemas emergentes;
- **Relatórios anuais:** Para uma análise mais abrangente do desempenho de conformidade ao longo do ano, abordando todas as áreas relevantes e recomendando melhorias de longo prazo;
- **Relatórios ad hoc:** Produzidos em resposta a eventos específicos, como uma violação de conformidade significativa ou auditorias externas.

- **Benefícios da Produção Regular de Relatórios**

A produção regular de relatórios de conformidade oferece uma série de benefícios à organização, como:



- **Prevenção de riscos:** Identificar falhas de conformidade em estágio inicial, possibilitando a correção antes que se transformem em problemas maiores ou em violações legais;
- **Transparência e responsabilidade:** Demonstrar para órgãos reguladores, parceiros e o público que o HEJ está comprometido com a conformidade e a transparência;
- **Melhoria contínua:** A análise regular dos relatórios de conformidade permite a identificação de tendências, o que possibilita a implementação de melhorias contínuas nos processos e políticas.

2.20.1.2.5. Atuação em Processos de Auditoria

A **atuação em processos de auditoria**, tanto internos quanto externos, é uma função crítica do Comitê de Compliance, que deve garantir que o HEJ esteja operando em conformidade com todas as normas legais, regulamentares e contratuais. As auditorias são essenciais para avaliar a eficácia das políticas de compliance, identificar falhas de conformidade e implementar melhorias contínuas. O Comitê de Compliance colabora diretamente com os auditores, fornecendo informações e documentações necessárias, garantindo que o processo de auditoria seja conduzido de forma eficiente, transparente e dentro dos padrões legais.

• Auditorias Internas e Externas: Definição e Importância

- **Auditorias internas:** São realizadas pela própria unidade, geralmente conduzidas pelo departamento de auditoria interna ou pelo Comitê de Compliance, com o objetivo de identificar não conformidades e promover a melhoria contínua dos processos internos. A auditoria interna é uma ferramenta de gestão proativa que ajuda a evitar problemas antes que se transformem em questões legais ou operacionais graves;
- **Auditorias externas:** São realizadas por órgãos reguladores, consultorias independentes ou auditores terceirizados, com foco em garantir que o HEJ esteja em conformidade com leis, regulamentos e normas externas. Essas auditorias são essenciais para garantir a credibilidade da empresa perante terceiros, como órgãos reguladores, parceiros e investidores.

A colaboração eficaz com auditores é fundamental para garantir que o HEJ tenha uma abordagem estruturada, transparente e ágil durante as auditorias, permitindo uma identificação rápida de eventuais falhas e a implementação de ações corretivas.

• Preparação para Auditorias

Uma auditoria eficaz começa com uma preparação cuidadosa. O Comitê de Compliance desempenha um papel crucial no HEJ de todos os dados, documentos e processos necessários para que a auditoria ocorra de maneira eficiente e conforme os requisitos legais. Esse processo



inclui:

- **Revisão interna prévia:** Antes da auditoria, o Comitê de Compliance deve realizar uma análise interna dos documentos e processos de compliance, identificando áreas que possam necessitar de correção ou melhoria. Essa preparação reduz o risco de surpresas durante a auditoria e demonstra uma postura proativa;
- **Organização de documentos:** Todos os relatórios de conformidade, políticas, procedimentos, registros de treinamentos, indicadores de compliance (KPIs) e outras documentações relevantes devem estar organizados e facilmente acessíveis. Isso inclui:
 - Relatórios financeiros e de conformidade.
 - Registros de incidentes e de tratamento de dados pessoais.
 - Políticas de governança, ética e compliance.
 - Registros de auditorias anteriores e as respectivas ações corretivas.
- **Definição de responsáveis:** O Comitê de Compliance deve designar responsáveis para fornecer suporte durante a auditoria, como gerentes de áreas específicas, que poderão esclarecer dúvidas e fornecer detalhes técnicos ou operacionais sobre as atividades auditadas.

• Colaboração Durante o Processo de Auditoria

Durante o processo de auditoria, o Comitê de Compliance atua como o principal ponto de contato entre os auditores e o HEJ. A colaboração eficaz durante a auditoria envolve:

- **Disponibilidade de informações:** Garantir que todas as informações solicitadas pelos auditores, tanto internas quanto externas, sejam fornecidas de forma precisa e em tempo hábil. Isso inclui relatórios detalhados sobre as atividades do HEJ, a conformidade com legislações aplicáveis, e registros de treinamentos e medidas corretivas adotadas;
- **Respostas rápidas e precisas:** Os auditores podem solicitar esclarecimentos ou dados adicionais ao longo do processo. O Comitê de Compliance deve estar preparado para fornecer respostas rápidas e precisas, evitando atrasos no andamento da auditoria e demonstrando transparência no processo;
- **Acompanhamento de auditorias in loco:** Em auditorias que envolvem inspeções físicas das instalações ou entrevistas com colaboradores, o Comitê de Compliance deve estar presente para acompanhar o processo, garantindo que todas as áreas auditadas estejam em conformidade e para esclarecer dúvidas em tempo real.

• Identificação e Correção de Não Conformidades

Um dos resultados mais importantes das auditorias é a identificação de áreas de não conformidade ou vulnerabilidades que precisam ser corrigidas. O Comitê de Compliance tem a responsabilidade de:



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

- **Análise de resultados:** Após a auditoria, o Comitê deve revisar detalhadamente o relatório de auditoria, analisando as não conformidades apontadas e suas possíveis causas. Isso inclui a identificação de falhas em controles internos, desvios em processos ou falta de aderência às políticas estabelecidas;
- **Desenvolvimento de plano de ação corretiva:** O Comitê de Compliance deve elaborar e implementar um plano de ação corretiva para resolver as falhas identificadas. Esse plano deve:
 - Definir as ações necessárias para corrigir as não conformidades;
 - Estabelecer prazos realistas para a implementação das medidas corretivas;
 - Atribuir responsabilidades claras para cada etapa do plano de ação.
- **Monitoramento de ações corretivas:** Uma vez implementadas as correções, o Comitê deve monitorar continuamente o progresso das ações corretivas, garantindo que as falhas sejam efetivamente solucionadas e que o risco de reincidência seja minimizado.

• Acompanhamento Pós-Auditoria

Após a conclusão de uma auditoria, a função do Comitê de Compliance não termina. O acompanhamento pós-auditoria é crucial para garantir que as descobertas sejam tratadas adequadamente e que a conformidade seja mantida a longo prazo:

- **Revisões periódicas:** O Comitê deve realizar revisões periódicas das áreas auditadas para verificar se as ações corretivas foram implementadas com sucesso e se estão sendo seguidas conforme planejado. Isso ajuda a garantir que as lições aprendidas durante a auditoria sejam aplicadas de forma contínua;
- **Relatórios de acompanhamento:** A alta administração e, quando aplicável, os órgãos de controle devem receber relatórios de acompanhamento detalhados, indicando o progresso na implementação das ações corretivas e as melhorias realizadas;
- **Auditorias de follow-up:** Dependendo da gravidade das não conformidades, auditorias de follow-up podem ser necessárias para verificar se os problemas foram totalmente resolvidos e se o HEJ está operando em conformidade com os requisitos aplicáveis.

• Benefícios da Colaboração em Auditorias

Colaborar efetivamente com processos de auditoria traz diversos benefícios para o HEJ, incluindo:

- **Melhoria contínua:** As auditorias fornecem feedback valioso sobre as práticas do HEJ, permitindo a identificação de áreas de melhoria e a implementação de boas práticas;
- **Mitigação de riscos:** A identificação precoce de não conformidades permite que o HEJ atue de forma proativa, evitando sanções regulatórias, danos reputacionais ou impactos financeiros;



- **Fortalecimento da governança:** A colaboração em auditorias reforça a importância da transparência e da responsabilidade, consolidando uma cultura de governança e compliance robusta.

Em resumo, a **Atuação em Processos de Auditoria** é uma função chave do Comitê de Compliance, que garante que os processos de fiscalização, internos e externos, sejam conduzidos de forma eficiente e transparente. A colaboração com auditores, o fornecimento de informações precisas e o acompanhamento das ações corretivas são essenciais para assegurar que o HEJ esteja em conformidade com suas obrigações legais e operacionais, mitigando riscos e promovendo uma gestão ética e responsável.

2.20.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º – Este Regimento Interno tem por objetivo regulamentar o funcionamento do Comitê de Compliance, estabelecendo suas atribuições, responsabilidades, estrutura organizacional e forma de atuação, a fim de garantir o cumprimento das políticas de compliance e das normas legais e regulatórias aplicáveis à organização.

Art. 2º – O Comitê de Compliance tem como finalidade supervisionar e monitorar a implementação do Programa de Compliance, assegurar o cumprimento das normas internas e externas, prevenir irregularidades e promover a transparência e a ética nas atividades do HEJ.

Art. 3º – O Comitê de Compliance reger-se-á pelos princípios da legalidade, moralidade, transparência, eficiência, responsabilidade, e pela observância das melhores práticas de governança corporativa.

CAPÍTULO II – COMPOSIÇÃO E ESTRUTURA

Art. 4º – O Comitê de Compliance será composto por um mínimo de 5 (cinco) membros, designados pela alta administração, com mandatos de 2 (dois) anos, sendo permitida a recondução.

Art. 5º – Os membros do Comitê de Compliance deverão ter conhecimento técnico ou experiência comprovada em áreas como conformidade, governança, gestão de riscos, auditoria interna, ou jurídica, garantindo a diversidade de habilidades necessárias para o desempenho eficaz de suas funções.

Art. 6º – O Comitê será presidido por um de seus membros, eleito por maioria simples, que terá as seguintes atribuições:

- i. Convocar e presidir as reuniões;
- ii. Representar o Comitê junto à alta administração e órgãos externos;
- iii. Coordenar os trabalhos do Comitê e garantir a execução das deliberações.



CAPÍTULO III – REUNIÕES DO COMITÊ

Art. 7º – O Comitê de Compliance realizará reuniões ordinárias trimestrais, e reuniões extraordinárias sempre que necessário, por convocação do presidente ou de qualquer membro, desde que justificada a urgência.

Art. 8º – As reuniões ordinárias serão convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias úteis, por meio eletrônico, com a pauta previamente definida. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis.

Art. 9º – As reuniões do Comitê serão instaladas com a presença de, no mínimo, metade mais um de seus membros. As deliberações serão tomadas por maioria simples dos presentes. Em caso de empate, o presidente do Comitê terá o voto de desempate.

Art. 10 – As deliberações do Comitê serão registradas em ata, contendo a lista de participantes, os assuntos discutidos, as decisões tomadas e os prazos para a implementação das ações. A ata deverá ser assinada por todos os membros presentes e arquivada de maneira segura.

CAPÍTULO IV – COMPETÊNCIAS DO COMITÊ DE COMPLIANCE

Art. 11 – São atribuições do Comitê de Compliance:

- i. Garantir a implementação e monitoramento do Programa de Compliance;
- ii. Avaliar e monitorar os riscos de compliance, propondo medidas de mitigação;
- iii. Supervisionar a conformidade com a legislação, regulamentos e políticas internas;
- iv. Garantir a realização de treinamentos e capacitações em compliance;
- v. Coordenar investigações de irregularidades reportadas por meio de canais de denúncia;
- vi. Supervisionar auditorias internas e externas relacionadas à conformidade.

Art. 12 – O Comitê será responsável por fiscalizar o cumprimento das políticas de compliance e os controles internos do HEJ, monitorando a conformidade com as legislações aplicáveis, especialmente as relacionadas à prevenção à corrupção, proteção de dados (LGPD), e responsabilidade fiscal.

CAPÍTULO V – AUDITORIAS E RELATÓRIOS

Art. 13 – O Comitê de Compliance deverá acompanhar e colaborar com auditorias internas e externas, fornecendo todas as informações, relatórios e documentos necessários para que os processos de fiscalização sejam realizados de forma adequada e dentro dos requisitos legais.

Art. 14 – O Comitê deverá desenvolver e supervisionar a implementação de planos de ação corretiva para corrigir eventuais falhas identificadas durante auditorias, monitorando o progresso das correções e ajustando medidas conforme necessário.

Art. 15 – O Comitê produzirá relatórios periódicos sobre o status do Programa de Compliance, o monitoramento de riscos e as ações corretivas implementadas. Esses relatórios serão submetidos à alta administração e, quando aplicável, aos órgãos reguladores.



CAPÍTULO VI – TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO

Art. 16 – O Comitê de Compliance será responsável por organizar e coordenar programas de treinamento contínuo para todos os colaboradores do HEJ, visando à disseminação da cultura de conformidade, ética e prevenção de irregularidades.

Art. 17 – Os treinamentos abordarão temas como: LGPD, ética, conduta corporativa, prevenção à corrupção, proteção de dados, conformidade regulatória, e os procedimentos internos de denúncia.

CAPÍTULO VII – REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO REGIMENTO

Art. 18 – Este Regimento Interno será revisado anualmente ou sempre que houver mudanças significativas nas legislações aplicáveis, nos regulamentos internos do HEJ ou nas práticas de governança corporativa.

Art. 19 – Propostas de alteração deste regimento poderão ser apresentadas por qualquer membro do Comitê, e serão deliberadas em reunião ordinária ou extraordinária, por maioria simples dos votos.

CAPÍTULO VIII – DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 20 – Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pelo Comitê de Compliance e pela alta administração do HEJ, sendo obrigatório para todos os membros e colaboradores.

2.20.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

O **Cronograma de Atividade Anual** do Comitê de Compliance será elaborado com o objetivo de garantir o acompanhamento contínuo e eficaz das políticas de compliance do HEJ, bem como assegurar a conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis ao longo do ano. Este cronograma define as atividades-chave que o comitê realizará, garantindo que todos os membros estejam cientes de suas responsabilidades e que as ações sejam executadas de forma organizada e dentro dos prazos estabelecidos.

2.20.3.1. Objetivo do Cronograma

O cronograma tem como finalidade organizar e distribuir as atividades e responsabilidades do Comitê de Compliance ao longo do ano, proporcionando um acompanhamento sistemático dos processos de conformidade e garantindo a execução de auditorias, avaliações de risco, treinamentos e relatórios de forma planejada e eficiente.



2.20.3.2. Atividades Principais

O cronograma será dividido em atividades trimestrais, mensais e contínuas, para assegurar o acompanhamento regular das operações e políticas de compliance. Abaixo estão os principais marcos e atividades planejadas ao longo do ano:

2.20.3.2.1. Janeiro - Março

- **Revisão Anual de Políticas e Procedimentos Internos:** Avaliação de políticas de compliance, como anticorrupção, código de conduta e proteção de dados. Revisão das práticas de governança e adequação às mudanças regulatórias aplicáveis;
- **Planejamento de Auditorias Internas:** Definição do cronograma de auditorias internas, incluindo auditorias específicas sobre segurança da informação e conformidade com normas de proteção de dados sensíveis, como exigido pela **LGPD**;
- **Treinamento Inicial de Compliance para Colaboradores:** Realização de treinamentos sobre ética, segurança da informação e compliance, abordando temas essenciais como anticorrupção e boas práticas no tratamento de dados pessoais e sensíveis.

2.20.3.2.2. Abril - Junho

- **Primeira Rodada de Auditorias Internas:** Execução de auditorias internas para revisar o cumprimento das políticas de compliance, com foco em áreas críticas, como gestão de riscos e controle de processos;
- **Relatório Trimestral de Conformidade:** Elaboração de um relatório de conformidade para a alta administração, incluindo resultados de auditorias, riscos identificados e ações corretivas aplicadas;
- **Avaliação de Riscos de Compliance:** Avaliação de riscos de compliance, com foco na identificação de ameaças emergentes no cenário regulatório, propondo medidas preventivas.

2.20.3.2.3. Julho - Setembro

- **Revisão e Atualização do Programa de Compliance:** Com base nos resultados das auditorias e na avaliação de riscos, o Comitê de Compliance realizará ajustes nas políticas e procedimentos para garantir a eficácia contínua do programa;
- **Auditorias Externas:** Coordenação e acompanhamento de auditorias externas, focando na conformidade com os regulamentos setoriais e contratuais;
- **Workshops de Atualização Regulatória:** Realização de workshops para manter os colaboradores atualizados sobre mudanças nas leis e regulamentações, incluindo proteção de dados, segurança da informação e anticorrupção.



2.20.3.2.4. Outubro - Dezembro

- **Segunda Rodada de Auditorias Internas:** Realização de uma nova série de auditorias para verificar a implementação das medidas corretivas e garantir a conformidade contínua com as políticas de compliance;
- **Relatório Anual de Conformidade:** Preparação de um relatório de conformidade abrangente, detalhando as atividades do ano, os riscos mitigados e os planos para o próximo ano;
- **Planejamento do Próximo Ano:** Desenvolvimento do cronograma de atividades do Comitê para o próximo ano, incorporando melhorias com base nas auditorias e avaliações realizadas.

2.20.3.3. Atividades Contínuas

- **Monitoramento de Riscos e Ações Corretivas:** Monitoramento contínuo dos riscos de compliance identificados e das medidas corretivas adotadas para garantir sua implementação eficaz;
- **Supervisão de Investigações Internas:** Garantir o acompanhamento de todas as investigações decorrentes de denúncias internas e assegurar que sejam conduzidas de forma justa, imparcial e dentro dos prazos estabelecidos;
- **Comunicação Regular com a Alta Administração:** Apresentar relatórios mensais ou trimestrais para a alta administração, detalhando o status de conformidade do HEJ e as recomendações de melhoria.

2.20.3.4. Benefícios do Cronograma de Atividades

O Cronograma de Atividade Anual proporciona uma abordagem estruturada para as atividades de compliance, assegurando:

- **Prevenção de riscos legais:** Acompanhamento contínuo das áreas de risco e implementação rápida de medidas preventivas;
- **Transparência:** Proporciona clareza para a alta administração e demais stakeholders sobre as iniciativas de compliance do HEJ;
- **Eficácia no cumprimento das normas:** Garante que todos os prazos de auditorias, revisões de políticas e treinamentos sejam cumpridos, assegurando que o HEJ esteja sempre em conformidade.



2.21. Comitê de Investigação do Óbito Materno e infantil

O Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil é um organismo interinstitucional de caráter eminentemente educativo, congregando instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com a participação multiprofissional, cuja finalidade é identificar, dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos maternos e infantis.

2.21.1. PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE)

2.21.1.1. Membros

O Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil deverá ser composto por:

- 01 representante da Direção Técnica;
- 01 Médico Obstetra;
- 01 Médico Pediatra;
- 01 Médico Neonatologista;
- 01 Enfermeiro Obstetra;
- 01 representante do Núcleo de Vigilância Epidemiologia;
- 01 representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- 01 representante da Comissão de Revisão de Óbitos.

2.21.1.2. Finalidade

O Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil é composto por um grupo de profissionais de saúde que atuam na identificação e monitoramento de óbitos e na proposição de medidas para prevenir novas mortes

A Comitê constitui-se num importante instrumento de avaliação da assistência de saúde para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção, contribuindo para o melhor conhecimento sobre os óbitos e a redução de mortalidade.

O Comitê tem as seguintes finalidades:

- Identificar a magnitude da mortalidade materna e infantil, e as suas causas;
- Monitorar os óbitos maternos e infantis;
- Propor medidas para prevenir novas mortes;
- Avaliar as políticas públicas e as ações de assistência à saúde.

2.21.2. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I – DAS FINALIDADES

Artigo 1º - O Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil tem as finalidades de:

- I - Identificar a magnitude da mortalidade materna e infantil, e as suas causas;
- II - Monitorar os óbitos maternos e infantis;
- III - Propor medidas para prevenir novas mortes;



IV - Avaliar as políticas públicas e as ações de assistência à saúde.

Parágrafo 1º - O Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil é composto por um grupo de profissionais de saúde que atuam na identificação e monitoramento de óbitos e na proposição de medidas para prevenir novas mortes.

Parágrafo 2º - A Comitê constitui-se num importante instrumento de avaliação da assistência de saúde para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção, contribuindo para o melhor conhecimento sobre os óbitos e a redução de mortalidade.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 2º - O Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil deverá ser composto por:

I - 01 representante da Direção Técnica;

II - 01 Médico Obstetra;

III - 01 Médico Pediatra;

IV - 01 Médico Neonatologista;

V - 01 Enfermeiro Obstetra;

VI - 01 representante do Núcleo de Vigilância Epidemiologia;

VII - 01 representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

VIII - 01 representante da Comissão de Revisão de Óbitos;

IX - 01 Apoio Administrativo

Parágrafo 1º - Os membros que comporão o Comitê serão indicados pelas respectivas Chefias imediatas;

Parágrafo 2º - As indicações deverão ser preferencialmente a profissionais com reconhecida experiência em comissões, sistema de informação e análise de prontuários

Parágrafo 3º - Compete à Direção, sob aprovação dos membros do Comitê, a aprovação quanto à incorporação de membros adicionais aos previstos;

Parágrafo 4º - Os membros convidados, comporão as reuniões, conforme deliberação da pertinência à temática a ser discutida, não sendo estes membros efetivos da CFT;

Parágrafo 5º - Os membros convidados deverão opinar, de forma subsidiária, de acordo com sua especialidade, oferecendo informações ao Comitê com intuito de colaborar no processo de seleção e decisão sobre o item;

Parágrafo 6º - A substituição de membros poderá ocorrer a qualquer tempo, caso haja solicitação de desligamento pelo membro ou ocorra o descumprimento do estabelecido neste regulamento, sob deliberação dos membros da comissão.

Parágrafo 7º - As funções de Coordenador, Vice-Coordenador e Secretário serão definidas na 1ª reunião entre os membros do Comitê e nomeados pela Direção Técnica.

Parágrafo 8º - O Diretor Técnico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição de um dos membros;



Parágrafo 9º – Será dispensado o componente que sem motivo justificado deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas.

CAPÍTULO III – DAS REUNIÕES

Artigo 3º - O Comitê deverá se reunir mensalmente, em reuniões ordinárias e poderá, de acordo com a urgência da matéria, reunir-se extraordinariamente.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo Coordenador do Comitê ou pela Direção Técnica do hospital.

Artigo 4º - O cronograma anual das reuniões será realizado na 1ª reunião do Comitê. Parágrafo único. Todos os integrantes do Comitê deverão receber a pauta das reuniões ordinárias e extraordinárias com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência

Artigo 5º - Será considerado como quórum mínimo para realização das reuniões, a presença de maioria simples dos membros do Comitê.

Artigo 6º - O membro que faltar a 3 (três) reuniões consecutivas ou a 6 (seis) reuniões não consecutivas durante o ano sem a devida justificativa por escrito, será desligado do Comitê.

Artigo 7º - As deliberações do Comitê serão feitas por maioria absoluta ou por consenso entre os seus membros.

CAPÍTULO IV – DO MANDATO

Artigo 8º - O mandato dos membros do Comitê terá a duração de 02 (dois) anos, podendo haver recondução aos cargos.

Parágrafo único. A Direção Técnica poderá destituir qualquer membro do Comitê desde que este ato seja devidamente justificado.

CAPÍTULO V – DAS COMPETÊNCIAS:

Artigo 9º - Compete ao Comitê

I - Elucidar as circunstâncias da ocorrência dos óbitos maternos e infantis, identificar e propor medidas de melhoria da qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade materna, perinatal e infantil;

II - Divulgar a magnitude e a importância da mortalidade infantil, além de subsidiar o conhecimento sobre o seu conceito, seus componentes e o cálculo das taxas;

III - Sensibilizar e envolver os profissionais de saúde e a sociedade sobre a importância e a gravidade da mortalidade materna e infantil, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo;

IV - Identificar os óbitos infantis como eventos-sentinela, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com o adequado funcionamento da assistência de saúde;

V - Identificar os problemas e as circunstâncias de ocorrência dos óbitos maternos e infantis



para melhorar o conhecimento sobre a mortalidade e as possibilidades de intervenção;

VI - Avaliar os serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada à gestante e à criança;

VII - Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, a Declaração de Óbito, além dos registros de atendimento (prontuários de atendimento ambulatorial e hospitalar, cartão de Gestante e Cartão da Criança);

VIII - Identificar e recomendar as estratégias e as medidas de saúde necessárias para a redução da mortalidade materna e infantil, com destaque para as mortes por causas evitáveis.

Artigo 10 - Compete aos membros do Comitê:

I - Investigar e analisar os óbitos maternos e infantis, segundo critérios estabelecidos pelos Comitês Nacional/Estadual/Regional;

II - Definir a evitabilidade do óbito no âmbito hospitalar;

III - Realizar discussões clínicas, com todos os profissionais de saúde, sobre os eventos ocorridos;

IV - Promover a integração com o Comitê Regional para troca de informações e análise dos casos;

V - Divulgar sistematicamente os resultados com a elaboração de materiais específicos (relatórios, boletins periódicos) para sensibilização dos profissionais;

VI - Promover o aprimoramento das Declarações de Óbitos (DOs), prontuários e de outros documentos disponíveis no hospital, incentivando seu correto preenchimento e melhoria na qualidade das informações;

VII - Avaliar periodicamente os principais problemas observados no estudo dos óbitos para identificação das medidas necessárias de intervenção no âmbito interno do hospital, bem como da rede de assistência de saúde no nível local, para a redução da mortalidade materna e infantil;

VIII - Disponibilizar o acesso dos prontuários para as demais Comissões que se fizerem necessárias.

Artigo 11 - Compete ao Coordenador do Comitê:

I - Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê;

II - Representar o Comitê em suas relações internas e externas;

III - Instalar o Comitê e presidir suas reuniões;

IV - Promover a convocação das reuniões;

V - Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

VI - Indicar, dentre os membros do Comitê, os relatores dos expedientes;

VII - Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê;



VIII - Elaborar cotas decorrentes de deliberações do Comitê e “ad referendum” desta, nos casos de manifesta de urgência.

Artigo 12 - Compete ao Vice-Coordenador:

I - Substituir o Coordenador em seus impedimentos.

Artigo 13 - Compete aos Membros do Comitê:

I - Estudar e relatar nos prazos estabelecidos as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II - Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III - Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - Desempenhar as atribuições que lhes forem designadas pelo Coordenador;

V - Apresentar proposições sobre as questões pertinentes ao Comitê.

Artigo 14 - Compete ao Secretário:

I - Assistir as reuniões;

II - Encaminhar o expediente do Comitê;

III - Preparar o expediente do Comitê;

IV - Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;

V - Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

VI - Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VII - Elaborar relatório trimestral das atividades do Comitê;

VIII - Lavrar e assinar as atas de reuniões do Comitê;

IX - Providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões extraordinárias;

X - Distribuir aos Membros do Comitê a pauta das reuniões.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Artigo 14 - Cabe a Direção Técnica do hospital constituir formalmente o Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil através de ato próprio e propiciar a infraestrutura necessária à sua correta operacionalização.

Artigo 15 - Cabe a Direção do hospital garantir a participação do Coordenador do Comitê nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores da política da Instituição.

Artigo 16 - O Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil terá obrigatoriedade de manter reuniões periódicas que serão registradas em atas e os registros devem indicar com clareza a



existência de um programa de ação para o controle de acidentes com produtos biológicos.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 17 - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação dessa normatização serão dirimidos pelo Coordenador da Comissão e em grau de recurso pelo Diretor Técnico da Instituição.

Artigo 18 - A presente normatização poderá ser alterada mediante proposta do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil, através da maioria absoluta de seus membros, submetida ao Diretor Técnico da Instituição.

Artigo 19 - O presente Regimento Interno estará em vigor na data de sua aprovação pelo Diretor Técnico, revogadas as disposições em contrário.

2.21.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS MATERNO E INFANTIL												
TAREFAS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comitê												
Aprovação do Regimento Interno												
Reuniões ordinárias do Comitê												
Levantamento de necessidades do Comitê												
Reuniões com outras Comissões/Comitês												
Acompanhamento das ações desenvolvidas												
Elaboração de relatórios de avaliação e acompanhamento												



2.22. Outras Comissões

2.22.1. NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – NVE

O Ministério da Saúde, por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde, instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), através da Lei nº 6.259 de 1975 e do Decreto Nº 78.231 de 1976 (BRASIL, 1975; BRASIL, 1976).

A Lei Federal nº 8.080, de 19/09/1990, dispõe sobre a execução de ações de vigilância epidemiológica como uma das atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) e define a vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1990).

2.22.1.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)

2.22.1.1.1. Membros

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica do hospital será composto pelos seguintes membros:

- 02 Enfermeiros;
- 01 Médico;
- 01 Apoio Administrativo.

2.22.1.1.2. Finalidade

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) tem como principal finalidade detectar e investigar doenças de notificação compulsória (DNC) que são atendidas em hospitais.

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) é responsável pelo planejamento, orientação e execução das ações de epidemiologia hospitalar das doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) e outros fatos de interesse de saúde pública.

Objetiva realizar a Vigilância Epidemiologia hospitalar através da coleta, análise e interpretação sistemática de dados de saúde dos pacientes e colaboradores atendidos na instituição.

Os dados gerados proporcionam aos gestores elementos importantes para as tomadas de decisões estratégicas e a recomendação de medidas de prevenção e controle.

2.22.1.2. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

Artigo 1º - O Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) tem como principal finalidade detectar e investigar doenças de notificação compulsória (DNC) que são atendidas em hospitais.

Artigo 2º - O Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) é responsável pelo planejamento, orientação e execução das ações de epidemiologia hospitalar das doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) e outros fatos de interesse de saúde pública.



Artigo 3º - O NVE objetiva realizar a Vigilância Epidemiologia hospitalar através da coleta, análise e interpretação sistemática de dados de saúde dos pacientes e colaboradores atendidos na instituição.

Artigo 4º - Os dados gerados proporcionam aos gestores elementos importantes para as tomadas de decisões estratégicas e a recomendação de medidas de prevenção e controle.

Artigo 5º - O NVE participa da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH), segundo Portaria n.º 2.529, de 23 de novembro de 2004, posteriormente revogada pela Portaria n.º 2.254, de 5 de agosto de 2010).

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 6º - O Núcleo de Vigilância Epidemiológica do hospital será composto pelos seguintes membros:

I - 02 Enfermeiros;

II - 01 Médico;

III - 01 Apoio Administrativo

Parágrafo Único – Os profissionais designados para a Comissão deverão preferencialmente ter conhecimento de vigilância epidemiológica.

CAPÍTULO III – DAS REUNIÕES

Artigo 7º - Ocorrerão reuniões mensalmente e em caráter extraordinário em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a necessidade de definição de ações relacionadas ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica.

Artigo 8º - As reuniões do Núcleo serão realizadas com os membros nomeados, que poderão solicitar a presença de pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgarem necessário.

Artigo 9º - Cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Artigo 10 - É facultado aos membros do Núcleo, solicitar o reexame de qualquer decisão tomada em reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

CAPÍTULO IV – DO MANDATO

Artigo 11 - O mandato dos membros do Comitê terá a duração de 02 (dois) anos, podendo haver recondução aos cargos.

Parágrafo único. A Direção Técnica poderá destituir qualquer membro do Comitê desde que este ato seja devidamente justificado.

CAPÍTULO V – DAS COMPETÊNCIAS



Artigo 12 - Compete ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica:

- I - Detectar doenças de notificação compulsória (DNC);
- II - Implementar estratégias de registro de informações;
- III - Investigar as DNC;
- IV - Implementar medidas de controle;
- V - Interromper a cadeia de transmissão das DNC;
- VI - Notificar imediatamente as DNC que necessitam de ação de controle;
- VII - Supervisionar os dados das fichas de investigação epidemiológica;
- VIII - Consolidar, analisar e divulgar as informações sobre as DNC;
- IX - Participar da investigação de surtos;
- X - Elaborar relatórios com medidas para conter as DNC.

Artigo 13 - Compete a todos os membros do Núcleo:

- I - Realizar a busca ativa de pacientes internados ou atendidos na Unidade, para detecção de doenças, agravos e eventos de saúde pública de notificação compulsória, conforme Lista Estadual e Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, constantes na Portaria nº 115-R DE 04 DE AGOSTO DE 2022;
- II - Realizar a notificação e investigação epidemiológica, em tempo oportuno, nos sistemas E-SUSVS e SIVEP-GRIPE, dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, eventos e agravos constantes na Portaria nº 115-R, DE 04 DE AGOSTO DE 2022, que forem detectados no hospital;
- III - Comunicar, em até 24 horas a partir do conhecimento do evento, para Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde, a ocorrência de doenças ou agravos de saúde pública de Notificação Compulsória Imediata (NCI) detectados no hospital;
- IV - Participar das atividades de interrupção de surtos e da interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, com apoio da Secretaria Estadual de Saúde (SES), elaborando relatórios com medidas a serem adotadas para a sua contenção;
- V - Participar, conforme solicitado, das comissões de setores estratégicos do hospital;
- VI - Definir indicadores operacionais e de resultados sobre as atividades de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- VII - Promover um trabalho integrado com o Laboratório do hospital e outros laboratórios de referência, estabelecendo o fluxo de encaminhamento das amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às Doenças de Notificação Compulsórias (DNC);
- VIII - Monitorar no Laboratório do Hospital, os resultados dos exames dos pacientes com suspeita/diagnóstico de doença e agravo de notificação compulsória;
- IX - Promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar;
- X - Realizar monitoramento, avaliação e divulgação do perfil de morbimortalidade hospitalar,



com a finalidade de subsidiar o processo de planejamento do gestor do hospital, e do gestor municipal e estadual dos sistemas de vigilância e de atenção à saúde;

XI - Elaborar e divulgar Informes de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde para os profissionais de saúde do hospital;

XII - Auxiliar nas orientações e monitoramento das "Medidas de Precaução e isolamentos" em casos de notificação de DNC.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 14 - O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVE), através da maioria de seus membros, submetida ao coordenador.

Artigo 15 - O funcionamento do núcleo, além dos critérios, regras e recomendações contidas nesse regimento, observará a legislação brasileira pertinente.

Artigo 16 - O presente Regimento Interno estará em vigor na data de sua aprovação pelo Diretor Técnico, revogadas as disposições em contrário.

2.22.1.3. Cronograma de Atividade Anual

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (NVE)												
TAREFAS	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 do Núcleo de Vigilância Epidemiológica												
Reuniões de Planejamento												
Reuniões ordinárias da Comissão												
Acompanhar as notificações realizadas, prestando contas aos órgãos fiscalizadores.												
Elaboração e divulgação de Relatórios periódicos de doenças notificadas												
Treinamento das equipes												
Elaboração e revisão de orientações aos pacientes												



2.22.2. COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

A Criação de uma Comissão de Ética (CEE) objetiva criar um grupo de trabalho nos padrões preconizados pela Resolução COFEN Nº 593/2018, suprimindo as demandas éticas institucionais e aproximando e realizando o intercâmbio da categoria de enfermagem com o Conselho Regional, a fim de discutir o exercício da profissão em conformidade com os preceitos éticos. A CEE tem como finalidade igualmente divulgar, fomentar e estimular o desenvolvimento de estudos e análises das questões éticas, técnicas e administrativas próprias da prática do exercício profissional.

2.22.2.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)

2.22.2.1.1. Membros

A Comissão de Ética de Enfermagem deve ser composta por 11 (onze) membros efetivos, sendo 06 (seis) Enfermeiros ou Obstetizes e 05 (cinco) Técnicos de Enfermagem, baseado na RESOLUÇÃO COFEN 593/2018. Deverá ser formada por membros efetivos e igual número de suplentes.

A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por Presidente, Secretário e membros, dentre os profissionais mais votados, cabendo ao Enfermeiro o cargo de Presidente. (RESOLUÇÃO COFEN Nº 593/2018).

2.22.2.1.2. Finalidade

A Comissão de Ética de Enfermagem tem como finalidade orientar, educar e fiscalizar o exercício ético dos profissionais de enfermagem.

A CEE também representa o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) nas instituições de saúde que possuem serviço de enfermagem.

2.22.2.2. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I – DA NATUREZA E FINALIDADES

Artigo 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) do Hospital é criada atendendo a determinação da Resolução do COFEN nº 172/94 que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde.

Artigo 2º - A CEE é um órgão representativo do COREN no que se refere às questões éticas envolvendo profissionais de Enfermagem.

Artigo 3º - A atuação da CEE limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais de Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

Parágrafo único. A CEE agrega as seguintes finalidades: orientação, assessoramento, averiguação e emissão de pareceres de fatos relacionados ao exercício ético-profissional da categoria.



Artigo 4º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem como finalidade orientar, educar e fiscalizar o exercício ético dos profissionais de enfermagem.

Artigo 5º - A CEE também representa o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) nas instituições de saúde que possuem serviço de enfermagem.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 6º - A Comissão de Ética de Enfermagem deve ser composta por 11 (onze) membros efetivos, sendo 06 (seis) Enfermeiros ou Obstetrizes e 05 (cinco) Técnicos de Enfermagem, baseado na RESOLUÇÃO COFEN 593/2018. Deverá ser formada por membros efetivos e igual número de suplentes.

Artigo 7º - Comissão de Ética de Enfermagem será composta por Presidente, Secretário e membros, dentre os profissionais mais votados, cabendo ao Enfermeiro o cargo de Presidente. (RESOLUÇÃO COFEN Nº 593/2018).

Artigo 8º - Os membros deverão obrigatoriamente cumprir os seguintes requisitos:

I - Ter, no mínimo, 1 (um) ano de efetivo exercício profissional;

II - Ter, no mínimo, 1 (um) ano de vínculo empregatício com a entidade;

III - Estar em pleno gozo dos direitos profissionais;

IV - Inexistir condenação em processo ético, disciplinar, civil ou penal nos últimos 5 (cinco) anos;

V - Atender ao critério de proporcionalidade em relação ao número de profissionais de cada categoria.

Artigo 9º - O Enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico de Enfermagem, não poderá participar da CEE da respectiva instituição.

Artigo 10 - O tempo de mandato da CEE será de 02 (dois) anos, sendo admitida apenas uma reeleição pelos componentes de Enfermagem, por igual período.

Artigo 11 - O afastamento dos membros integrantes da CEE poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.

Parágrafo único - Diante de qualquer forma de afastamento, o Presidente da CEE comunicará o fato à Comissão de Ética do COREN-GO.

Artigo 12 - É caracterizado o término de mandato, quando o membro integrante da Comissão cumpre o período de 02 (dois) anos de gestão.

Artigo 13 - É caracterizado o afastamento temporário, quando o membro integrante da Comissão se afastar por tempo determinado, no máximo, por um período de 6 (seis) meses, ou quando estiver sendo submetido a processo ético.

Parágrafo único - A solicitação do afastamento temporário deverá ser encaminhada à Presidência da CEE, por escrito, com antecedência de, no mínimo, 15 (quinze) dias da data de início do afastamento.



Artigo 14 - É caracterizada a desistência, quando o membro decide por vontade própria retirar-se da Comissão.

Parágrafo único - A decisão de desistência deverá ser comunicada, por escrito, ao Presidente da CEE, com antecedência de 30 (trinta) dias.

Artigo 15 - É caracterizada a destituição, quando o afastamento definitivo do membro integrante da CEE se der por decisão da Comissão, tomada em Reunião Ordinária, constando o fato em ata.

Parágrafo 1º - A destituição ocorrerá nos seguintes casos:

I - Ausência, não justificada, em 3 (três) reuniões consecutivas;

II - Ter sido condenado em processo ético, civil ou penal;

Parágrafo 2º - A destituição implica na perda do direito a nova candidatura para integrar a CEE.

Artigo 16 - A substituição dos integrantes da CEE se processará da seguinte maneira:

I - A vacância por término de mandato, atenderá os critérios estabelecidos no Artigo 5º deste regimento;

II - Na vacância por afastamento temporário, a substituição será feita pelo respectivo suplente, sendo indicado um suplente em caráter temporário, se o afastamento ultrapassar a 30 (trinta) dias.

Parágrafo único - A vaga de suplente em caráter temporário será preenchida:

I - Por escolha dos membros da CEE.

II - Por indicação da Direção de Enfermagem, cabendo a CEE avaliação acerca do perfil e interesse do candidato para atividades inerentes ao cargo.

III - Na vacância por desistência ou por destituição, a substituição será feita pelo seu respectivo suplente que passará para efetivo, e concluir o mandato do desistente ou destituído.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 17 - Compete a CEE:

I - Promover a divulgação das finalidades e competências da CEE e de seus respectivos membros no hospital;

II - Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais leis, decretos, resoluções, decisões, normas disciplinares e éticas do exercício profissional oriundas do COFEN e COREN-GO;

III - Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem discutir e interpretar o Código de Ética, para melhor compreensão de questões éticas e disciplinares, encaminhando relatório da atividade realizada ao COREN-GO;

IV - Colaborar com o COREN-GO nas atividades de divulgar, educar, discutir e orientar sobre temas relativos à ética na enfermagem;

V - Fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos profissionais de enfermagem e das demais



determinações do COFEN e COREN-GO;

VI - Assessorar a Direção de enfermagem da instituição no que se refere às questões de ética profissional;

VII - Realizar orientações aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas, sempre que necessário;

VIII - Promover orientações aos profissionais de enfermagem sobre o exercício profissional ético e as implicações advindas de atitudes contrárias ao Código de Ética;

IX - Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem;

X - Analisar e emitir parecer técnico sobre desenvolvimento de projetos de pesquisas que envolvam os profissionais de enfermagem sempre que solicitado;

XI - Zelar pelo exercício ético dos Profissionais de Enfermagem na Instituição, averiguando condições de trabalho e sua compatibilidade com desempenho profissional, bem como a qualidade do atendimento dispensado ao cliente e família;

XII - Comunicar formalmente ao COREN-GO indícios de exercício ilegal da profissão, e/ou quaisquer indícios de infração da Lei do exercício profissional e de outros documentos afins;

XIII - Comunicar formalmente ao COREN-GO ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem que comprometam a qualidade da assistência prestada ao cliente e familiares;

XIV - Realizar sindicâncias para averiguar questões relacionadas a comportamento e atitudes de profissionais de enfermagem contrárias ao previsto no Código de Ética de enfermagem, instruí-la e elaborar relatório final, sem emitir juízo, encaminhando-o à Direção de Enfermagem para as providências administrativas, se houver, e ao COREN-GO para providências conforme norma própria;

XV - Encaminhar anualmente ao COREN-GO e a Direção de Enfermagem, o relatório das atividades desenvolvidas no ano em curso, até o dia 15 do mês de janeiro do ano seguinte;

XVI - Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN-GO quando necessário;

XVII - Solicitar ao Presidente do COREN-GO apoio técnico e da Direção Técnica da Instituição apoio de logística, para viabilizar o desempenho das funções da CEE;

XVIII - Propor e participar à Direção de Enfermagem e Comissão de Educação Continuada, ações educativas sobre ética junto à equipe de enfermagem da instituição;

XIX - Organizar e realizar pleito eleitoral para Comissão de Ética sucessora;

XX - Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e das normas referentes ao exercício ético-profissional.

Artigo 18 - Compete ao Presidente da CEE;

I - Convocar, presidir e coordenar conforme pauta elaborada pelo mesmo as reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem;

II - Propor atividades de planejamento semestral e redação de documentos que serão discutidos

e submetidos à aprovação pela CEE;

III - Averiguar as denúncias recebidas envolvendo profissionais de enfermagem e instaurar sindicâncias diante de indícios de infração ética-administrativa;

IV - Delegar para as sindicâncias instauradas, um presidente, secretário e vogal, estabelecendo suas respectivas funções;

V - Encaminhar relatório final da sindicância à Direção de Enfermagem para conhecimento e providências administrativas, bem como enviar relatório final arrolado de documentos comprobatórios e respectivas declarações de oitivas para o COREN-GO, para julgamento e providências cabíveis;

VI - Representar a CEE na Instituição e no COREN-GO, ou quando se fizer necessário, podendo integrar a Comissão de Ética Interprofissional da Instituição;

VII - Encaminhar decisões da CEE ao setor competente, de acordo com a situação;

VIII - Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o relatório anual, garantindo o envio de uma cópia, até o dia 15 (quinze) de janeiro cada ano, à Direção de Enfermagem e à Comissão de Ética do COREN-GO;

IX - Representar o COREN-GO em eventos, segundo solicitação do órgão;

Artigo 19 - Compete aos membros titulares da CEE:

I - Comparecer e participar das reuniões, e quando impedido de comparecer, convocar a presença do suplente;

II - Emitir parecer sobre as questões propostas e participar, através de voto, das decisões a serem tomadas pela CEE;

III - Participar da elaboração e execução de atividades e relatórios anuais, bem como de programações relacionadas aos aspectos éticos, promovidos pela CEE ou por outras entidades;

IV - Representar a CEE quando solicitado pelo Presidente;

Parágrafo único: O membro delegado como Secretário deve secretariar as atividades da CEE, dar encaminhamento das deliberações do Presidente, registrar as reuniões em ata e providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos. Também lhe compete representar a CEE nos impedimentos do Presidente e suplente respectivo.

Artigo 20 - Compete aos membros suplentes da CEE:

I - Participar das reuniões promovidas pela CEE;

II - Substituir os respectivos membros titulares nos seus impedimentos, inclusive o suplente de Presidente, assumindo as competências do membro titular;

III - Participar da elaboração e execução das atividades promovidas pela CEE.

CAPÍTULO IV - DO FUNCIONAMENTO



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

Artigo 21 - A CEE deverá reunir-se pelo menos a cada 30 (trinta) dias, sob convocação do Presidente, devendo a própria Comissão estabelecer um cronograma semestral de reuniões ordinárias.

Parágrafo único. A Comissão deverá estabelecer a necessidade de reuniões extraordinárias, cabendo ao Presidente a convocação ou ocorrer por autoconvocação pela maioria dos seus integrantes, ou pelo COREN-GO.

Artigo 22 - Toda reunião deverá acontecer com quórum mínimo de 50% mais um dos membros do grupo, verificado até 15 (quinze) minutos após a hora marcada para o início das mesmas.

Parágrafo único - Na ausência de quórum a reunião deverá ser suspensa e feita nova convocação.

Artigo 23 - As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da Comissão ou, na ausência deste, por seu Suplente.

Artigo 24 - Em toda reunião será lavrada ata, pelo Secretário nomeado ou por seu respectivo suplente, constando a relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões tomadas e os encaminhamentos deliberados.

Artigo 25 - Em caso de impedimento do membro titular de comparecer à reunião ordinária ou extraordinária, este deverá solicitar ao seu suplente o comparecimento.

Parágrafo 1º - Os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar formalmente a ausência na reunião até o término desta.

Parágrafo 2º - Os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar antecipadamente sua ausência em reuniões por ocasião de férias ou licenças, sendo substituído pelo suplente em todo o período de ausência.

Parágrafo 3º - Os membros titulares e/ou suplentes poderão justificar até duas ausências consecutivas, sendo no máximo de três ao ano.

Artigo 26 - Qualquer membro que deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas, sem justificativa, será destituído da Comissão, devendo ser substituído.

Artigo 27 - As decisões/deliberações da CEE serão tomadas por maioria simples de seus membros titulares ou de seus suplentes, quando na condição de substituto, sendo prerrogativa do Presidente o "voto Minerva" em caso de empate.

Parágrafo 1º - Os membros efetivos terão direito a voz e voto.

Parágrafo 2º - Os membros suplentes poderão participar de todas as reuniões com direito a voz e, nos casos em que estiverem substituindo um membro efetivo, terão direito a voto.

Parágrafo 3º - É indicada a participação dos membros suplentes em todas as reuniões, independentemente de estarem ou não substituindo membros efetivos.

Artigo 28 - Os atos da CEE relativos à sindicância ou fiscalização, deverão ser estritamente sigilosos.

Artigo 29 - A sindicância deverá ser instaurada mediante:

I - Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;



II - Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;

III - Deliberação da própria CEE;

IV - Determinação do Conselho Regional de Enfermagem.

Artigo 30 - Para execução da sindicância o Presidente da CEE nomeará e convocará 03 (três) membros: 01 (um) enfermeiro que assumirá a função de Presidente, 01 (um) enfermeiro ou técnico em enfermagem para função de Secretário e 01 (um) enfermeiro ou técnico em enfermagem para função de Vogal.

Artigo 31 -A comissão de sindicância constituída terá como atribuições: convocar ou convidar as pessoas envolvidas na denúncia, tomar depoimentos, analisar documentos e elaborar relatório conclusivo, considerando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, sem emissão de juízo de valor, no prazo de 30 (trinta) dias a partir da data de abertura da sindicância, podendo ser prorrogável por mais 15 (quinze) dias sob justificativa apresentada ao Presidente da CEE.

Artigo 32 - Aberta a sindicância para esclarecimentos à Comissão de Sindicância, deverá:

I - Comunicar o fato aos principais envolvidos;

II - Proceder a convocação, quando tratar-se de profissional de enfermagem, ou convite através de memorando para outras pessoas envolvidas, com antecedência de no máximo 05 (cinco) dias, para realização das oitivas (depoimentos), com data, horário e local determinados, devendo ser registrado em livro de protocolo da CEE.

Parágrafo 1º - Se o convocado não comparecer na data da sindicância, deverá apresentar justificativa por escrito à CEE até 48 (quarenta e oito) horas após a referida data.

Parágrafo 2º - Diante de justificativa do não comparecimento, deverá ser feita segunda e última convocação, com prazo máximo de 03 (dias).

Parágrafo 3º - Em caso de não comparecimento e não apresentação da justificativa, a CEE deverá comunicar o fato ao COREN-GO, para análise.

Artigo 33 - Todos os documentos relacionados aos fatos da denúncia deverão ser mantidos junto à sindicância, ficando sob esta comissão a responsabilidade da guarda e do sigilo.

Parágrafo único - O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à CEE, preservando assim o sigilo.

Artigo 34 - O presidente da sindicância conduzirá a tomada de depoimentos e o secretário será responsável pelos registros, cabendo ao vogal acompanhar todo o trabalho e colaborar no que for necessário.

Artigo 35 - Ao final de cada depoimento, o depoente deverá ler e se concordar com o que estiver assentado, assinar o relato; caso contrário, é permitido ao depoente fazer quaisquer alterações no texto até o momento de sua assinatura. Cada integrante da comissão de sindicância também deverá assinar.

Parágrafo 1º - Havendo mais de uma página, todas deverão ser rubricadas pelos presentes e assinadas com nome completo na última página.



Parágrafo 2º - Caso necessário, a CEE poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Artigo 36 - Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a Presidente da CEE deverá encaminhar o Relatório Final com o processo devidamente instruído ao COREN-GO, para tramitação competente.

Artigo 37 - Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir o Código de Ética, a CEE poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir Relatório Final para o COREN-GO.

Parágrafo 1º - Ocorrendo à conciliação, a CEE lavrará tal fato em ata específica.

Parágrafo 2º - Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Artigo 38 - Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da CEE, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

Artigo 39 - Havendo vínculo ou qualquer relação com as partes representadas, qualquer integrante da comissão poderá optar em não participar da sindicância após deliberação dos membros da comissão.

Artigo 40 - Ao término da sindicância deverá ser entregue um comunicado ao denunciado informando os devidos encaminhamentos.

CAPÍTULO V - DO PROCESSO ELEITORAL

Artigo 41 - O escrutínio para eleição de membros da CEE será realizado, preferencialmente, através de voto facultativo, secreto e direto, sendo os candidatos eleitos pelos seus pares.

Artigo 42 - A CEE vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, que será responsável pela condução e organização de todo o processo eleitoral, incluindo elaboração do edital, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

Artigo 43 - A Comissão Eleitoral deverá ser composta por três membros da CEE, elegendo entre seus componentes um Presidente e um Secretário. Parágrafo único - É incompatível a condição de membro da Comissão Eleitoral com a de candidato para compor a comissão seguinte.

Artigo 44 - Os materiais necessários para o desenvolvimento de todo o processo eleitoral serão de responsabilidade da Direção de Enfermagem da respectiva instituição, devendo ser solicitado pela Comissão Eleitoral.

Artigo 45 - O edital para a eleição de novos membros para CEE, com a convocação de candidatos para o pleito, deverá ser divulgado, após autorização do COREN-GO e do Responsável Técnico da instituição, com no mínimo 45 (quarenta e cinco) dias de antecedência da data estabelecida para o pleito eleitoral.

Parágrafo único. O Presidente da CEE deverá encaminhar cópia do edital de convocação da eleição, ao COREN-GO, no mesmo dia em que for publicado na instituição.

Artigo 46 - Os profissionais de Enfermagem deverão constituir Chapas, e apresentá-las à

Comissão Eleitoral, considerando o período de no mínimo 15 (quinze) dias antes da eleição.

Parágrafo 1º - Os candidatos ao pleito deverão possuir no mínimo 01 (um) ano de inscrição definitiva, estando em dia com as suas obrigações junto ao COREN-GO, não estando envolvido em processo ético no COREN-GO, e não respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

Parágrafo 2º - Compete à Comissão Eleitoral solicitar aos candidatos Certidão Negativa expedida pelo COREN-GO.

Parágrafo 3º - As Chapas deverão ser constituídas obrigatoriamente por dois grupos:

I - Grupo I – correspondente ao Quadro I da categoria de Enfermeiros, devendo ser composto por 04 (quatro) Enfermeiros, sendo 02 (dois) membros titulares e 02 (dois) suplentes;

II - Grupo II – correspondente aos Quadros II e III, respectivamente da categoria Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, devendo ser composto por 08 (oito) profissionais, sendo 04 (quatro) de cada categoria para ocupar posições de titulares e seus respectivos suplentes, em igual número.

Parágrafo 4º - Cada Chapa poderá indicar, no ato da inscrição, até dois fiscais, entre os profissionais de Enfermagem da instituição, para o acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração.

Parágrafo 5º - A Comissão Eleitoral deverá enviar ao COREN-GO a relação das Chapas inscritas, com identificação de seus candidatos e seus respectivos fiscais, para averiguação das condições de elegibilidade, e em seguida realizar o processo de divulgação da eleição.

Artigo 47 - Após a formação das chapas, a Comissão Eleitoral poderá confeccionar cartazes com a composição da chapa, informando data, local e horário das eleições.

Artigo 48 - Some poderão votar os profissionais inscritos no COREN-GO, que não estejam em débito com este órgão, que não estejam envolvidos em processo ético no COREN-GO, e nem respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

Parágrafo único. O COREN-GO fornecerá à Comissão Eleitoral a relação dos profissionais de Enfermagem da entidade que estiverem devidamente inscritos e em condições de votar e serem votados.

Artigo 49 - O local para a realização do pleito será definido pela Comissão Eleitoral juntamente com a Direção de Enfermagem da Instituição.

Artigo 50 - A eleição deverá ser realizada durante o horário de trabalho, respeitando todos os turnos.

Artigo 51 - A eleição só terá legitimidade se o número de votantes for no mínimo a metade mais um, por categoria profissional e com vínculo empregatício com a instituição.

Parágrafo único. Quando o número de votantes for inferior ou igual ao número de não votantes, deverá ocorrer uma nova eleição.

Artigo 52 - A apuração dos votos será realizada pela Comissão Eleitoral, na presença dos fiscais,



se houver, ou de outros interessados, imediatamente após o encerramento do pleito.

Artigo 53 - Somente as cédulas sem rasuras e os votos que não apresentarem dúvidas serão considerados válidos.

Artigo 54 - Será considerada eleita a Chapa que obtiver maior número de votos válidos.

Artigo 55 - Em caso de empate será vencedora a Chapa que tiver maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de inscrição no COREN-GO, e se ainda assim, mantiver o empate, será adotado o critério de maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de atuação na instituição.

Artigo 56 - As Chapas que receberam votos, mas não tenham sido eleitas deverão também ser relacionadas na ata da eleição e constar na lista dos resultados das eleições, a ser encaminhada ao COREN-GO.

Artigo 57 - Todas as ocorrências referentes ao processo eleitoral serão registradas em ata, assinada pelo presidente, secretário e demais membros da Comissão Eleitoral e enviadas para o COREN-GO.

Parágrafo único. O presidente da Comissão Eleitoral encaminhará ao Presidente da CEE n vigente e ao Gerente de Enfermagem da instituição, o resultado da eleição imediatamente após o término do pleito.

Artigo 58 - A Comissão Eleitoral proclamará os resultados da eleição através de edital interno, imediatamente após o recebimento de uma cópia da ata da eleição.

Parágrafo 1º - A Comissão Eleitoral divulgará a lista nominal de todos os votados na Instituição.

Parágrafo 2º - A lista deverá informar sobre:

I - O nome dos membros efetivos, sua categoria profissional e seu número de inscrição junto ao COREN-GO.

II - O nome dos membros suplentes, sua categoria profissional, e seu número de inscrição junto ao COREN-GO.

III - O nome dos profissionais que compunham outras chapas e que receberam votos, sua categoria profissional, e o seu número junto ao COREN-GO.

Artigo 59 - A CEE enviará ao COREN-GO, o resultado do pleito no prazo de 05 (cinco) dias.

Artigo 60 - Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito, em duas vias, à Comissão Eleitoral em um período inferior há 48 (quarenta e oito) horas, após a data da publicação dos resultados, em segunda instância à CCE e, por último, à instância superior – o COREN-GO.

Parágrafo único - Os recursos serão analisados pela Comissão Eleitoral e enviado ao departamento jurídico do COREN-GO para os devidos julgamentos, em um período de 05 (cinco) dias.

Artigo 61 - Os membros integrantes da Chapa eleita assumirão o mandato após homologação da eleição pelo COREN - GO.



Parágrafo único - Somente após a homologação pelo Plenário do COREN-GO, e a nomeação por Portaria emitida pelo seu Presidente, a nova CEE estará oficialmente autorizada para iniciar suas atividades definidas neste regimento.

Artigo 62 - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral, podendo esta formular consultas ao COREN-GO.

Capítulo VI - Das Disposições Finais

Artigo 63 - A CCE norteará suas atividades pelo regimento interno e pelas normas ético-legais estabelecidas pelo COFEN e COREN-GO.

Artigo 64 - Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEE, da Direção de Enfermagem da instituição ou da Comissão de Ética do COREN-GO.

Parágrafo único - A alteração será submetida à aprovação em reunião ordinária e/ou extraordinária da CEE da instituição e à homologação da Plenária do COREN-GO.

Artigo 65 - O Órgão de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CEE.

Artigo 66 - Este regimento interno entrará em vigor na data da publicação.

2.22.2.3. Cronograma de Atividade Anual

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM (CEE)												
TAREFAS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Eleição dos membros da Comissão												
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões ordinárias da Comissão												
Treinamentos - Levantamento de Necessidades												
Oficina de capacitação sobre Ética de Enfermagem												
Acompanhamento das ações desenvolvidas												
Elaboração de relatórios de avaliação e acompanhamento												



2.23. Desenvolvimento da unidade

2.23.1. PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE INDIVIDUALIZADA PARA O ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

A cultura da segurança é o produto de valores, seja de um indivíduo ou de um grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento, que de forma sinérgica e contínua determinam o envolvimento de uma organização frente ao gerenciamento da segurança do paciente.

O FAS acredita que a criação e sustentação de uma cultura de segurança institucional é o grande alicerce dessas ações em todos os níveis hierárquicos, pois é a partir dela que iniciativas individuais e coletivas brotam de forma espontânea de todos aqueles profissionais que se encontram ligados diretamente à assistência ao paciente. Nessa orientação, trabalharemos com programa de educação permanente com foco na segurança assistencial para todos os Usuários da Unidade objeto deste edital.

A política da gestão nas unidades que gerenciamos valoriza o processo de ensino a seus profissionais e atua no viés da Educação Permanente em Saúde (EPS), definição adotada pelo Ministério da Saúde como sendo a aprendizagem no trabalho onde o aprender e o ensinar estão incorporados ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

- **Diretrizes para adoção do Plano Anual de Educação Continuada**

Será elaborado um Plano de Educação Continuada anualmente, desenvolvendo atividades de capacitação para seus profissionais, possibilitando a qualidade de vida no ambiente de trabalho, progressão por capacitação e qualificação de acordo com o plano de carreira.

- **Tempo de implantação**

A melhoria contínua da qualidade faz parte do nosso planejamento, uma vez que visamos à implantação de programas que promovam a melhoria da qualidade em até 90 dias e com reavaliação mensal, possibilitando assim uma prestação com maior qualidade e no menor espaço de tempo possível após a sua implantação.

O programa poderá ser implantando como um plano estratégico que, ao longo do tempo, passa a ser incorporado na rotina, contribuindo para a conquista da qualidade total e tendo como vantagem o fato de provocar mudanças comportamentais em todos os níveis hierárquicos.

- **Alguns objetivos desse programa são**

- Melhoria do ambiente de trabalho;
- Prevenção de Acidentes;
- Incentivo a criatividade;
- Redução de custos;



- Eliminação de desperdício;
- Desenvolvimento do trabalho em equipe;
- Melhoria das relações humanas;
- Melhoria da qualidade de produtos e serviços.

A educação permanente em saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor, para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde.

A escolha da educação permanente em saúde como ato político de defesa do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) decorreu do desafio para que o setor da saúde correspondesse às necessidades da população, conquistasse a adesão dos trabalhadores, constituísse processos vivos de gestão participativa e transformadora e seduzisse docentes, estudantes e pesquisadores à mais vigorosa implementação do SUS.

Uma instituição se faz de pessoas, de coletivos, e ambos fazem a instituição. Todos e cada um dos profissionais de saúde trabalhando no SUS, na atenção e na gestão do sistema, têm ideias, conceitos e concepções acerca da saúde e da produção; do sistema de saúde, de sua operação e do papel que cada profissional e que cada unidade deve cumprir na organização das práticas de saúde. É a partir dessas concepções que cada profissional se integra às equipes ou agrupamentos de profissionais em cada ponto do sistema.

O programa de educação permanente, principalmente na área de saúde é uma proposta político-pedagógica que coloca, o cotidiano do trabalho ou da formação em constante análise, sendo capaz de identificar prontamente as demandas de conhecimento necessárias para uma otimização do atendimento ao paciente. O objeto de transformação é o sujeito no processo de trabalho, orientado para melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Para produzir mudanças de modelos de gestão e de atenção, é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe, e construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem o SUS da atenção integral à saúde. Não bastam novas informações, mesmo que preciosamente bem comunicadas, senão para a mudança, transformação ou crescimento.

A escolha pela educação permanente em Saúde é a escolha por novas maneiras de realizar atividades, com maior resolutividade, maior aceitação e maior compartilhamento entre os coletivos de trabalho, querendo a implicação profunda com os usuários dos sistemas de saúde, com os coletivos de formulação e implementação do trabalho.

Dessa forma, a educação permanente é o elo entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades de trabalho, quando o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das pessoas



e das organizações de saúde. Essa estratégia, além de possibilitar a atualização técnica dos profissionais de saúde, permite a reflexão e análise crítica dos processos de trabalho e dos processos de formação, facilitando a identificação de problemas e a elaboração de estratégias para a superação dos mesmos.

Portanto, a lógica da educação permanente em saúde é descentralizadora, ascendente e tanto interdisciplinar quanto multidisciplinar, visando promover a democratização institucional, incentivar a capacidade de aprendizagem e o enfrentamento criativo das demandas e necessidades de saúde.

As atividades de Educação em Saúde estão inseridas no dia a dia das unidades da gestão do Instituto como por exemplo nos espaços das reuniões semanais de equipe e discussões de casos entre profissionais.

Ciente destes conceitos, e da importância que a educação permanente representa dentro das instituições de saúde, o FAS através de seu centro de estudos, desenvolverá ações de capacitação, principalmente, nas seguintes vertentes:

2.23.1.1. Educação Continuada a Distância (EAD)

Consciente da dificuldade em mobilizar uma grande quantidade de colaboradores para cursos presenciais, levando em consideração o contingente total de funcionários trabalhando na unidade, a dificuldade de conciliar os horários, implementaremos na unidade o uso da plataforma Ensino a Distância.

Essa plataforma permite a criação de cursos "on-line", grupos de trabalho e comunidades de aprendizagem.

Todos os colaboradores possuirão inscrição na plataforma e poderão acessar as aulas, cursos e palestras, durante a permanência no plantão.

Para isso, serão disponibilizados equipamentos de TI para os cursos. Dessa maneira, todos terão acesso à informação, sem atrapalhar o atendimento ao paciente.

Ao acessar a plataforma, o sistema permite que haja controle dos colaboradores que já assistiram o tema indicado a cada profissional.

Além disso, durante o tempo determinado para que o curso seja ministrado aos funcionários (que poderá variar devido à importância ou o público alvo necessário), a equipe do centro de estudos ficará à disposição para acompanhar a participação dos colaboradores, sanar dúvidas e enfatizar os pontos mais importantes sobre o assunto em questão.

Consciente de que o EAD é o futuro da educação, o FAS disponibilizará diversos cursos, o acesso ao conteúdo aos colaboradores da instituição.

O FAS, oferece à equipe técnica dos seus projetos o Núcleo de educação Permanente oferecendo treinamentos presenciais nas áreas de trabalho, em salas de aula e oferece também uma plataforma web em ambiente cloud para criação e acompanhamento dos cursos, controle de

presença, emissão de certificados e relatórios;

A ferramenta oferece também:

- A aplicação de pré-teste, pós-testes e *checklist* para avaliação de conhecimento habilidades e atitudes.
- Acompanhamento de indicadores assistenciais e de qualidade.
- Acesso a toda a Biblioteca de Soluções Educacionais;
- Conteúdos complementares de Ensino à Distância;
- Certificação para os profissionais treinados.

Vantagens da Metodologia:

- Maior retenção a longo prazo
- Aplicado de imediato à prática
- Aprendizado a partir de problemas reais e experiências prévias dos profissionais.
- Maior motivação devido a participação ativa dos profissionais.
- Prática segura - sem risco para o paciente e sem risco para os profissionais
- Desenvolvimento do raciocínio crítico e da capacidade na tomada de decisão
- Preparo técnico e emocional para a prática assistencial;
- Melhora dos Desfechos Clínicos e Economia de Recursos.

• **Forma de Implantação, Implementação e Funcionamento das Atividades de Educação Permanente**

A cultura da segurança é o produto de valores, seja de um indivíduo ou de um grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento, que de forma sinérgica e contínua determinam o envolvimento de uma organização frente ao gerenciamento da segurança do paciente.

O FAS acredita que a criação e sustentação de uma cultura de segurança institucional é o grande alicerce dessas ações em todos os níveis hierárquicos, pois é a partir dela que iniciativas individuais e coletivas brotam de forma espontânea de todos aqueles profissionais que se encontram ligados diretamente à assistência ao paciente. Nessa orientação, trabalharemos com programa de educação permanente com foco na segurança assistencial para a Unidade.

Não obstante aos cursos da plataforma, também serão disponibilizadas capacitações presenciais, seguindo o cronograma proposto abaixo, para um período de 12 meses, que poderá ser alterado a qualquer momento, mediante solicitação do parceiro público.

- Prevenção e Combate a incêndios na empresa (prática e teoria);
- Atendimento de Urgência e Emergência (prática e teoria);
- Análise de Acidente do Trabalho (investigação, causa e efeito);
- Metodologia para realizar inspeções básicas em máquinas, equipamentos e instalações;
- Análise de riscos (metodologia e aplicação);



- Tipos de EPI's empregados no local de enfrentamento ao Covid-19;
- Uso correto de EPI's, higienização, guarda e conservação;
- Responsabilidades trabalhistas (empregador / empregado);
- Doenças Sexualmente Transmissíveis (AIDS);
- Doenças ocupacionais relacionadas ao Trabalho (DORT);
- Os 5 Sentidos e aplicação no ambiente laboral;
- Gestão pela qualidade total (GQT);
- Legislação previdenciária.



Nos disponibilizamos a oferecer além dos cursos acima mencionados, os que se fizerem necessários, ao avaliar as necessidades dos colaboradores e suas demandas, assim como a pedido do gestor público.

O plano de treinamento, educação permanente e continuada também engloba patrocínio aos profissionais para participação em congressos, divulgação de materiais de estudo, atualização de protocolos e rotinas, estruturação coletiva de procedimentos padrões, dispersão de boas práticas, ambientes eletrônico para troca de experiências do serviço, apresentação de estudos de caso, estímulo a realização e publicação de pesquisas, eventos de aula teórica, dentre outros, para que os profissionais de saúde das quatro unidades de saúde primem pela excelência tanto técnica, como de internalização dos conceitos envolvidos na humanização da assistência.

• **Cronograma de Ações**

AÇÃO	RESPONSÁVEL	INÍCIO	TÉRMINO
Realizar um diagnóstico situacional da capacitação dos profissionais e das equipes dos diferentes setores da unidade	Coordenadores e Gerentes	Na assunção da gestão	15 DIAS
Criar um núcleo de Educação Permanente (NEP)	Direção da Unidade	5 dias	15 dias
Realizar o levantamento das necessidades de treinamento (LNT), um trabalho conjunto do NEP com os gestores de cada setor	Assessor de qualidade educação permanente	15 dias	30 dias
Elaborar um cronograma anual dos treinamentos necessários, nas modalidades presencial e online através de plataforma EAD;	Assessor de qualidade educação permanente junto as coordenações e gerencias	30 dias	45 dias
Realizar pré-teste antes, pós-testes imediato e 3 meses após os treinamentos dos colaboradores para avaliar o conhecimento técnico e a melhora do desempenho após o treinamento;	Assessor de qualidade educação permanente junto as coordenações e gerencias	45 dias	Contínuo
Iniciar a capacitação pelos treinamentos prioritários dos setores assistenciais e administrativos setor a setor, com a participação dos RTs no intuito da cultura de multiplicadores do saber;	Assessor de qualidade educação permanente junto as coordenações e gerencias	45 dias	Contínuo
Envolver os colaboradores na função de facilitadores das capacitações conforme área do domínio de conhecimento;	Assessor de qualidade educação permanente	45 dias	Contínuo
Desenvolver os treinamentos das equipes nos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs);	Assessor de qualidade educação	45 dias	Continuo



AÇÃO	RESPONSÁVEL	INÍCIO	TÉRMINO
	permanente junto as coordenações e gerencias		
Aplicar capacitações para os gestores seguindo a análise do LNT;	Assessor de qualidade e educação permanente	45 dias	Contínuo
Promover encontros para discussão de casos clínicos e administrativos em equipe, roda de conversas ao menos 1 vez por semana segundo agenda dos setores, para avaliar as experiências exitosas e onde será necessário investir mais em mudanças e novas soluções, como principal fonte de educação permanente no trabalho;	Assessor de qualidade e educação permanente junto as coordenações e gerencias	30 dias	Trimestral
Promover sessões clínicas para discussão de casos clínicos com residentes e estagiários;	coordenações e gerencias	60 dias	Mensais
Desenvolver treinamentos intersetoriais e interdisciplinares buscando a integralidade do serviço prestado ao usuário;	Assessor de qualidade e educação permanente junto as coordenações e gerencias	60 dias	Bimensais
Envolver cada setor como replicador de conhecimento transversal;	Assessor de qualidade e educação permanente junto as coordenações e gerencias	15 dias	Contínuo
Realizar reuniões de gestão com o apoio técnico da sede da OSC para constante reavaliação das necessidades de novos treinamentos e novas modalidades.	Direção geral	30 dias	Mensal

Além dos treinamentos internos continuados pelos profissionais da Unidade do contrato de gestão, tendo em vista que para alguns grandes temas como Suporte de Vida e Sepsis endente-



se a necessidade da contratação de empresas especializadas em treinamento e capacitação. Esses conhecimentos exigem técnicas de ensino práticas, comportamentais, com uso de simuladores avançados (manequins computadorizados que reagem como se fossem seres humanos, com fisiologia simulada) ou espaços criados para simulação real (simulador de ambulância em espaço de vias públicas). Além de uma sorte de técnicas de ensino, ambiente de multimídia para análise das sessões de treinamento, discussão de casos, dentre outros.

Utilizamos como estratégia preferencialmente os cursos montados especificamente para as equipes das unidades de saúde, reforçando saberes que se mostraram necessários na prática diária, e que atendam ao perfil do serviço

2.23.1.2. Metodologia e Diretrizes para adoção do Plano Anual de Educação Continuada

Será elaborado um Plano de Educação Continuada anualmente, desenvolvendo atividades de capacitação para seus profissionais, possibilitando a qualidade de vida no ambiente de trabalho, progressão por capacitação e qualificação de acordo com o plano de carreira.

A equipe de Educação Permanente juntamente com os gestores da unidade sob sua gestão organiza em conjunto um cronograma de encontros anuais para abordagem de temas em saúde, bem como discussão técnica dos indicadores de saúde produzidos pelas unidades, a fim de contribuir para a melhoria do desempenho e da qualidade da assistência prestada à população. Todos os novos colaboradores ao serem inseridos no Hospital, recebem um treinamento inicial de integração com orientações sobre a política de funcionamento do Hospital, sobre fluxo de acidente de trabalho, sobre as normas e procedimentos internos estabelecidos para conduzir e direcionar os colaboradores em relação a como eles devem agir dentro da unidade de saúde, sobre férias, folha de pagamento, benefícios, prevenção e combate ao incêndio, atestados, e sobre a medicina do trabalho.

E em seguida nos primeiros três meses da contratação dos colaboradores, acontece uma imersão do trabalhador na sua área de atuação, chamada de Introdutório, quando treinamentos no formato de oficinas de troca de experiências e novos aprendizados são aplicados para as equipes de saúde.

Nossa proposta de treinamento serão intensas na assunção da gestão da Unidade. A coordenação do Núcleo de Educação Permanente do Hospital promoverá capacitações regulares diárias, e extraordinárias conforme necessidade.

2.23.1.3. Tempo de implantação

A melhoria contínua da qualidade faz parte do nosso planejamento, uma vez que visamos à implantação de programas que promovam a melhoria da qualidade em até 90 dias e com reavaliação mensal, possibilitando assim uma prestação com maior qualidade e no menor espaço de tempo possível após a sua implantação.



O programa poderá ser implantando como um plano estratégico que, ao longo do tempo, passa a ser incorporado na rotina, contribuindo para a conquista da qualidade total e tendo como vantagem o fato de provocar mudanças comportamentais em todos os níveis hierárquicos.

2.23.1.4. Cronograma de Implantação do Programa de Educação Permanente

Item	Etapas De Execução	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
1	Levantamento de necessidades de treinamento por LNT.												
2	Definição dos treinamentos a serem realizados.												
3	Realização de 3 a 4 treinamentos/mês												
4	Contato com os gestores das áreas												
5	Preparação do material a ser utilizado												
6	Busca de salas para realização												
7	Busca de equipamentos para realização sempre que necessário												
8	Treinamento para equipe												
9	Acompanhamento dos indicadores desempenho												
	Período de execução												

Alguns objetivos desse programa são:

- Melhoria do ambiente de trabalho;
- Prevenção de Acidentes;
- Incentivo a criatividade;
- Redução de custos;
- Eliminação de desperdício;
- Desenvolvimento do trabalho em equipe;
- Melhoria das relações humanas;
- Melhoria da qualidade de produtos e serviços.

2.23.2. FLUXO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DE EQUIPAMENTOS PARA A UNIDADE DE SAÚDE

O desenvolvimento de programas de manutenção preventiva, em diversos grupos de manutenção de equipamentos, tem por objetivo ampliar a vida útil dos equipamentos, reduzir os custos com manutenções corretivas e aumentar a segurança e o desempenho dos mesmos.

Os serviços a serem executados por empresa terceirizada deverão obedecer rigorosamente:

- As normas técnicas cabíveis da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT;
- A legislação vigente sobre Segurança do Trabalho, em especial o que determina a Portaria Ministerial no 3.214, de 08/06/78, do Ministério de Trabalho, e suas alterações, que



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

dispõe sobre as Normas Regulamentadoras;

- Fornecer, gratuitamente, ao pessoal sob sua responsabilidade, o Equipamento de Proteção Individual – EPI adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento, sempre que as medidas de proteção coletiva forem tecnicamente inviáveis ou não oferecerem proteção;
- As normas internacionais consagradas, na falta das normas da ABNT;
- As prescrições e recomendações dos fabricantes dos materiais;
- Treinar e orientar os colaboradores para o uso adequado e obrigatório do EPI, substituindo-o quando danificado ou extraviado e se responsabilizando pela sua higienização e manutenção;
- Executar, quando necessário, sinalização de segurança conforme legislação vigente, inclusive no que diz respeito a isolamento de área de trabalho, visando também, onde necessário, a proteção de terceiros.

Nenhuma modificação será realizada nas especificações dos serviços sem autorização expressa do Gerenciador do Contrato.

Os serviços que porventura forem atrapalhar as atividades normais da Unidade, tais como remoção/demolição, devido à intensidade dos ruídos, pintura, que causa desconforto aos servidores, ou ainda aqueles que causam a interdição dos locais de trabalho serão realizados após anuência da Secretaria de saúde.

2.23.2.1. Organização para o serviço equipamentos

As atividades da Engenharia Clínica auxiliam na gerência dos equipamentos médicos das instituições de saúde, com ferramentas para administrar seus recursos tecnológicos desde a aquisição até o abandono, utilizando ao máximo sua capacidade e utilização mais apropriada destes equipamentos.

O Serviço de Engenharia Clínica dedicar-se-á a prover um uso eficiente aos dispositivos existentes nos ambientes de atendimento à saúde, especialmente aos equipamentos médicos. Em suas atividades destacam-se acompanhamento, aquisição, operação, treinamentos, parâmetros de qualidade e manutenção dos equipamentos. Também efetuará a interação com o corpo profissional da UPA para, usando uma linguagem de comum compreensão, atingir as metas de efetividade na utilização da tecnologia nos hospitais.

2.23.2.2. Atividades

Implantação e gestão do Setor de Engenharia Clínica, responsável pela supervisão dos equipamentos médico e execução de serviços de manutenção corretiva e de manutenção preventiva de baixa complexidade.

O setor será tecnicamente capaz de fazer a interface da Unidade com os fornecedores de



equipamentos e seus prestadores autorizados.

Serão desenvolvidas as atividades a seguir:

- Gestão informatizada de manutenção preventiva e corretiva;
- Análises e acompanhamento de custo de manutenção;
- Análises e acompanhamento de contratos de manutenção;
- Análise de ciclo de vida dos equipamentos médicos;
- Coordenação das manutenções corretivas sejam elas realizadas internamente ou serviços externos;
- Aferição e calibração de rotina de equipamentos médicos de acordo com normas e certificações, com testes de desempenho realizados com os equipamentos de análise disponibilizados pela empresa citados em seguida;
- Implantação de programa de manutenção preventiva e controle de qualidade com análise de segurança em equipamentos médico-hospitalares;
- Educação continuada sobre operação e segurança dos equipamentos para corpo clínico e de enfermagem.

2.23.2.3. Rotinas / fluxo operacional

O FAS fará a manutenção ininterrupta de equipamentos, visando à obtenção de adequadas condições de funcionamento para sua utilização na Unidade, incluindo mão de obra qualificada, ferramental adequado e insumos e reposição de peças danificadas.

A manutenção de equipamentos deverá observar além das boas práticas, as normas vigentes estabelecidas pelos órgãos regulamentadores, conforme RDC Nº 2, de 25 de janeiro de 2010, que dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde, em estabelecimentos de saúde, legislação do Ministério do Trabalho, NR 32 e demais normas e legislações vigentes no que tange ao controle físico e funcional dos equipamentos, mantendo sempre dentro dos parâmetros de calibração preconizados pelos fabricantes.

As manutenções que necessitem interrupções de processos serão agendadas previamente para reduzir ativamente o risco de reparos e trabalhos de manutenção que possam ou não, afetar a Unidade.

O FAS manterá organizada toda a documentação referente a projetos, planos, plantas, instalações, equipamentos, características, garantias etc. de todos os ativos sobre os quais realizará a manutenção.

Como responsável pelo controle, guarda e manutenção dos equipamentos, atenderemos às exigências do serviço de acordo com os parâmetros que definem correta utilização.

Executaremos a manutenção dos equipamentos de forma programada, e incluiremos as atividades de limpeza, medições, comprovações, regulamentações, verificações, ajustes, regulagens, engraxamentos, calibração, substituição de partes defeituosas e todas as ações para



assegurar um estado ótimo dos equipamentos a partir do ponto de vista funcional, de segurança, de rendimento energético, e ainda de proteção ao meio ambiente, reduzindo as operações de manutenção corretiva.

Para isso, elaboraremos um detalhado Programa de Manutenção Preventiva (PMP) que contemplará para cada ativo ou grupo de equipamentos.

A manutenção corretiva será realizada em todos os equipamentos onde ocorrer uma Não Conformidade empreendendo todos os tipos de ações para sua reparação e colocação em operação nos prazos mais exíguos possíveis, colocando à disposição pessoas capacitadas nas 24 horas do dia para cobertura das emergências.

O FAS proporcionará um serviço global de reparos para manutenção corretiva, incluindo um serviço imediato nos trabalhos que surjam de petições ou Solicitações de Trabalho de emergência, de urgência e de rotina do serviço.

A manutenção técnico-legal será executada nos equipamentos que, de acordo com as especificações dos regulamentos, tanto de caráter geral, comunitário, nacional ou local, de cumprimento obrigatório, assim o requeiram.

Para efeitos de planejamento, a operação será a mesma que a indicada para a Manutenção Preventiva no parágrafo anterior.

Incluem-se na manutenção técnico-legal as inspeções periódicas a realizar, para o cumprimento das normas vigentes. O FAS assumirá a responsabilidade de planejar e organizar tais inspeções, assim como seu custo.

O FAS será responsável:

- Por todas as ações corretivas e sanções que surjam dessas inspeções, e se responsabilizará por aqueles trabalhos que assegurem que os equipamentos alcancem e mantenham os padrões requeridos para satisfazer os requisitos dos testes regulamentares;
- Pela modificação total ou parcial dos equipamentos derivadas de qualquer mudança da legislação, durante a vigência do contrato;
- Por experimentar, etiquetar e verificar todos os equipamentos portáteis de medida, conforme exigido pelas normas correspondentes. Essas medidas incluem o seguinte, mas sem se limitar a elas:
 - Calibrar e certificar todos os equipamentos portáteis, manômetros e equipamentos de medição;
 - Testar e certificar todos os instrumentos fixos e executar os reparos, alterações e ajustes necessários;
 - Garantir que todos os equipamentos tenham sido testados e possuam a correspondente certificação.

Além da legislação e das recomendações destacadas no plano geral detalhado, das obrigações



a serem cumpridas pela lei e das boas práticas, levaremos em consideração as políticas da SES e os procedimentos de documentação.

Executaremos uma gestão técnica do serviço de manutenção mediante um sistema informatizado adequado. O qual permitirá a gestão dos inventários, a gestão do PMP, a gestão das Solicitações e Ordens de Trabalho, a gestão dos recursos, o suporte documental e o controle da gestão da manutenção.

Permitirá igualmente a gestão dos padrões de serviço, parâmetros e indicadores de cumprimento indicados nestas especificações. Além de possibilitar a elaboração de relatórios do tipo histórico e estatístico.

Para o desenvolvimento das atividades supracitadas o FAS disponibilizará:

- Engenheiro Especializado por meio de acompanhamento remoto contínuo dos processos de Engenharia e visitas periódicas a Unidade de saúde;
- Supervisão de Engenharia;
- Equipamentos específicos para calibração e controle de qualidade de equipamentos médicos.

Tais aparelhos serão calibrados anualmente, possibilitando fornecimento de laudos para acreditar nas normas ISO 9000.

Os protocolos de Manutenção Preventiva e Controle de Qualidade estarão baseados em normas e padrões internacionais, já implementados e testados.

Tal serviço será terceirizado devido as especificidades de mão de obra, com profissionais lotados na Unidade.

2.23.2.4. Cronograma para Processo de Contratação da empresa Responsável pela Engenharia Clínica

Item	Etapas De Execução	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
1	Reunião de planejamento												
2	Estudo de Mercado e Análise Curricular das empresas candidatas												
3	Contratação de empresas terceirizadas												
4	Treinamento e implantação do Programa de Engenharia Clínica												
5	Monitorização e avaliação da implantação programa de Engenharia Clínica												
6	Acompanhamento dos indicadores desempenho setorial												

Período de Execução

2.23.3. POSSUIR PARCERIA COM INSTITUIÇÕES DE ENSINO, OU SUAS PRÓPRIAS PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E/OU DE SAÚDE PÚBLICA EM CONCORDÂNCIA COM O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE VIGENTE

Por meio do **Anexo II** demonstramos pareceria com instituições de ensino, além disso, apresentamos no **Anexo III** a comprovação de gestão da Unidade CER Leblon.

2.23.4. PROJETO DE HOSPITAL ENSINO PARA A UNIDADE

Instituir práticas de ensino que considerem a legislação vigente, em especial a Portaria Interministerial nº 2.400, de 02 de outubro de 2007, que estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como hospital de ensino.

Os campos de prática de ensino e de pesquisa em saúde abrangem todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde, da promoção junto à coletividade ao atendimento nas unidades ambulatoriais e hospitalares – Centro de Estudos;

As diretrizes curriculares nacionais determinam às Instituições de Ensino Superior a área de saúde que contemplem, na formação dos profissionais, o sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência, tendo como base o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde.

Um **hospital de ensino** é um centro de atendimento hospitalar que colabora com universidades e faculdades, com os objetivos de participar nas atividades de formação e de investigação no domínio do ensino dos profissionais de saúde, como Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Odontologia, Psicologia e Nutrição. A literatura sobre o assunto apresenta tanto a terminologia **hospitais universitários** quanto **hospitais de ensino**.

O processo de certificação de hospitais de ensino, que passaram a fazer jus a uma nova modalidade de contratação com o Sistema Único de Saúde (SUS). A Portaria Interministerial MEC-MS nº1000, de 15 de abril de 2004, define os requisitos para a certificação e estabelece como hospital de ensino as instituições hospitalares que servem de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam hospitais gerais ou especializados.

Os Hospitais de Ensino (HE) têm importância fundamental para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em diversas áreas, como a de referência assistencial de alta complexidade, polos formadores de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, técnicas e procedimentos para a Saúde Pública e incorporação de novas tecnologias que colaborem para a melhoria das condições de saúde da população brasileira. Apresentam-se algumas questões prioritárias que envolvem os HE na atualidade: a sua integração com os outros serviços da rede SUS, a adequação das práticas de ensino às necessidades do sistema, o desenvolvimento, avaliação e incorporação de tecnologias e propostas de modificações organizacionais que facilitem o desempenho de seu papel no sistema de saúde.

Como tem sido dito pelo Professor Adib Jatene, há que se diferenciar os HE dos demais hospitais



assistenciais, reconhecendo suas peculiaridades e necessidades. É preciso que os HE possam fixar os professores e os melhores médicos e pesquisadores no quadro da instituição, fato fundamental para que estes serviços se mantenham como principais referências em ensino e pesquisa, desenvolvimento e incorporação tecnológica, recuperando seu papel tradicional neste setor da saúde.

Entre as questões que se colocam como desafios para a continuidade do desenvolvimento do SUS, podemos destacar a formação de profissionais de saúde aptos a enfrentarem os problemas de saúde prioritários da população brasileira; a pesquisa, o desenvolvimento de novas técnicas, procedimentos e terapias, bem como a incorporação de tecnologias desenvolvidas alhures, para atender adequadamente a estes problemas; e, finalmente, a garantia do acesso da população aos cuidados de alta complexidade em saúde, imprescindíveis para concretizar a integralidade da assistência. Em todos esses temas, a contribuição dos Hospitais de Ensino (HEs) é condição fundamental para que se consiga efetivamente melhorar a saúde de todos os brasileiros. O desenvolvimento da assistência realizada pelos HEs, bem como de suas atividades didáticas e de pesquisa, por vezes estruturou-se de forma isolada dos demais serviços assistenciais, razão pela qual é muito importante discutir e aperfeiçoar sua integração com a rede SUS. Nos tópicos que se seguem, estes assuntos são detalhados sugerindo-se algumas propostas no sentido de aprimorar a participação do HE no SUS, em benefício à assistência médica de toda a população usuária do sistema, sem olvidar a importância destes serviços, na formação de recursos humanos e na produção de conhecimentos, tecnologia e pesquisa em saúde.

No Brasil, existem cerca de 29,2 mil médicos residentes. Neste quantitativo, vale destacar a importância da participação do Governo, que mantém o pagamento de bolsas de residência médica. Nunca é demais destacar a importância e o desafio que é a questão da formação e alocação dos médicos e outros profissionais para que se integrem ao SUS, atendendo às necessidades de saúde da população.

• **Desenvolvimento, avaliação e incorporação de tecnologia no SUS**

A incorporação de novas tecnologias na saúde é tema prioritário para muitos países, tendo em vista o encarecimento gradual da assistência médica, observada há muitos anos. De fato, a partir dos anos 1950 e 1960, na medida em que as políticas sociais adquiriram caráter universal e a assistência médica passou a fazer parte das atribuições financeiras do Estado, observou-se o aumento de gastos públicos em saúde em todos os países, especialmente no conjunto de economias desenvolvidas, tornando o assunto gradativamente mais relevante para os respectivos governos.

Entre as razões para o crescimento das despesas com saúde, além da universalização das políticas públicas do setor já referidas acima, a maioria dos autores aponta fatores como: o envelhecimento da população, com a consequente modificação dos padrões de morbi-mortalidade



(predomínio de doenças crônico-degenerativas); fatores socioeconômicos/culturais relativos à produção (dimensão industrial da assistência à saúde) e ao “consumo” de produtos médicos por parte da população; e também aos avanços na tecnologia médica (novos exames, medicamentos e procedimentos). Há que se salientar que a partir da década de 1990, o avanço da tecnologia médica intensificou-se.

Certamente, a criação de novos medicamentos e aparelhos diagnósticos traz benefícios para a saúde que precisam ser incorporados aos sistemas públicos. Mas deve-se levar em conta que um grande complicador na área de saúde é o enorme complexo industrial existente, com empresas de caráter multinacional, com monopólios, domínios de patente, grande poder no estabelecimento de preços e na indução do consumo de medicamentos e procedimentos médicos, seja pela atuação nos meios de comunicação de massa ou diretamente junto aos médicos e pacientes. Nesta situação, há o perigo de que os recursos públicos, já insuficientes para o atendimento universal e integral da saúde, sejam utilizados para adquirir tecnologias novas de eficácia duvidosa e, em certos casos, até danosa aos pacientes. Além disso, os novos medicamentos e procedimentos podem produzir benefícios de pequena monta (com impactos desprezíveis sobre a saúde dos pacientes e os indicadores de saúde em geral), mas com custo desproporcionalmente grande.

O SUS, cujos dispêndios crescem continuamente, como em todos os demais países, deve enfrentar os problemas do desenvolvimento (pesquisa) e da inserção racional das novas tecnologias e medicamentos na assistência e, para tanto, precisa do auxílio dos centros de excelência universitária e científica, representados pelos HE. No que se refere à pesquisa e desenvolvimento, para a área da saúde é importante que as pesquisas científicas no Brasil reconheçam as necessidades epidemiológicas de nossa população e desenvolvam novas tecnologias que auxiliem o atendimento de seus problemas prioritários de saúde.

Pode-se citar, como exemplo de iniciativa positiva no incentivo à pesquisa na área de saúde, o desenvolvimento da Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino criada pelos Ministérios da Ciência e Tecnologia e da Saúde, que conta atualmente com 32 unidades no Brasil, das quais seis são do Estado de São Paulo: HC da FM de Botucatu (Unesp), HC da FM de Ribeirão Preto (USP), HC da FMUSP, HC da Unicamp, Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Hospital Universitário da USP. A proposta prevê financiamento aos HE para a realização de pesquisa clínica, respeitando-se os princípios éticos e as boas práticas clínicas e levando em conta os interesses do SUS. Além disso, faz parte da proposta a capacitação de pessoal da área de pesquisa clínica por meio da Rede Universitária de Telemedicina (Rute). No Brasil, 132 entidades participam da Rute e 19 são do Estado de São Paulo. Portanto, é importante que os HE do SUS/SP integrem esta Rede e busquem os necessários recursos para suas atividades de pesquisa.

Esta Rede poderá desenvolver projetos de pesquisa em seres humanos em parceria com outras



instituições e inclusive empresas farmacêuticas, mas deve-se ter o cuidado de não executar apenas os projetos de interesse da indústria farmacêutica. Os temas pesquisados devem ser de interesse das políticas de saúde do SUS e beneficiarem a Saúde Pública. É preciso evitar a situação muitas vezes observada de se fazer ensaios clínicos nos HE por meio de contatos entre a indústria farmacêutica e os pesquisadores, sem qualquer preocupação com a ocorrência dos conflitos de interesse, éticos e financeiros.

A importância da avaliação de tecnologias em saúde também foi reconhecida pelo Ministério da Saúde, que instituiu a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats), que conta com o apoio a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os Hospitais de Ensino podem desenvolver projetos para implantação de Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Nats). Além disso, estes hospitais participam de iniciativas, como a Rede Sentinela, uma rede de serviços em todo o país que objetiva notificar eventos adversos de produtos de saúde em geral (materiais, medicamentos, saneantes, kits para provas laboratoriais e equipamentos médico-hospitalares em uso no Brasil), colaborando com a vigilância dos mesmos e com a segurança e qualidade de serviços para pacientes e profissionais de saúde.

Iniciativas deste tipo permitirão que o Brasil realize avaliações da eficácia, efetividade, eficiência e segurança nos procedimentos de diagnóstico, prevenção e tratamento, balizando a criação de diretrizes terapêuticas baseadas em evidências científicas. Estas atividades, que no passado eram atribuição exclusiva dos Hospitais Universitários, foram, ao longo das últimas décadas, transferidas para hospitais e clínicas privadas que nem sempre representam e verificam os reais interesses e necessidades da população em contar com as novas tecnologias. Resgatar o papel dos HE como o grande centro que analisa e incorpora novas tecnologias ao SUS é matéria urgente e indispensável ao fortalecimento do sistema.

Em vários países desenvolvidos, com sistemas universais de saúde, há preocupação com a metodologia que avalia e compara as novas tecnologias, inclusive medicamentos, e que envolve vários quesitos, como segurança, eficácia, possibilidade e indicação do uso, uso em Saúde Pública, custos e medidas de resultados, reflexos econômicos e éticos. Podemos citar como exemplo, no Reino Unido, o National Institute for Health and Clinical Excellence (Nice) ligado ao National Health Service (NHS), que desenvolve os protocolos dos procedimentos intervencionistas e avaliações tecnológicas dos fármacos; na Espanha, a Catalan Office for Health Technology Assessment (COHTA), Agência pública ligada ao Serviço de Saúde Catalã; no Canadá, a Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA), financiada por governos nos três níveis e focada na utilização de evidências e efetividade clínica e econômica.

Apesar de estes países possuírem recursos financeiros muito mais elevados que o Brasil para a área de saúde, permanece a preocupação com a avaliação tecnológica e a incorporação de novas



técnicas e medicamentos no sistema, pois em todos os países existe a clara noção que não existe 'bondade gratuita' no setor público e a garantia de determinado benefício, se não for adequadamente avaliado, impedirá o acesso da população a outros.

O avanço deste sistema, incluindo a incorporação de dados e informações de qualidade hospitalar como os indicadores da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (resultantes de Termo de Cooperação com a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS) certamente terá grande relevância na melhoria dos serviços prestados pelos HE.

São serviços imprescindíveis para o desenvolvimento da saúde da população por meio da pesquisa, do ensino e da assistência à população necessitada. Suas responsabilidades aumentam com o rápido avanço da tecnologia médica: são as orientações de suas equipes técnicas que determinam a forma de incorporação desta tecnologia no país, com graves consequências para o financiamento do sistema público de saúde e para os perfis de saúde da população.

O HE precisam atentar para seu importante papel na viabilização dos princípios do SUS, em especial de sua diretriz de integralidade. A assistência destes serviços deve estar integrada às demais unidades de saúde do sistema e colaborar para que todos os pacientes consigam acesso ao que há de mais moderno e útil para melhorar sua saúde. O aperfeiçoamento da gestão dos HE, a busca de mecanismos administrativos que permitam o desempenho de suas funções, sua integração assistencial com a rede do SUS, a regulação de sua assistência, a maior participação na avaliação e incorporação tecnológica ao sistema, bem como a criação de mecanismos de padronização de condutas e terapêuticas, devem ser os objetivos incorporados por todos em benefício da saúde da população. Novas formas de financiamento dos HE devem ser implantadas, permitindo que estes hospitais recebam mais recursos financeiros e, desta forma, desempenhem adequadamente suas principais missões.

No âmbito da iniciação à docência, é importante discutir na área da Monitoria da Disciplina de Semiologia Médica sobre as implicações éticas da relação paciente-aluno de medicina, questionando quais são as percepções que o doente tem desta interação.

O objetivo é avaliar as percepções do paciente enquanto instrumento de aprendizado nas aulas práticas de medicina no Hospital.

- **Gerenciamento - Diretoria de Ensino e Pesquisa**

- Gerenciar e supervisionar as ações de ensino, pesquisa, extensão e inovação desenvolvidas dentro do Hospital;
- Identificar e assegurar, de forma articulada ao colegiado executivo, a implementação de ações em infraestrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao aprimoramento do hospital como campo de prática em ensino, pesquisa, extensão e inovação;
- Promover um ambiente integrado e colaborativo entre a atenção à saúde, o ensino, a



pesquisa, extensão e inovação;

- Propor e coordenar mecanismos de comunicação e diálogo permanente com universidade e discentes, que resultem na adesão e respeito às práticas e procedimentos necessários à efetividade do processo de gestão do ensino e da pesquisa;
- Propor e implementar mecanismos de comunicação sobre o papel estratégico do hospital na formação profissional, produção do conhecimento, desenvolvimento tecnológico e inovação;
- Coordenar, no âmbito de sua atuação, o planejamento das ações e atividades de forma integrada às demais instâncias de gestão do hospital;
- Coordenar e assegurar a implantação de mecanismos de organização e monitoramento das informações referentes ao ensino, à pesquisa e à extensão no hospital;
- Instituir mecanismos de avaliação da gestão do ensino, pesquisa, extensão e inovação no âmbito do hospital;
- Coordenar a implementação de ações de capacitação necessárias ao aprimoramento e suporte à gestão e desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação;
- Coordenar, em parceria com a universidade, a observância às normativas e diretrizes legais referentes aos programas de residências em saúde;
- Coordenar o desenvolvimento de ações que assegurem as atividades de preceptoria no âmbito do hospital;
- Articular e promover junto ao colegiado executivo o suporte às atividades da unidade de e-saúde;
- Propor, avaliar e monitorar o desenvolvimento de quaisquer atividades de ensino e treinamento nas instalações do hospital;
- Assegurar a realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão aos docentes e discentes, em ambiente adequado, mantendo a qualidade na assistência;
- Articular junto ao comitê de ética em pesquisa da universidade, de forma a estabelecer fluxo de comunicação permanente e implementar mecanismos de apoio às suas ações;
- Coordenar o desenvolvimento de ações destinadas a fortalecer a participação do hospital em iniciativas do sistema nacional de inovação em Saúde, como as redes de pesquisas clínicas, os núcleos de avaliação tecnológica e os núcleos de inovação tecnológica;
- Coordenar e assegurar o aprimoramento da gestão de pesquisas clínicas, de forma a promover a efetividade e a transparência no processo de aprovação, desenvolvimento e execução orçamentária dos projetos no hospital;
- Coordenar e incentivar a participação do hospital em iniciativas de colaboração em pesquisas e desenvolvimento tecnológico;
- Contribuir na formulação de parâmetros e requisitos específicos ao componente ensino e



- pesquisa no âmbito de acordos, contratos e convênios e monitorar sua implementação;
- Articular junto à SES, de forma a aportar e incorporar sugestões destinadas ao aprimoramento contínuo do hospital como campo de prática;
 - Promover e apoiar a realização de eventos científicos e de incentivo ao ensino, pesquisa, extensão e inovação;
 - Supervisionar, monitorar e avaliar de forma permanente o cumprimento de ações e atribuições de cada setor e unidade ligados a Diretoria de Ensino e Pesquisa;
 - Representar o hospital nos assuntos pertinentes ao ensino, à pesquisa extensão e inovação;
 - Gerenciar o processo de confecção dos termos de convênio das Instituições de ensino superior, ensino técnico e tecnológico;
 - Receber os termos de compromisso de estágio curricular obrigatório e não obrigatório no Hospital;
 - Propor ações que fortaleçam o papel de certificação do Hospital como hospital de ensino perante os Ministérios da Saúde e Educação do Governo Federal;
 - Subsidiar a SES no que couber;
 - Coordenar a elaboração de documentos e relatórios técnicos afins.
- **Gerenciamento do Setor de Ensino (Ensino de Graduação, Técnico e Pós-graduação e Extensão)**
- Assegurar junto condições satisfatórias para a realização das atividades de graduação, nível técnico e pós-graduação, no que se diz respeito à infraestrutura física, tecnológica e recursos humanos;
 - Zelar pelo cumprimento das legislações referentes ao ensino em serviço;
 - Planejar, implementar e supervisionar normas operacionais e rotinas do setor de ensino;
 - Supervisionar, monitorar e avaliar as ações das unidades subordinadas ao setor de gestão de ensino;
 - Propor e realizar ações para o fortalecimento e ampliação dos programas de Residências em Saúde;
 - Constituir junto aos coordenadores de cursos, um processo de comunicação efetiva, com objetivo de suprir às necessidades acadêmicas dos cursos de graduação e técnicos, adequando essas necessidades aos serviços disponibilizados pelo hospital;
 - Elaborar estratégias para que os alunos e docentes conheçam e cumpram as normas da instituição e de organização dos setores;
 - Garantir ações para integração ensino, pesquisa, extensão e inovação no âmbito do Hospital;
 - Promoção de ações específicas para divulgação e orientação do discente de cursos



técnicos, graduação e pós-graduação para utilização dos espaços do Hospital como campo de prática;

- Preparar e realizar ações que visam à qualificação dos preceptores, com vistas ao aprimoramento do ensino no Hospital;
 - Propor ações e atividades de ensino de modo integrado às demais instâncias de gestão do hospital;
 - Organizar e acompanhar as informações referentes ao ensino de graduação e ensino técnico;
 - Estimular a participação do Hospital em iniciativas de colaboração em ensino e desenvolvimento tecnológico;
 - Realizar organização de eventos científicos de incentivo e apoio ao ensino;
 - Zelar pela qualidade do ensino prestado no Hospital;
 - Elaborar documentos e relatórios técnicos afins;
 - Elaborar anualmente o plano de trabalho do setor.
- **Gerenciamento de Atividades de Graduação e Ensino Técnico**
 - Trabalhar para ofertar e supervisionar diretamente as ações de ensino de graduação e nível técnico no âmbito do Hospital;
 - Buscar a integração harmoniosa entre os diversos setores do hospital universitário e os discentes, assegurando condições de aprendizagem prática aos alunos dos cursos de graduação e nível técnico que estão em estágios obrigatórios e/ou aulas práticas no Hospital;
 - Planejar, implementar e supervisionar programas de bolsistas ou voluntários no âmbito do Hospital;
 - Implementar, coordenar ou supervisionar as ações de extensão desenvolvidas pelo Hospital e/ou instituição de ensino superior conveniadas;
 - Divulgar as ações de ensino superior e nível técnico entre os servidores do Hospital quando houver;
 - Intermediar demandas acadêmicas dos cursos de graduação e nível técnicos junto aos setores do Hospital;
 - Planejar, acompanhar, orientar, e avaliar os estágios curriculares e extracurriculares (quando houver) da graduação e nível técnico;
 - Acompanhar a demanda e oferta dos estagiários de graduação e nível técnico nos diferentes setores do hospital;
 - Elaborar e promover ações de capacitação/suporte pedagógico aos preceptores, professores e tutores, bem como cursos, congressos e eventos relacionados ao ensino em saúde no hospital, de modo a integrar a comunidade acadêmica e assistencial



envolvidas;

- Cadastrar e monitorar as informações disponíveis das atividades de graduação e ensino técnico no Hospital;
- Realizar reuniões com os preceptores, professores e tutores dos cursos em estágio no Hospital para planejamento e avaliação das ações desenvolvidas;
- Assistir o Diretor de ensino e pesquisa e o gestor do setor ensino, emitindo pareceres ou informações sobre assuntos pertinentes a área acadêmica, colaborando no processo de tomada de decisão;
- Elaborar plano de trabalho anual, com vistas, à qualidade do aprendizado dos alunos e reais necessidades e possibilidades do Hospital como campo de estágio;
- Alimentar o banco de dados do FAS ou equivalente sobre os indicadores de sua responsabilidade;
- Representar o hospital nos assuntos pertinentes aos estágios de graduação e ensino técnico quando necessário;
- Assessorar o Diretor de Ensino e Pesquisa no que couber;
- Emitir relatórios parciais e anuais sobre as atividades de ensino de graduação e ensino técnico desenvolvidas no âmbito do Hospital.

• **Gerenciamento de Atividades de Pós-graduação**

- Trabalhar na organização dos treinamentos em serviço, garantindo o acesso dos pós-graduandos em nível de residências em saúde no Hospital;
- Fazer cumprir as Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica e Multiprofissional;
- Zelar pelo cumprimento dos regimentos internos dos programas de residências;
- Acompanhar junto as coordenações dos programas de residência as atividades de pós-graduação desenvolvidas no hospital;
- Monitorar a demanda e oferta dos pós-graduandos nos diferentes setores do hospital;
- Desenvolver ações que estimule a integração entre as residências médicas e multiprofissionais;
- Realizar reuniões com os preceptores, professores e tutores dos cursos de pós-graduação e residências em saúde, para planejamento e avaliação das ações desenvolvidas;
- Representar o hospital nos assuntos pertinentes a pós-graduação;
- Assessorar o planejamento e execução das atividades desenvolvidas pela coordenação das Residências em Saúde – Residência Médica) E Residência Multiprofissional;
- Implementar condições adequadas para o desenvolvimento das atividades de pós-graduação lato e stricto sensu no âmbito do Hospital;
- Elaborar plano de trabalho anual, com vistas, à qualidade do aprendizado dos pós-



graduandos e reais necessidades e possibilidades no Hospital como campo de estágio;

- Alimentar o banco de dados FAS ou equivalente sobre os indicadores de sua responsabilidade;
- Emitir relatórios sobre as atividades de ensino de pós-graduação desenvolvidas no âmbito do hospital.

- **Gerenciamento - Setor Pesquisa e Inovação Tecnológica**

- Estimular, garantir e acompanhar a realização de pesquisas no âmbito do Hospital, considerando aspectos qualitativos e quantitativos;
- Promover um ambiente integrado e colaborativo entre a atenção à saúde e a pesquisa;
- Elaborar e implantar normas necessárias à organização e desenvolvimento de pesquisas científicas e inovação tecnológica no âmbito do Hospital;
- Criar e coordenar o Centro de Pesquisa Clínica do hospital universitário, quando couber, obedecendo as normas de boas práticas clínicas;
- Estimular a captação, planejamento, condução e gerenciamento de ensaios clínicos multicêntricos nacionais e internacionais em diversas especialidades na área da saúde;
- Criar e implantar mecanismos de organização e monitoramento das informações referentes à pesquisa;
- Criar e assegurar mecanismos de avaliação das pesquisas realizadas no âmbito do hospital;
- Realizar ações de capacitação necessárias ao aprimoramento e suporte ao desenvolvimento das atividades de pesquisa;
- Estimular a integração dos programas de residências com o campo de prática em pesquisa;
- Integrar as atividades de preceptoria no âmbito do hospital universitário com a prática de pesquisa;
- Articular junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da universidade, de forma a estabelecer fluxo de comunicação permanente;
- Promover e apoiar, junto à gestão de ensino e pesquisa, a realização de eventos científicos e de incentivo a pesquisa;
- Compôr grupo para apoio técnico especializado à gestão do conhecimento nas unidades assistenciais do Hospital;
- Compôr grupo para apoio técnico especializado para o desenvolvimento, consumo e incorporação de evidências científicas entre a comunidade do Hospital
- Compôr grupo para apoio técnico especializado na elaboração de relatórios técnicos quanto à Avaliação de Tecnologias em Saúde;
- Elaborar anualmente o plano de trabalho do setor;



- Representar a gestão de ensino e pesquisa e o hospital nos assuntos pertinentes à pesquisa e inovação tecnológica;
- Elaborar documentos e relatórios técnicos afins.

- **Funções Operacionais**

- Prestar consultoria e assessoria em projetos e ações de ensino, pesquisa, inovação e extensão;
- Estabelecer interação e interlocução com o núcleo de planejamento estratégico do hospital, com o objetivo de estabelecer prioridades para realização de editais de projetos de pesquisa (demanda universal e/ou indutivos) com demandas elaboradas a partir de avaliação interna e/ou propostas externas;
- Prestar apoio em estratégias de fomento para o suporte em projetos de ensino, pesquisa, inovação e extensão;
- Estabelecer interlocução e articulação com as demais gerências do hospital, a fim de prover infraestrutura para as atividades de ensino, pesquisa, inovação e extensão;
- Estabelecer interlocução interna com as pró-reitorias, núcleos específicos, comissões específicas, ligas acadêmicas, diretórios acadêmicos, a fim de prover esclarecimentos quanto a protocolos de conduta específicas, normas técnicas, normas regimentais, portarias e deliberações;
- Estabelecer interlocução externa com secretarias de saúde para o estabelecimento de parcerias, consultas e orientações que possam decorrer de ambas as partes;
- Estabelecer interlocução com organismos nacionais e internacionais para intercâmbio, convênios, parcerias em estudos colaborativos, ações de capacitações e qualificações, além de ações de ensino, pesquisa, inovação e extensão.

- **Capital Humano**

São deveres gerais dos trabalhadores lotados na Diretoria de Ensino e Pesquisa:

- Colaboração recíproca e intercâmbio de informações com os diversos interessados, com a finalidade de permitir, da melhor forma, a consecução dos objetivos da Instituição;
- Usar o crachá nas dependências do hospital;
- Tratar a todos com cordialidade;
- Cumprir os procedimentos operacionais, referentes às tarefas para as quais for designado;
- Acatar as solicitações recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;
- Comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;



- Utilizar os equipamentos de proteção individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da instituição;
- Acatar as normas operacionais da instituição, sob pena de sanções administrativas;
- Participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;
- Compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela instituição;
- Participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;
- Zelar pelo patrimônio da instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;
- Manter seus registros funcionais atualizados;
- Guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;
- Submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo serviço de saúde ocupacional do trabalhador;
- Observar e cumprir o código de ética da profissão e os regulamentos inerentes a cada vínculo na instituição.

• **Plano de Integração**

A área de Ensino e Pesquisa tem por finalidade promover a melhoria da qualidade da assistência, buscando oportunidades de ensino, mediante o desenvolvimento dos profissionais do corpo assistencial.

A importância da educação permanente do profissional no local de trabalho facilitará a transformação do potencial em comportamento e atitudes objetivas, através, de constantes reciclagens e atualizações, gerando melhorias e otimizando os resultados da assistência e todas as demais áreas.

A Educação Permanente é o componente essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições. O desenvolvimento da equipe de saúde é um dos fatores que deve assegurar a qualidade do atendimento ao usuário e a sobrevivência da unidade de saúde neste cenário de mudanças e competitividade.

Todavia, percebe-se que esta também é uma preocupação do Ministério da Saúde, no momento que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria nº198/04GM/MS), como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

Desta forma, percebendo a necessidade de incorporar na prática o eixo pedagógico que se trata de uma mudança paradigmática, o responsável de cada setor se encarregará de levantar as necessidades de treinamentos buscando abranger os seguintes critérios:

- Rotinas de trabalho relacionadas ao setor e rotinas sistêmicas, que serão aplicáveis a toda organização;
- Demandas identificadas nas Avaliações de Desempenho de cada colaborador;
- Comportamentais;
- Treinamentos obrigatórios por Lei;
- Melhoria de processos referentes os indicadores de resultado, relatos de não conformidade, pesquisa de satisfação do cliente interno e pesquisa de clima.

Por fim, no sentido de perceber o trabalhador na sua totalidade, compreendendo que este necessita estar continuamente em processo de crescimento pessoal e profissional. A ferramenta mestra que norteará tais mudanças será a Educação Permanente.

• **Premissas Metodológicas**

O processo de mudança organizacional é estruturado na educação construtivista, na consultoria de procedimentos, nos valores individuais e na convergência dos objetivos.

A Alta administração – Diretor, Gerência, Coordenação, Corpo Clínico devem estar cientes e comprometidos com a proposta, cedendo um tempo para isto, tendo vontade para promover mudança e se responsabilizem por todo o processo, sendo este um fator crítico de sucesso.

O aprendizado é baseado na experiência e não só em conhecimentos intelectualizados.

As atividades serão orientadas para a ação dentro da Organização, tendo o coordenador como um facilitador do processo e a organização como o sujeito das ações, ou seja, vivenciamos os métodos e ferramentas e as pessoas da organização praticam e concretizam as ações de mudanças. Há ênfase em mudar atitudes e comportamentos.

• **Objetivo Geral**

Capacitar todas as forças produtivas para o desenvolvimento de um processo planejado de mudanças organizacionais, envolvendo gestão estratégica, humanização do atendimento, gestão do ambiente e processos.

• **Objetivos Específicos**

- Contribuir ativamente para a modernização e desenvolvimento do setor saúde;
- Proporcionar o desenvolvimento científico, gerencial, técnico e emocional dos profissionais;
- Contribuir para a oferta de serviços eficazes, capazes de satisfazer as reais necessidades dos pacientes;
- Identificar, compreender e facilitar os processos e fatores críticos presentes na relação entre profissionais e administração;
- Refletir sobre os fatores intra e interpessoais que afetam as relações humanas;



- Desenvolver um sistema de gestão do ambiente que promova o bem-estar, a segurança e satisfação dos usuários;
- Desenvolver um sistema de gestão de processos com vistas à melhoria contínua.

No modelo de Gestão FAS, a educação é fundamentada pela prática em saúde, através de estágios curriculares, visitas técnicas, pós graduação, além de um programa de educação permanente para os colaboradores. Todos os profissionais da Rede de Urgência e Emergência, constante no objeto desta gestão, estarão em constante atualização, seja através de literatura especializada, problematização em serviço, ensino à distância, participação em congressos e outros eventos relacionados. Mantendo-se atualizados, os profissionais deverão estudar a aplicabilidade dos novos conceitos ou tecnologias no âmbito da saúde hospitalar e coletiva. Neste contexto, propomos um Setor de Ensino e Pesquisa, especificamente para promover ensino, pesquisa e atividade de extensão.

A qualificação do cuidado e a ampliação do acesso estão entre os principais temas trabalhados pelo FAS. Pensando na qualificação dos profissionais e dos processos trabalho e do cuidado em saúde, o FAS propõe a realização de atividades formativas para discussão de temas relevantes ao Sistema Único de Saúde e da Rede de saúde de Goiás:

- Acolhimento e Humanização: Política Nacional de Humanização e integralidade no cuidado à saúde. Esta atividade visa ampliar o acesso aos serviços de saúde, qualificando o acolhimento realizado pelas equipes, principalmente para os profissionais que atuam na recepção e triagem, fortalecendo, assim, o vínculo usuário-serviço-trabalhador.
- Acidentes com perfuro-cortantes: prevenção de acidentes com perfuro-cortantes, reforçando as diretrizes treinamento da NR32.
- DSTs: protocolos de atendimento, diagnóstico e testes rápidos, acompanhamento e encaminhamento na rede.
- ABC de Feridas: Definição, tipos, classificação, causas, diagnóstico, tratamento, infecção, processo fisiológico de cicatrização e cuidado de enfermagem, aspectos fundamentais que norteiam os curativos, além de tipos e técnicas para realização dos mesmos em seus aspectos teórico-prático.
- Classificação de risco segundo Protocolo de Manchester. Esta atividade visa qualificar o atendimento na Emergência, diminuindo o tempo de espera para atendimento, bem como a orientação do usuário.
- Protocolos clínicos do atendimento de urgência e emergência (identificação de sintomas clínicos, atendimento e encaminhamento na rede): AVC, dor torácica, IAM e politrauma.
- Protocolos clínicos de atendimento: infecção de vias aéreas superiores, infecção de trato urinário, isolamento e infecção hospitalar, passagem de sonda, úlcera por pressão, prevenção de queda e percepção de riscos, coleta de escarro.
- Protocolos, fluxos e rotinas: comunicação de óbito, alta hospitalar, registro e organização



do prontuário.

- Indicadores de saúde e faturamento.
- Lavagem de mãos: campanha de conscientização para o correto procedimento de lavagem de mãos. Essa atividade visa atuar no controle de infecção hospitalar.
- Assistência farmacêutica: Uso de medicamentos específicos (antibióticoterapia), fluxos de medicamentos não atendidos pela REMUME, medicamentos com condições específicas de prescrição e dispensa.

• **Estrutura Necessária**

O programa de ensino e pesquisa terá Coordenação dedicada 40 horas e contará com apoio de um comitê científico constituído por todos os gerentes e responsáveis de serviço que fazem parte da nossa equipe, coordenadores de serviços e/ou especialidades. Dentro deste setor de Educação Permanente será aproveitado o pessoal já existente na função e contratados se necessário. Este Núcleo será responsável por todo o Programa de Educação Permanente, bem PERFIL TÉCNICO DA LIDERANÇA em Ensino e Pesquisa.

- Experiência e Domínio em métodos de Gestão pela Qualidade;
- Domínio ferramentas de qualidade, Ciclo de Aprendizagem e condução de reuniões;
- Habilidade e conhecimento científico/técnico na aplicação de diversos modelos de intervenção, conforme as fases e os ciclos da organização e do indivíduo;
- Conhecimento e prática na aplicação de dinâmicas e técnicas vivenciais de grupo;
- Habilidades para lidar com estratégias e atitudes comportamentais e com os conflitos existentes entre grupos x organização;
- Conhecimento científico e técnico em modelos de intervenção de educação construtivista;
- Habilidade interpessoal e experiência na resolução de conflitos e métodos de tomadas de decisão.

• **Dinâmica Inicial de trabalho**

De acordo com a metodologia, a liderança em questão seguirá os seguintes passos:

- Entrevista com Diretoria Geral e Gerência operacional e administrativa;
- Entrevista com os Coordenadores e demais profissionais do hospital;
- Visita in loco, às instalações da unidade, visando observar a estrutura física, os processos de trabalho, e a cultura organizacional;
- Reunião para apresentação das percepções levantadas pela liderança em Educação permanente durante o processo de diagnóstico.

• **Prazo**

O prazo esperado para a obtenção dos primeiros resultados é em torno do primeiro ano de

gestão. Este prazo é necessário, já que nos primeiros meses as lideranças estarão em contato com toda a unidade, promovendo palestras, encontros e discussões, percebendo as demandas de cada setor, para então obter os resultados em conjunto.

Resultados Esperados

Espera-se que ao final do primeiro ano, os profissionais de saúde estejam apto ao seu serviço, pois através do treinamento de pessoal muitas condutas podem ser revistas e discutidas. No final do primeiro ano todos os protocolos deverão ter sido discutidos, aperfeiçoados e implementados, bem como deverá ter acontecido treinamento quinzenal ou mensal de toda a equipe de saúde. Um calendário bimestral de treinamento deverá ser apresentado pela liderança em Educação permanente, sempre subordinado à Diretoria e Gerências.

• **Benefícios do Programa**

- Mudança de postura em relação aos desafios organizacionais;
- Visão sistêmica dos colaboradores sobre os Objetivos e metas da organização;
- Melhoria acentuada na relação inter e intrapessoal de pessoas e setores;
- Desenvolvimento da equipe interna quanto à disseminação da metodologia aplicada pelo Programa e, conseqüentemente, continuidade dos trabalhos;
- Preparação do ambiente, pessoas e processos para certificação de qualidade; Redução de desperdícios, das falhas e da administração reativa;
- Redução de custos e otimização do tempo;
- Melhoria na assistência, gerando qualidade no atendimento Satisfação dos Usuários internos e externos;
- Revisão de conteúdos e implantação dos protocolos de maneira segura e eficiente.



2.24. Acolhimento

2.24.1. MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES NA EMERGÊNCIA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O acolhimento é uma diretriz que não pressupõe espaço ou local. Uma postura ética, que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implicando em compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções.

O acolhimento também é uma das diretrizes para a organização do Componente Hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), dentro da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Considerado pela Portaria GM/MS n 3.390 de dezembro de 2013, como uma escuta ética e adequada às necessidades de saúde dos usuários no momento de procura pelo serviço e na prestação de cuidados com o propósito de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade.

Propõe ações que tem como objetivo qualificar o atendimento ao usuário no momento de sua entrada na unidade de saúde, a partir de uma escuta qualificada das queixas, buscando a resolutividade dos problemas para as demandas apresentadas, tendo ainda como ação a reorientação do usuário na rede de saúde.

O acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade.

O acolhimento difere de “triagem”, uma vez que não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. É um dispositivo técnico-assistencial que visa mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. Pode e deve ser utilizada em todos os tipos de serviço de saúde (unidades de atenção básica, Upas, Hospitais gerais e especializados).

Seguindo os preceitos do presente edital, nos comprometemos a:

- Revisar e modernizar o processo de trabalho da assistência e de gestão, de acordo com as diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização — PNH;
- Implantar um núcleo interno de humanização;
- Acolher os usuários de acordo com os princípios da Humanização implantando a Política Interna de Humanização previamente aprovada pela SES;



- Respeitar os direitos dos usuários, atendendo-os com dignidade, de modo universal, gratuito e igualitário.

- **Acolhimento / Atendimento**

O acolhimento humanizado preconizado nas políticas de humanização requer ações cotidianas de atenção e gestão. A equipe de saúde envolvida no processo de admissão, deve adotar uma postura de escutar com o compromisso de ouvir e responder, de ser capaz de avaliar os riscos inerentes ao atendimento e as estratégias que possibilitem intervenção de toda a equipe multiprofissional e resolução do problema do usuário e seus familiares, esclarecendo todas as suas dúvidas e questionamentos.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços.

O acolhimento como diretriz e dispositivo de interferência nos processos de trabalho se produz, portanto, na construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento é também um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional / usuário / rede social e profissional / profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde.

A gestão deve possibilitar a ampliação dos espaços e torná-los democráticos à discussão, trocas de ideias e decisões coletivas.

O acolhimento se baseia na escuta qualificada do usuário e de suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, na garantia do acesso com responsabilização, bem como na priorização dos pacientes mais graves para atendimento.

A gestão da Unidade colocará técnicos de enfermagem preparados para promover o primeiro contato com o usuário, identificando suas demandas, orientando-o sobre os fluxos internos, e também sobre o funcionamento da rede de saúde local.

Este colaborador deverá:

- Abordar o paciente de forma individualizada;
- Dar atenção diferenciada e demonstrar empatia;
- Cumprimentar, chamar pelo nome, olhar nos olhos e escutar o paciente com atenção;
- Transmitir confiança, segurança e apoio para que o paciente e acompanhante possam se abrir e acreditar no tratamento;
- Respeitar a intimidade, crenças e desejos;



- Dar informações transparentes e proativas, sempre levando em consideração o estado emocional do paciente e de seu acompanhante.

O profissional do registro deverá se identificar ao paciente ou acompanhante, solicitando um documento de identificação de preferência com foto, e o CPF. Uso de nome social e o reconhecimento de sua identidade de gênero serão observadas em consonância com o decreto presidencial 8727 de 28 de abril de 2016.

Antes de começar a inserir as informações do paciente no sistema, o administrativo deve selecionar o fluxo que esse paciente vai seguir na unidade.

Se o paciente entrou na unidade por demanda espontânea, o fluxo selecionado será o de classificação de risco, onde o paciente será encaminhado à classificação de risco e depois consultórios médicos.

Se o paciente chegou desacordado/ambulância/bombeiros e foi direto para sala vermelha, o acompanhante/bombeiro deverá se encaminhar até o registro com documento de identificação do paciente e realizar o registro desse paciente selecionando o fluxo 'Salas Internas' para que esse paciente não caia erroneamente na fila de espera da classificação de risco.

Se o paciente/familiar der entrada na unidade solicitando algum tipo de atendimento social, o fluxo selecionado será o fluxo 'serviço social'.

O profissional deverá inserir o número do CNS do paciente no momento do registro, providenciando o cadastro caso necessário.

Ao finalizar o registro, o código ou pulseira será associado ao paciente.

Será obrigatório inserir a identificação do paciente na pulseira, escrevendo pelo menos dois identificadores do paciente (nome e data de nascimento).

Colocar a pulseira no braço do Paciente orientando o mesmo sobre a necessidade de permanecer com a mesma até o momento de sua saída da unidade, feito isso basta clicar no ícone de 'salvar' que o paciente será encaminhado ao setor correspondente ao fluxo selecionado.

A Classificação de Risco (CR) é um dispositivo da PNH, que tem como objetivo humanizar e melhorar o acesso dos usuários, garantindo a equidade na atenção à saúde, diferenciando o tempo de espera para o atendimento, pois quanto maior o potencial de risco à vida, agravo à saúde ou grau de sofrimento, tanto menor será a espera.

A CR é uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde, para aqueles usuários que precisam ser atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada, garantindo o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado e, ainda, informando ao paciente que não corre risco imediato, assim como aos acompanhantes.

A CR será realizada por profissional de enfermagem de nível superior, com treinamento no protocolo de classificação de risco e terá como objetivos:

- Identificar os pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.



- Avaliar o paciente logo na sua chegada à emergência, humanizando o atendimento.
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade.
- Realizar busca ativa na fila de espera da Unidade e na clientela na sala de recepção;
- Realizar o Acolhimento de escuta baseado na queixa principal;
- Inspeccionar o paciente, observando sinais de anormalidades que indiquem priorização do atendimento, conforme o Protocolo de Acolhimento e Classificação com Risco baseado no Programa nacional de Humanização (PNH);
- Perguntar de forma objetiva, se é portador de Hipertensão Arterial (HA), aferindo a pressão arterial, ou Diabetes Mellitus (DM), realizando o Hemogluco-test, para priorização do atendimento;
- Acompanhar para a Sala Vermelha (todas as faixas etárias), com perda de consciência, quedas, cianóticas e perdas sanguíneas substanciais, entre outros casos avaliados pelo Enfermeiro;
- Priorizar ao consultório as crianças com suspeita de doença infecto-contagiosa e realizar a notificação após o diagnóstico médico;
- Encaminhar os menores de idade que estejam acompanhando menores de idade ao Serviço Social;
- Orientar quanto a proposto e os serviços prestados pela Unidade e referências as Unidades Básicas quando necessário;
- Encaminhar os usuários com cortes para a sala de sutura e solicitar que o profissional volante (Técnico de enfermagem) acompanhe o procedimento.
- Orientar os profissionais do registro quanto à identificação do usuário da área vermelha;
- Realizar abordagem diferenciada aos usuários com dor torácica, baseado no protocolo de dor torácica.

Ações para a implantação do acolhimento e classificação de risco:

- Qualificação das equipes de acolhimento e classificação do risco (enfermagem, recepção, segurança e outros);
- Implantação de relatórios dos atendimentos diários, perfil da clientela e horários de pico;
- Verificação da estrutura física e logística das áreas de atendimento básico: área de emergência e área de pronto atendimento.

- **Avaliação contínua**

- Análise de relatórios dos dados obtidos pela classificação de risco (os indicadores inerentes a esse processo serão monitorados diariamente);
- Análise de questionários que identifiquem o grau de satisfação dos usuários e profissionais;



- Identificação de problemas externos que impactam diretamente no serviço;
 - Realização de reuniões periódicas (mensais com os profissionais envolvidos – médicos, enfermeiros, assistentes sociais e administrativos).
- **Processo de classificação**
 - É a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro;
 - Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma unidade de saúde de referência.
 - **Critérios de classificação**
 - Apresentação usual da doença;
 - Sinais de alerta (choque, obstrução de vias aéreas, respiração inadequada, hipoglicemia e convulsão.);
 - Situação – queixa principal;
 - Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – saturação de oxigênio – escala de dor - escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc).

Após ser acolhido e registrado o paciente será encaminhado via sistema à fila da classificação de risco, o enfermeiro vai ter acesso à fila clicando no botão 'atendimentos pendentes'.

O Enfermeiro questionará o paciente quanto ao motivo ao qual o levou a procurar atendimento na unidade, sua principal queixa.

O paciente será questionado se possui alguma alergia e quanto ao uso de algum medicamento que ele tenha utilizado de uso frequente por conta de alguma comorbidade existente, e essas informações deverão ser registradas no prontuário.

- **Algumas orientações aos acompanhantes:**
 - Apoie emocionalmente o paciente, transmitindo tranquilidade e segurança;
 - Use máscara e equipamentos de proteção individual (EPIs) orientados pela equipe multiprofissional;
 - Higienize as mãos antes e após entrar em contato com o paciente;
 - Não traga alimentos para o paciente nem se alimente dentro da enfermaria;
 - Não mexa nos equipamentos e aparelhos nem administre medicamentos para o paciente. Procure a equipe de enfermagem;
 - Não deixe objetos pessoais com o paciente;



- Para evitar infecções, mantenha a higiene e não sente no leito do paciente;
- Não deixe objetos de valor (celular, documentos, relógio, dinheiro, carteira etc) na enfermaria. O Hospital não se responsabiliza por danos ou perdas de objetos pessoais;
- Aparelhos eletrônicos (computador, televisão etc) somente serão permitidos com autorização do Serviço Social;
- Bolsas e sacolas devem ser guardados no guarda-volumes.

2.24.1.1. Proposta para o serviço de psicologia, de atenção aos usuários internados e seus familiares

- **Objetivo**

Disponibilizar para famílias/cuidadores/responsáveis de forma acolhedora o acesso às rotinas da Unidade, informações dos pacientes assistidos, assegurando os direitos a acompanhante conforme legislações pertinentes e notas técnicas em vigor, a comunicação adequada de notícias difíceis e ampliação dos horários de visita.

- **Responsabilidades**

O atendimento aos familiares/cuidadores nas unidades de saúde deve, sempre que possível, ser realizado por uma equipe multidisciplinar composta por: Médico, Enfermeiro, Psicólogo e/ou Assistente Social. Não inviabiliza o atendimento a falta de um ou mais profissionais na equipe, podendo esses profissionais serem referenciados.

Para isso, todos os profissionais devem estar capacitados e envolvidos na abordagem destes usuários, atuando de forma acolhedora, com discrição, organização, discernimento, ética e corresponsabilidade.

- **Atribuições do Psicólogo**

- Executar as funções privativas do psicólogo;
- Realizar acolhimento e triagem psicológica através de busca ativa e/ou por solicitação da equipe;
- Orientar e esclarecer o paciente / acompanhante através de intervenções psicoeducativas / psicoprofiláticas;
- Identificar demanda por continuidade do acompanhamento psicológico e dar seguimento a este durante a internação para os casos que necessitem de intervenção sistemática;
- Realizar suporte emocional em situações de crise;
- Atender pedido de interconsulta para avaliação/acompanhamento ao paciente / acompanhante que se encontram nas unidades de internação hospitalar;
- Emitir parecer sobre assuntos relativos ao Serviço de Psicologia Hospitalar;
- Orientar o público atendido sobre a rotina hospitalar, funcionamento do serviço de



Psicologia e atuação do psicólogo no hospital;

- Realizar intervenções conjuntas para comunicação e/ou esclarecimento de diagnóstico;
- Orientar a equipe quanto ao manejo de situações onde questões psíquicas possam interferir no tratamento;
- Registrar em prontuário multiprofissional as informações que sejam pertinentes e orientadoras das ações da equipe assistencial;
- Participar de reuniões multidisciplinares com a equipe para discussão de casos;
- Realizar encaminhamentos internos (setores do hospital) ou externos (serviços de saúde mental), quando necessário;
- Realizar acompanhamento e supervisão de estágio curricular;
- Participar das ações em alusão a campanhas preconizadas pelo Ministério da Saúde;
- Avaliar e acompanhar a realização de visitas excepcionais;
- Realizar visitas domiciliares e/ou a outras instituições da rede.

• **Diretrizes do atendimento**

- Promover acolhimento e suporte emocional aos pacientes e familiares;
- Identificar motivações e dificuldades na adesão ao tratamento proposto pela equipe;
- Auxiliar na compreensão e assimilação da condição clínica, diagnóstico e tratamento;
- Identificar e fortalecer recursos de enfrentamento;
- Realizar preparação psicológica para cirurgia;
- Auxiliar a equipe multiprofissional no cuidado integral ao paciente;
- Auxiliar no processo de cuidados paliativos;
- Realizar preparação psicológica para alta hospitalar.

Em relação à organização do trabalho, os atendimentos são realizados a partir de solicitação de consulta ou busca ativa, de maneira que a(o) Psicóloga(o) precisa se deslocar até o leito do paciente e, nesse, estabelecer o setting terapêutico. Além disso, quando é solicitada intervenção psicológica a um paciente, há que se considerar que ela poderá ser breve, por vezes única, pois dependerá do tempo de internamento de cada paciente. Para a realização de todo esse trabalho, apontamos que as técnicas utilizadas nos atendimentos variam de acordo com as necessidades da tríade paciente/família/equipe e com os princípios técnicos e teóricos da(o) Psicóloga(o).

2.24.1.2. Proposta para o serviço social, de atenção aos usuários internados e seus familiares

• **Atribuições do assistente social**

- Realizar o acolhimento aos usuários (pacientes, acompanhantes e familiares de pacientes);
- Realizar a intervenção social, entrevista social sistematizada pelo regimento interno do



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

hospital, orientações acerca de normas e rotinas hospitalares;

- Orientar aos usuários acerca de direitos e deveres;
- Encaminhar/articular com as redes de atenção à saúde, rede socioassistencial e rede socio jurídica demandas específicas apresentadas pelos usuários;
- Realizar o acompanhamento/visitas de rotinas aos pacientes internados;
- Emitir relatórios e pareceres social;
- Discutir casos e participar de reuniões multiprofissionais;
- Realizar visitas institucionais e visitas domiciliares;
- Efetivar o apoio sistemático ao NIR;
- Objetivar salas de espera e educação em saúde;
- Emitir declarações para os usuários quando o mesmo for atendido pelo Serviço Social.
- Desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor;
- Utilizar o número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão;
- Abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes;
- Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do serviço social com participação da sociedade civil;
- Encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais no âmbito do Hospital.
- Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades;
- Estabelecer vínculo com o familiar e/ou responsável, a fim de torná-lo sujeito ativo do processo saúde-doença;
- Manter atualizado censo de identificação dos pacientes;
- Inteirar-se do diagnóstico inicial, estado geral do paciente e registros no boletim/prontuário, para melhor informação ao familiar e/ou responsável, das informações que são pertinentes naquele momento ou acionando a equipe matricial;
- Acolher e orientar os familiares e/ou responsáveis quanto ao fluxo de atendimento da unidade com suas rotinas pré-estabelecidas, divulgando o Manual do Acompanhante, com os horários dos serviços disponíveis;



- Acolher os familiares e/ou responsáveis, com base nos relatos das necessidades expressas pelos mesmos, registrando-os em impresso próprio;
- Dirimir dúvidas sobre os direitos e os deveres do acompanhante no momento da internação de forma compreensível por toda e qualquer pessoa;
- Avaliar o grau de vulnerabilidade da família e/ou responsável identificando e orientando sobre as demais demandas: declarações de acompanhamento, laudo médico, autorização para acompanhamento, transferências, entre outras, viabilizando contato com setor/profissional responsável;
- Garantir que as notícias difíceis (óbitos, agravamento de diagnósticos e prognósticos) sejam transmitidas de forma acolhedora, pela equipe multiprofissional da unidade, sempre em local apropriado;
- Orientar os familiares para o Serviço de Documentação de Óbito para tomar as providências necessárias.

• Diretrizes do atendimento

As ações e os serviços prestados pelo Serviço Social em qualquer tipo de unidade de saúde, sejam na atenção básica, ambulatorial, terciária ou quaternária, integram a prática na saúde numa rede que se pretende articulada internamente pelas diferentes ações dos profissionais da unidade e dos serviços, vinculada externamente às demais unidades de saúde em cada esfera de governo, integrando um sistema organizado.

Assim, as ações do Serviço Social são realizadas de acordo com as seguintes diretrizes:

- O planejamento do Serviço Social terá como princípios fundamentais a saúde como direito de todos e dever do Estado, a universalidade e gratuidade do atendimento, o controle social e a multiprofissionalidade;
- A distribuição dos assistentes sociais na unidade de saúde se dará em resposta às demandas colocadas pelo planejamento do Serviço Social na unidade, o qual definirá as metas e ações necessárias e prioritárias;
- O planejamento das ações terá como objetivo principal facilitar a participação da população nas decisões a respeito do seu corpo e de sua vida, no exercício do controle social, na promoção da saúde e na prevenção de doenças, agravos e riscos;
- A dotação orçamentária do Serviço Social será financiada por recurso da unidade e será reavaliada de acordo com as revisões realizadas no planejamento do serviço e nas mudanças percebidas no perfil da população usuária.

2.24.2. PROPOSTA E METODOLOGIA E INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS E CONTROLE DE RISCO PARA AS VISITAS AOS USUÁRIOS

A Metodologia proposta está pautada na Portaria do Ministério de Saúde nº 2.048, com o intuito



de organizar e normatizar as pontas de entrada dos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, propõe-se uma série de mudanças, tanto estruturais quanto operacionais, no que diz respeito ao atendimento às urgências e emergências em todo o território nacional. Além de permitir melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas, a portaria tornou-se elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolubilidade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

2.24.2.1. Controle de acesso

O monitoramento de entradas e saídas nos hospitais é complexo, em razão do fluxo intenso de diversos tipos de públicos. Podemos citar pacientes, familiares, colaboradores e fornecedores. Portanto, para garantir a segurança de uma Unidade, é fundamental contar com soluções realmente eficientes.

O devido controle de fluxo é de extrema importância para a Unidade, reduzindo a possibilidade de ocorrências que ponham em risco as pessoas e os recursos da instituição. Um sistema de controle integrado gera a sensação de segurança para colaboradores e usuários, protege os bens da organização e contribui na busca de um ambiente mais saudável e seguro para todos.

Para os gestores de hospitais, esse é um recurso essencial para o bom funcionamento da instituição.

O sistema de controle de acesso abrange a identificação, a permissão e o registro de entrada e saída de pessoas na Unidade. O FAS utilizará os seguintes mecanismos para o controle de acesso:

2.24.2.2. Crachá de identificação

O crachá de identificação é o documento de identificação oficial para todos os colaboradores do quadro efetivo que deverão utilizá-lo durante toda a sua permanência dentro da unidade.

2.24.2.3. Ponto biométrico

O ponto biométrico será utilizado por todos os colaboradores.



2.24.2.4. Pulseira de identificação

A pulseira de identificação será utilizada para todos os pacientes e deverá ser colocada no momento da admissão do paciente, de acordo com os setores de:

- Emergência - será colocada pelo técnico do acolhimento ou pela enfermeira da Classificação de Risco nos pacientes encaminhados diretamente para a sala vermelha;
- Internação - será colocada no setor pelo colaborador administrativo.

2.24.2.5. Etiqueta de identificação

A etiqueta de identificação será utilizada para acompanhantes, visitantes e fornecedores. Serão fornecidas pelo setor de recepção mediante apresentação de documento de identidade do usuário.

2.24.2.6. Sistema de monitoramento contínuo

O Sistema de monitoramento contínuo será realizado através do Circuito Fechado de Televisão (CFTV) cujas imagens estarão disponíveis na Direção da Unidade.

O controle de acesso é a união de regras automatizadas e equipamentos que facilitam a gestão de espaços e principalmente, a segurança. Essas duas questões são necessárias para o hospital já que é um local em que é de extrema importância delimitar e restringir espaços.

Propomos que o Hospital tenha espaços setorizados, salas de acesso restrito, alas específicas, materiais, dados e equipamentos que não devem ser acessados por qualquer pessoa. Além disso, durante epidemias a atenção para o limite de ocupação e o controle de circulação deve ser redobrada.

Algumas medidas que implementaremos:

- **Acesso a áreas restritas**

Essa é a necessidade mais essencial para ter segurança nesse tipo de espaços. Com um controle de acesso a restrição da entrada e saída de pessoas não autorizadas é efetiva.

Os níveis de permissão para cada local podem ser colocados em prática de forma efetiva, garantindo assim, a segurança da instituição e das pessoas que estão nela.

- **Informações sobre a circulação**

Parte do controle de acesso é saber quem teve acesso a cada local e mais do que isso, é importante ter essa informação de forma simplificada, todos que entram no hospital são identificados e tem suas entradas e saídas registradas.

- **Identificação de visitantes**

A identificação dos visitantes é essencial para um controle de acesso eficiente. Isso significa

coletar os dados de identificação e garantir uma forma visual por crachás.

2.24.2.7. Horário para visitas

• Visitas normais

- As visitas nas enfermarias serão realizadas diariamente das 14h às 20h, inclusive aos sábados, domingos e feriados, permitido dois visitantes por vez;
- Visitantes fora do horário previsto deverão ser encaminhados ao Serviço Social;
- Cada paciente só terá direito a um acompanhante por vez.

• Visitas extraordinárias

- São aquelas fora do horário de visita aos pacientes internados (enfermarias das 10h às 11h) feitas por prestadores de serviços (externos).

• Visita oficial

- Pessoas de órgãos públicos ou entidade civil que, no exercício de suas atividades, necessitam ter acesso às dependências do Hospital.

Os horários de visita abaixo discriminados podem ser alterados mediante a necessidade.

Horário de Visitas	Diurno	Tarde	Número de visitantes
Unidades de Internação		14:00 às 20:00	02 visitantes/vez
UTI	11:30 às 12:00	17:30 às 18:00	Entrada de um /vez)
Emergência	Não há horário para visitas, será permitida a permanência de 01 acompanhante durante todo a sessão		
Horário de troca de acompanhantes: das 7:00 às 8:00 e das 18:00 às 19:00			

• Quem tem direito a acompanhante?

- Toda gestante que esteja em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS, conforme a [Lei nº 11.108/2005](#);
- Idosos com idade igual ou superior de 60 anos ([Lei nº 10.741/2003](#));
- Crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos ([Lei nº 8.069/1990](#));
- Pacientes com deficiência e/ou outras necessidades especiais ([Lei nº 13.146/2015](#)).
- Pacientes em tratamento oncológico ([Lei nº 14.238/2021](#))
- Mulheres em consultas, exames e procedimentos ([Lei nº 14.737/2023](#))

Os acompanhantes poderão obter informações do desenvolvimento do processo terapêutico em boletins médicos.

Os acompanhantes e familiares próximos poderão obter informações do desenvolvimento do



processo terapêutico durante o horário de visita, entre 16h e 17h com o médico responsável, que passará de leito em leito.

Visitantes fora do horário previsto deverão ser encaminhados ao Serviço Social.

Controle de acesso físico às dependências do Hospital tem por objetivo o controle efetivo da entrada, circulação e saída de pessoas / bens materiais pelas portarias e se dará da seguinte maneira:

Todos os visitantes deverão passar pelas Portarias, para terem acesso ao local desejado.

• **Comunidade Interna (Funcionários e Prestadores de Serviços lotados)**

- Estar portando documento oficial com foto ou seu próprio crachá, o qual deverá estar posicionado no peito, em situação visível sem nada a encobri-lo, para efeito da perfeita identificação e estar com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras);
- Não estar portando armas de fogo ou outra de qualquer natureza;
- Não apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas;
- Não estar fumando.

• **Comunidade Externa**

- Ser previamente identificado e estar portando documento oficial com foto no Serviço de Recepção;
- Estar portando no peito, em situação visível, desprovido de qualquer obstáculo que concorra para encobri-lo, parcial ou totalmente, o crachá correspondente à sua área (setor / enfermaria) de destino;
- Estar no horário de visita ou devidamente autorizado pela chefia do setor/ enfermaria;
- Ser comprovadamente maior de 18 anos, em caso de acompanhante, e maior de 14 anos, para visitaçãõ;
- Apresentar-se com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras);
- Não estar portando qualquer gênero alimentício, exceto quando aprovado formalmente pelo Serviço de Nutrição e Dietética;
- Não apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas;
- Não estar fumando;
- Não estar portando aparelhos eletroeletrônicos, a menos que tenha sido previamente autorizado pela Coordenação de Enfermagem ou da Recepção;
- Não estar abalado emocionalmente de forma a prejudicar o paciente internado a ser



visitado;

- Militares ou membro de Poder Judiciário devem apresentar sua “carteira funcional”, que comprove tal situação, e ter justificativa para entrar.

- **Observações**

- Não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico da Instituição, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios servidores da Instituição, de acordo com o inciso XVIII, Art.117, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990;
- Os visitantes oficiais poderão ter acesso às dependências do Hospital, desde que estejam acompanhados de um colaborador designado pela direção.



2.25. Atendimento

2.25.1. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES, PROPOSTA DE FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES, COM ÊNFASE AOS DE USUÁRIOS IDOSOS, CRIANÇAS, ADOLESCENTES E PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS CONFORME PREVISÃO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE

A qualidade de serviços tem sido apontada como uma importante questão para o sucesso das organizações e a pesquisa de satisfação é um dos instrumentos que podem auxiliar nessa caminhada. Assim, a equipe de qualidade do hospital será responsável por elaborar os questionários que serão aplicados aos seus usuários e colaboradores buscando analisar quantitativa e qualitativamente o atendimento, o ambiente de trabalho, a estrutura da unidade, bem como a percepção da assistência prestada.

O ambiente hospitalar, embora seja o local adequado para assistir aos pacientes críticos com risco de vida agregado a uma equipe especializada, o expõe a vários estímulos desconhecidos, muito diferentes dos que está acostumado no seu cotidiano. Na prática profissional, considera-se que a qualidade na assistência de uma Unidade de saúde é o ponto chave para um tratamento adequado em ambulatório, na emergência e internação do paciente.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o usuário que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

Nos protocolos e diretrizes assistenciais será assegurado o direito previsto em leitos conforme dissertaremos a seguir.

- **Diretrizes dos Garantias e direitos:**

- Crianças e adolescentes (0 a 18 anos) – Lei Federal 8.069/1990;
- Idosos (igual ou superior a 60 anos) – Lei Federal 10.741/2003;
- Parturientes – Lei Federal nº 11.108/2005.

2.25.1.1. Acompanhantes

Será assegurado seguindo o Art. 12 do Estatuto da criança e adolescente o direito a um acompanhante. As principais razões para que uma criança não ficasse só em um hospital sempre foram bem conhecidas e óbvias e dispensam comentários maiores, no momento o imprescindível e indiscutível apoio emocional à criança enferma por parte da mãe acompanhante ou seu



substituto e a colaboração participativa, por parte do acompanhante, no cumprimento dos procedimentos médicos e de enfermagem, com consequente aceleração da cura e alta mais precoce.

- **Pacientes Idosos**

Segundo a Lei N.º 10.741/2003 no art. 1.º é instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Devem ser priorizados nas unidades de saúde, respeitando os critérios de gravidade conforme o protocolo de acolhimento e classificação de risco implantado na unidade.

- **Pacientes com deficiência**

Segundo o Estatuto de pessoas com deficiência Lei no 13.146/2015, no Art. 2º considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. Devem ser priorizados nas unidades de saúde, respeitando os critérios de gravidade conforme este protocolo.

- **Pacientes portadores de hemoglobinopatias, autismo e transtornos mentais**

Caso seja previamente identificado durante o Acolhimento, os pacientes portadores de hemoglobinopatias, autismo e transtornos mentais, deverão serem atendidos com prioridade, conforme determina a lei nº 8.964, de 03 de agosto de 2020.

Quem pode ser acompanhante:

- Familiares, amigos e cuidadores maiores de 18 anos, mediante apresentação de documento oficial com foto;
- Menores de 18 anos só poderão ser acompanhantes nos casos em que seus filhos estiverem internados.

- **Mulheres em trabalho e parto**

Para assegurar esse importante apoio durante a internação para o parto, foi publicada a Lei Federal nº 11.108 que, em seu artigo 19, diz: "os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, o parto e pós-parto imediato". O Ministério da Saúde regulamentou a lei, definindo o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico. A mulher tem direito a um ambiente sossegado, privativo, arejado e sem ruídos durante todas as etapas do nascimento do bebê.

Ao chegar no hospital, a mulher e o acompanhante devem ser acolhidos. A gestante será examinada por profissionais de saúde, que irão:



- Esclarecer dúvidas;
- Conduzir entrevista com técnicas para avaliar e diagnosticar a situação gestacional;
- Realizar exame físico, sempre com a avaliação de sinais e sintomas de alerta que podem aparecer;
- Verificação da pressão arterial e ausculta dos batimentos do coração do bebê;
- Solicitar outros exames e/ou avaliar seus resultados;
- Informar sobre a situação atual da gestante e do bebê, orientando os próximos passos.

Não há determinação de grau de parentesco para o acompanhante, sendo assim, de livre escolha da gestante. Além disso, pode haver mudança de acompanhante ao longo do processo de trabalho de parto, parto e pós-parto, de acordo com a necessidade e as possibilidades locais.

O Estatuto da Criança e do Adolescente reforça os direitos da gestante em ter um acompanhante durante todo o período de pré-natal, trabalho de parto e pós-parto imediato.

Será assegurado seguindo o Art. 12 do Estatuto da criança e adolescente o direito a um acompanhante. As principais razões para que uma criança não ficasse só em um hospital sempre foram bem conhecidas e óbvias e dispensam comentários maiores, no momento o imprescindível e indiscutível apoio emocional à criança enferma por parte da mãe acompanhante ou seu substituto e a colaboração participativa, por parte do acompanhante, no cumprimento dos procedimentos médicos e de enfermagem, com consequente aceleração da cura e alta mais precoce.

Com a finalidade de reduzir a circulação de pessoas no hospital e assim garantir a segurança dos pacientes, acompanhantes e trabalhadores, será instituído o controle de acesso. Onde será exigido para entrada no Hospital um documento com foto.

O controle de acesso é a união de regras automatizadas e equipamentos que facilitam a gestão de espaços e principalmente, a segurança. Essas duas questões são necessárias para o hospital já que é um local em que é de extrema importância delimitar e restringir espaços.

Propomos que o Hospital tenha espaços setORIZADOS, salas de acesso restrito, alas específicas, materiais, dados e equipamentos que não devem ser acessados por qualquer pessoa. Além disso, durante epidemias a atenção para o limite de ocupação e o controle de circulação deve ser redobrada.

Algumas medidas que implementaremos:

- Acesso a áreas restritas: Essa é a necessidade mais essencial para ter segurança nesse tipo de espaços. Com um controle de acesso a restrição da entrada e saída de pessoas não autorizadas é efetiva. Os níveis de permissão para cada local podem ser colocados em prática de forma efetiva, garantindo assim, a segurança da instituição e das pessoas que estão nela.
- Informações sobre a circulação: Parte do controle de acesso é saber quem teve acesso a cada local e mais do que isso, é importante ter essa informação de forma simplificada,



todos que entram no hospital são identificados e tem suas entradas e saídas registradas.

- Identificação de visitantes: A identificação dos visitantes é essencial para um controle de acesso eficiente. Isso significa coletar os dados de identificação e garantir uma forma visual por crachás.

2.25.1.2. Horário para visitas

• Visitas normais

- As visitas nas enfermarias serão realizadas diariamente das 14h às 20h, inclusive aos sábados, domingos e feriados, permitido dois visitantes por vez;
- Visitantes fora do horário previsto deverão ser encaminhados ao Serviço Social;
- Cada paciente só terá direito a um acompanhante por vez.

• Visitas extraordinárias

- São aquelas fora do horário de visita aos pacientes internados (enfermarias das 10h às 11h) feitas por prestadores de serviços (externos).

• Visita oficial

- Pessoas de órgãos públicos ou entidade civil que, no exercício de suas atividades, necessitam ter acesso às dependências do Hospital.

Os horários de visita abaixo discriminados podem ser alterados mediante a necessidade.

Horário de Visitas	Diurno	Tarde	Número de visitantes
Unidades de Internação		14:00 às 20:00	02 visitantes/vez
UTI	11:30 às 12:00	17:30 às 18:00	Entrada de um /vez)
Emergência	Não há horário para visitas, será permitida a permanência de 01 acompanhante durante todo a sessão		
Horário de troca de acompanhantes: das 7:00 às 8:00 e das 18:00 às 19:00			

Os acompanhantes poderão obter informações do desenvolvimento do processo terapêutico em boletins médicos.

Os acompanhantes e familiares próximos poderão obter informações do desenvolvimento do processo terapêutico durante o horário de visita, entre 16h e 17h com o médico responsável, que passará de leito em leito.

Visitantes fora do horário previsto deverão ser encaminhados ao Serviço Social.

Controle de acesso físico às dependências do Hospital tem por objetivo o controle efetivo da entrada, circulação e saída de pessoas / bens materiais pelas portarias e se dará da seguinte maneira:

2.25.1.3. Critérios para ter acesso às dependências do Hospital

Todos os visitantes deverão passar pelas Portarias, para terem acesso ao local desejado.

- **Comunidade Interna (Funcionários e Prestadores de Serviços lotados)**

- Estar portando documento oficial com foto ou seu próprio crachá, o qual deverá estar posicionado no peito, em situação visível sem nada a encobri-lo, para efeito da perfeita identificação e estar com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras);
- Não estar portando armas de fogo ou outra de qualquer natureza;
- Não apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas;
- Não estar fumando.

- **Comunidade Externa**

- Ser previamente identificado e estar portando documento oficial com foto no Serviço de Recepção;
- Estar portando no peito, em situação visível, desprovido de qualquer obstáculo que concorra para encobri-lo, parcial ou totalmente, o crachá correspondente à sua área (setor / enfermaria) de destino;
- Estar no horário de visita ou devidamente autorizado pela chefia do setor/ enfermaria;
- Ser comprovadamente maior de 18 anos, em caso de acompanhante, e maior de 14 anos, para visitação;
- Apresentar-se com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras);
- Não estar portando qualquer gênero alimentício, exceto quando aprovado formalmente pelo Serviço de Nutrição e Dietética;
- Não apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas;
- Não estar fumando;
- Não estar portando aparelhos eletroeletrônicos, a menos que tenha sido previamente autorizado pela Coordenação de Enfermagem ou da Recepção;
- Não estar abalado emocionalmente de forma a prejudicar o paciente internado a ser visitado;
- Militares ou membro de Poder Judiciário devem apresentar sua "carteira funcional", que comprove tal situação, e ter justificativa para entrar.



- **Observações**

- Não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico da Instituição, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios servidores da Instituição, de acordo com o inciso XVIII, Art.117, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.
- Os visitantes oficiais poderão ter acesso às dependências do Hospital, desde que estejam acompanhados de um colaborador designado pela direção.

2.25.2. PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DA OUVIDORIA VINCULADA A SES, COM PESQUISA DE SATISFAÇÃO

A implantação de um programa de controle da qualidade do serviço prestado ao usuário é fator fundamental de sucesso em qualquer projeto de atendimento ao público. O controle de qualidade visa assegurar a qualidade do acolhimento realizado e identificar possíveis áreas de melhorias no atendimento realizado, buscando sempre:

- Aumento da confiabilidade e segurança dos clientes;
- Melhora na satisfação dos clientes;
- Mudança de foco da correção para a prevenção;
- Mobilização das pessoas em torno de um objetivo comum;
- Redução de desperdícios e de custos;
- Foco na eficiência e eficácia do projeto;
- Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços;
- Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários.

- **Serviço de Atenção ao Usuário (SAU/Ouvidoria)**

Ouvidorias Públicas são instituições responsáveis por promover e coordenar a interlocução entre a administração Pública e os usuários dos serviços prestados. As ouvidorias são importantes instrumentos de defesa dos direitos dos usuários de serviços públicos, de controle e de participação social, indispensáveis para a construção de uma administração pública mais íntegra e eficiente.

A Ouvidoria é um canal direto do cidadão com os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), que recebe reclamações, denúncias, solicitações, sugestões e elogios, além de prestar informações.

Com a missão de viabilizar os direitos dos usuários de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS, a ouvidoria tem importante papel na implantação da cultura da participação e da cooperação. Mais do que apenas receber elogios e reclamações, a ouvidoria tem o papel de fortalecer a cidadania ao dar voz aos usuários



e contribuir para a melhoria dos serviços prestados.

A existência das ouvidorias públicas está prevista nas Leis nº 13.460, de 2017 e nº 13.608, de 2018. Ambas são leis fundamentais para concretizar o que dispõe a Constituição Federal, em seu art. 37, §3º.

A ouvidoria oferece ao gestor a visão do usuário ao longo de todo o processo, permitindo uma formulação mais aderente às necessidades da população, uma execução com mecanismos de controle quanto à qualidade e satisfação e uma avaliação qualificada para a melhoria da gestão. As atribuições da ouvidoria envolvem não só receber as manifestações dos usuários, mas também prestar informações às demandas recebidas, resguardar o sigilo e sempre dar resposta fundamentada à questão apresentada com clareza e objetividade, agilizar a remessa de informações de interesse do usuário, estabelecer canal permanente de comunicação com os usuários, fazer recomendações para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, sugerindo soluções de problemas, correção de erros, omissões ou abusos cometidos, entre outras funções.

A implantação da ouvidoria terá as seguintes fases:

- Estabelecimento das competências da ouvidoria;
- Definição dos critérios e forma de escolha do ouvidor;
- Definição dos canais de atendimento alinhado junto a SES que serão utilizados e os prazos que serão aplicados, lembrando que a Lei nº 13.460, de 2017, determina que a ouvidoria deverá oferecer a decisão administrativa final ao usuário no prazo de 30 dias, prorrogável de forma justificada uma única vez, por igual período;
- Escolha do ouvidor cujas competências devem incluir:
 - Conduta ilibada e postura ética;
 - Conhecimento de gestão pública;
 - Conhecimento dos serviços prestados pela Unidade;
 - Capacidade de diálogo, conciliação e resolução de conflitos.
- Dimensionamento da equipe, para o desempenho das funções de atendimento ao usuário, tarefas administrativas e análise e interpretação das informações coletadas;
- Capacitação da equipe;
- Infraestrutura e acessibilidade - a Ouvidoria deverá ser instalada em local de fácil acesso a todos os cidadãos e conter uma sala individual para atendimento presencial com segurança e privacidade, para que o cidadão possa se sentir acolhido ao expor suas necessidades. Deverá ter linha telefônica, e acesso a internet para atendimento virtual e gestão das informações coletadas e produzidas pela unidade.
- Definição de fluxos, atribuições, rotinas e indicadores;
- Divulgação de informações como horário de atendimento, canais de comunicação disponíveis, identificação do ouvidor, prazos de atendimento e processos são essenciais para dar transparência e garantir o acesso à ouvidoria.



As etapas para as demandas da ouvidoria serão:

- 1ª - Recebimento das demandas - poderão ser recebidas na ouvidoria por meio de correspondências diversas, correspondência eletrônica, pessoalmente, telefone e outros;
- 2ª - Análise - etapa na qual a Ouvidoria deverá analisar o teor da manifestação, verificar se há dados suficientes para dar continuidade ao processo, se há a necessidade de colocar a demanda em sigilo, e para qual o local deverá ser encaminhado;
- 3ª - Encaminhamento - após a análise, a demanda que tenha dados suficientes deverá ser encaminhada para a área responsável pela sua resolução;
- 4ª - Acompanhamento - deverá acompanhar o trâmite da demanda para agilizar e intermediar as ações e deverá também avaliar a resposta do setor, e, se não for satisfatória, procurar a instância imediatamente superior para nova avaliação;
- 5ª - Resposta ao Cidadão - manter o cidadão informado sobre o trâmite da sua demanda, considerando sua resolução dentro dos princípios legais e diretrizes do SUS;
- 6ª - Fechamento - uma demanda só pode ser fechada mediante uma resposta satisfatória. Ressalte-se que não necessariamente a resposta satisfatória significa atendimento.

Nesse sentido, é imprescindível a adoção de um sistema de ouvidoria informatizado, que possa servir de repositório a todas essas informações e oferecer uma base de dados estruturada que permita a realização de análises agregadas pela equipe da ouvidoria de maneira prática e eficiente.

A ouvidoria irá atuar para prevenir as dificuldades, desempenhando um papel de conciliação entre o usuário e a unidade. Além disso, ao ouvir o cidadão, permitindo a ele uma escuta qualificada e humanizada, garantimos a gestão participativa, que leva em consideração a opinião do usuário na gestão dos serviços.

• Pesquisa de satisfação do usuário

O modelo do questionário de satisfação do usuário será personalizado de forma a atender às necessidades da pesquisa.

Na pesquisa de satisfação hospitalar, serão avaliados o atendimento prestado aos pacientes e seus familiares, a humanização do acolhimento, a qualidade do serviço de hotelaria e a qualidade e disponibilidade das instalações da Unidade. A pesquisa deve ser aplicada ao paciente atendido na emergência, ao paciente "internado" nas salas amarelas e vermelha, seus familiares e acompanhantes. Onde serão avaliados:

- A estrutura oferecida: existência de recursos físicos (instalações), humanos (pessoal) e organizacionais (comitês, protocolos assistenciais, etc...) adequados;
- Avaliação da satisfação dos clientes em relação ao atendimento recebido e dos provedores destes serviços em relação aos seus ambientes de trabalho.



- Avaliação dos processos de trabalho nas áreas de gestão, serviços de apoio e serviços assistenciais: organização e documentação, protocolos, normas e rotinas;
- Avaliação dos resultados: o impacto da assistência prestada na situação de saúde, conhecimento e comportamento do paciente. Na dimensão epidemiológica, esta avaliação é feita por meio de indicadores específicos, tais como taxa de mortalidade e de infecção, média de permanência etc.

- **Usuários / clientes pesquisados**

Os usuários pesquisados serão os clientes da Unidade. A meta de universo mínimo a ser pesquisado é de 5%, mas para obter uma maior relevância estatística, propomos atender a um universo de pelo menos 10% dos clientes atendidos pela Unidade, em diversos momentos do atendimento. Os usuários e métodos de pesquisa serão:

- Clientes atendidos na emergência;
- Clientes atendidos no ambulatório;
- Clientes internados;
- Acompanhantes e familiares.

- **Profissionais de saúde da Unidade**

Esses clientes serão pesquisados de forma ágil, pois têm pouco tempo para responder a pesquisas com diferentes itens. A intenção dessa pesquisa deve ser entender se o atendimento e ambiente foram satisfatórios e atenderam às expectativas.

Esse questionamento deve ser feito por meio de totens físicos, com itens correspondentes ao nível de satisfação geral com o atendimento.

- **Clientes atendidos no ambulatório e emergência**

Serão entrevistados no momento da alta da saída.

- **Clientes internados e seus acompanhantes**

Serão entrevistados durante o período de “internação”, para que alguma ação corretiva possa ser tomada, caso necessário, e serão entrevistados também no momento da alta.

- **Profissionais da Unidade**

A função das pesquisas, no caso dos profissionais de saúde, é desenvolver relacionamentos de maior confiança com seu empregador, motivar esses profissionais, promover a ligação com a gerência e servir como apoio para verificar a qualidade da infraestrutura do local de trabalho, verificar o treinamento e os suprimentos necessários, promovendo assim um processo contínuo de auto-melhoria da equipe. Essas pesquisas poderão variar bastante de acordo com as



informações que se queira colher. Os canais de comunicação com os profissionais, via recursos humanos e acesso a alta administração da FAS estarão igualmente abertos.

- **Plano amostral da pesquisa de satisfação realizada**

A pesquisa será aplicada aos pacientes ou acompanhantes. Além disso a pesquisa poderá ser realizada por busca ativa de acompanhantes/familiares para os pacientes com motivo de saída por óbito, sem nunca induzir ou sugerir qualquer tipo de resposta. Na pesquisa de satisfação serão observados de maneira obrigatória os seguintes itens:

- Perfil dos entrevistados: classificação (paciente/acompanhante), tipo de saída (alta/óbito), idade, escolaridade, gênero, serviço utilizado;
- Ambiência: conforto no local de recepção de pacientes e atendimento médico; higiene, limpeza e organização da instituição;
- Atendimento: da equipe de recepção, tempo de espera, atendimento geral e índices de satisfação e indicação;
- Assistência: equipe de saúde.

Os usuários somente poderão responder a pesquisa de satisfação uma vez por cada registro de entrada na instituição.

Os usuários poderão registrar satisfação apenas uma vez para cada motivo de procura à unidade de saúde e apenas no mesmo dia do atendimento.

O momento de coleta de informações será na saída da Unidade.

Para todo paciente que estiver saindo da unidade deve-se oferecer a opção de registro de satisfação no terminal de registro. Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários.

O prontuário eletrônico deve gerar um relatório nominal de pessoas que registram as informações de satisfação dos usuários. A pesquisa de opinião proposta abrangerá 5 (cinco) quesitos básicos:

- Avaliação de todos os serviços oferecidos, discriminados entre muito satisfeito, satisfeito, neutro, insatisfeito e muito insatisfeito;
- A recomendação dos serviços prestados;
- A avaliação do atendimento geral;
- Os motivos pelos quais fez o usuário a escolher a instituição: experiência anterior, localização e facilidade de acesso, recomendação de outras pessoas, recomendação do médico, recomendação das Unidades de Saúde e/ou outras não citadas;
- Sugestões ou comentários gerais: um espaço para o usuário manifestar sua opinião (reclamação ou elogio) de forma detalhada.

O quantitativo de cidadãos entrevistados baseia-se em um número (N) amostral calculado considerando:

- **Margem de erro** – É a diferença entre a média encontrada na amostra para a média da



população. Dentro do cálculo de amostragem, a margem de erro entra como um dos parâmetros a serem inseridos. Logo, é possível perceber uma relação inversamente proporcional entre a margem de erro e o tamanho da amostra: quanto menor for a margem de erro máxima desejada, maior terá de ser a amostra.

- **Aleatoriedade** – Para termos os resultados mais próximos da verdadeira população, a seleção da nossa amostra deve ser totalmente aleatória. Quanto menos presa a nossa amostra for a um determinado grupo ou categoria, melhor a nossa amostra representará a população como um todo.
- **População** – Em termos estatísticos, nada mais é do que a totalidade dos fatores que queremos analisar.
- **Grau de confiança** – Indica o quanto estamos dispostos a abrir mão de “certeza” para termos uma amostra mais eficiente. Podemos pensar em confiança como um intervalo de probabilidades, onde, quanto maior for o grau de confiança estabelecido, maior será o intervalo de resultados possíveis dentro de uma amostra. Assim, delimitamos esse intervalo em desvios padrões, ou seja, o quanto a nossa amostra poderá se desviar da verdadeira média da população, com um determinado grau de confiança.

A amostragem é um processo que segue técnicas de selecionar membros de uma população de forma que seja possível realizar inferências sobre toda a população. Ou seja, a amostragem permite concluir sobre o todo analisando apenas partes. Para efeito de definição da amostra utilizaremos modelo respeitando parâmetros essenciais, o qual indicará o número ideal de entrevistados para obter a curacidade dos resultados.

Com base nesses conceitos, podemos estimar uma amostra eficiente para mensurarmos o estudo do nosso interesse. Deste modo, a equação abaixo mostra a forma manual de se calcular o tamanho da amostra:

$$\frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

z = grau de confiança em desvios padrões
 e = margem de erro escolhida
 N = tamanho da população
 p = Na calculadora, ela é uma constante igual a 0,5

• **Garantia e Incentivo da Participação Popular**

A participação popular faz-se importante pois contribui para o melhor funcionamento da saúde à medida que possibilita a otimização do planejamento das ações, promoção do autocuidado, fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS e outros.

A participação da população na utilização dos serviços de ouvidoria ainda está longe da desejada. Há necessidade de facilitar o acesso ao serviço, melhorar a divulgação da ouvidoria e informar aos usuários sobre os objetivos e finalidades do serviço, buscando estabelecer uma parceria



efetiva entre usuários e ouvidores, para que a população encontre na ouvidoria um instrumento para efetivar o controle social e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

A participação social pode influenciar na inclusão de novas demandas, interferir na tomada de decisão e, por conseguinte, proporcionar inovação no setor público, vez que o administrado não atua apenas nas defesas de seus interesses individuais, mas também na proteção do interesse coletivo, tanto que a Constituição Federal traz instrumentos de ação a serem utilizados com essa finalidade (DI PIETRO, 2015).

Neste sentido, a avaliação, através de feedbacks, mostra-se uma ferramenta capaz de emitir dados estatísticos importantes para a tomada de decisão. Uma vez inserida no contexto organizacional, todos os atores envolvidos no tripé: poder público, usuário e servidor poderão alcançar resultados satisfatórios.

A gestão pública deve construir um modelo específico diante das avaliações expostas pelos usuários dos serviços, permitindo que as decisões relacionadas às políticas públicas sejam fundamentadas em dados efetivos, fidedignos da participação popular e, mais importante, compartilhadas pelo gestor público para a equipe de execução.

Com o objetivo de garantir e incentivar a participação popular, junto aos usuários da Unidade e a FAS propõe:

- Ampla divulgação dos canais de comunicação disponíveis aos usuários;
- Informações precisas sobre o tempo e a quantidade de perguntas da pesquisa;
- Localização estratégica de totem, visando a participação maciça dos usuários;
- Divulgação dos resultados da pesquisa em local de fácil visualização;
- Participação ativa do Controle Social nas discussões propostas para a Unidade.

O objetivo da Ouvidoria é atuar no processo de interlocução entre o cidadão e a gestão institucional, de modo que as manifestações decorrentes do exercício da cidadania provoquem a melhoria dos serviços prestados. A Ouvidoria deve funcionar como um agente promotor de mudanças: de um lado, favorece uma gestão flexível, comprometida com a satisfação das necessidades do cidadão; e de outro, estimula a prestação de serviços de qualidade, capazes de garantir direitos.

A Ouvidoria é uma instituição de participação social, voltada para auxiliar o cidadão em suas relações com a instituição. Mais do que um canal de participação popular, a ouvidoria é um agente de mudanças, pois as diferentes manifestações recebidas acabam por gerar oportunidades de melhoria das instituições, estimulando a prestação de serviços de qualidade.

A equipe de trabalho da ouvidoria pode ser composta além do ouvidor, que lidera e conduz as decisões, por um atendente telefônico e um agente administrativo, de acordo com o porte da instituição e o volume de demandas do setor, a critério da gestão. Nessa conjuntura, o Ouvidor se revela como um importante instrumento de interação entre a instituição e a sociedade, constituindo-se em aliado na defesa dos direitos do usuário, na busca por soluções de conflitos

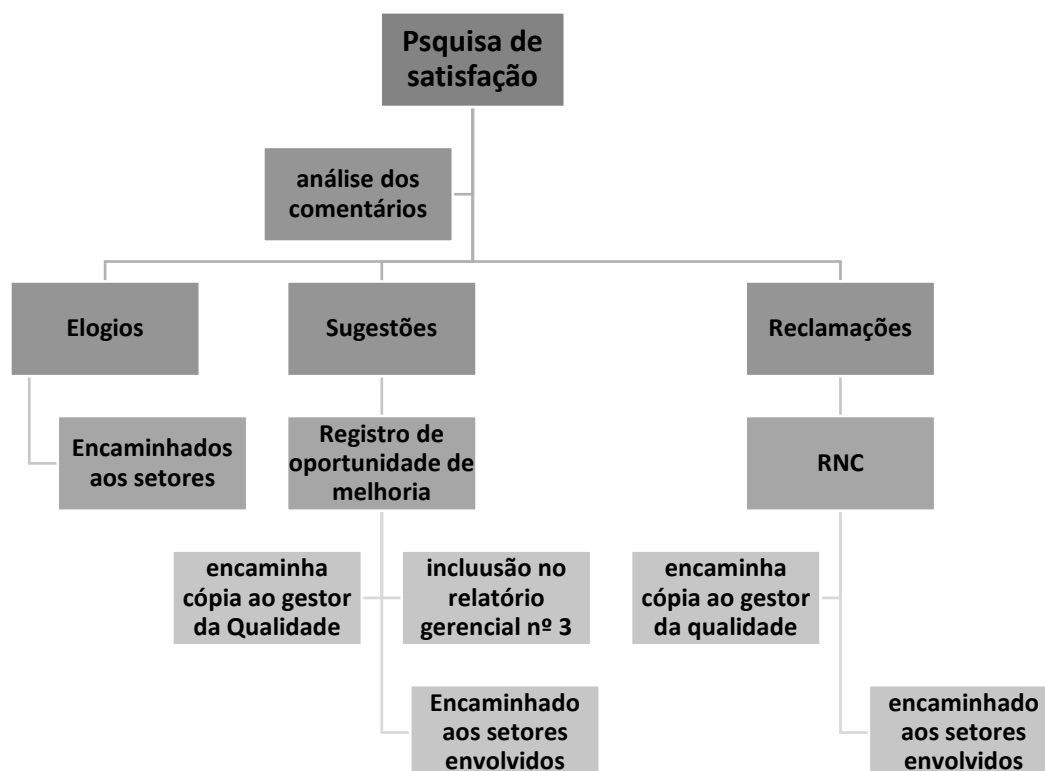


extrajudiciais, atuando como colaborador de programas de qualidade implantados na instituição.

• Responsabilidade e estrutura do Serviço

A coordenação deste serviço será de responsabilidade da ouvidoria juntamente com a assessoria de qualidade, assim como a concepção do instrumento de pesquisa, a coleta de dados, tabulação, digitação, análise dos dados e elaboração de relatórios.

A execução da Pesquisa de Satisfação do Usuário no Hospital será de responsabilidade da Ouvidoria.



Tratamento das informações geradas a partir da pesquisa de satisfação.

• Metodologia de trabalho da ouvidoria

A Metodologia assegura que o serviço será prestado de acordo com as necessidades dos usuários. O processo de trabalho estará dividido em etapas bem estabelecidas e com prazos previamente estipulados pela gestão e conforme legislação aplicada.

Descrição das etapas e procedimentos envolvidos no processo de trabalho de uma Ouvidoria.

ETAPAS	PROCEDIMENTOS
1ª – Recebimento	As demandas poderão ser recebidas na Ouvidoria por meio de: e-mail, endereço eletrônico, pessoalmente ou via telefônica.
2ª – Análise	O período de análise é compreendido como a etapa pela qual a



	Ouvidoria realiza a análise e o teor da manifestação, verifica se há dados suficientes para dar continuidade ao processo, se há a necessidade de colocar a demanda em sigilo, e para qual o local deverá ser encaminhado.
3ª – Encaminhamento	Após análise, a demanda será encaminhada para a área responsável pela sua resolução. É importante que o cidadão tenha conhecimento do encaminhamento dado a sua manifestação.
4ª – Acompanhamento	A Ouvidoria acompanhará o trâmite da demanda para agilizar e intermediar as ações. Deverá, também, avaliar a resposta do setor ou órgão, se não for satisfatória, reencaminhar para nova avaliação.
5ª – Resposta ao Cidadão	Manter o cidadão informado sobre o trâmite da sua demanda, considerando sua resolução dentro dos princípios legais e diretrizes.
6ª – Fechamento	Uma demanda só pode ser fechada mediante uma resposta satisfatória. Ressalta-se que, não necessariamente, a resposta satisfatória significa atendimento.

Fonte: Baseada em DOGES/SGEP/MS, 2014.

Após receber as manifestações, a ouvidoria realiza todo o processo de análise e tratamento das demandas, que envolve as etapas de: registro; classificação; encaminhamento e acompanhamento. Todas as manifestações são classificadas de acordo com as categorias operacionais discriminadas:

Tabela 1 - Classificação e discriminação de cada tipo de manifestação

DENÚNCIA	Comunicação verbal ou escrita que indica irregularidade na administração ou no atendimento
ELOGIO	Comunicação verbal ou escrita que demonstra satisfação ou agradecimento por serviço prestado
RECLAMAÇÃO	Comunicação verbal ou escrita que relata insatisfação referente às ações e aos serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento.
SUGESTÃO	Comunicação verbal ou escrita que propõe ação considerada útil à melhoria.

Todo o acompanhamento do processo pode ser realizado pelo status da demanda. Além do status, a prioridade também é considerada.

Tabela 2 - Sistemática dos "status" de acompanhamento das demandas enviadas a Ouvidoria

Classificação da manifestação	Descrição do status	Prazo

EM ANÁLISE	Quando a demanda foi inserida no sistema e registro está em análise.	3 dias úteis
ENCAMINHADA	Quando o registro foi encaminhado ao órgão competente.	5 dias úteis
REENCAMINHADA	Quando a resposta do órgão competente não é satisfatória, a demanda é reencaminhada.	2 dias úteis
CONCLUÍDA	Quando a Ouvidoria considera a demanda resolvida pelo órgão competente.	1 dia útil
FINALIZADA	Quando a ouvidoria fecha o processo da demanda e envia resposta ao cidadão	4 dias úteis

A Ouvidoria manterá o cidadão informado sobre todo o processo de tramitação de sua demanda. O cidadão também poderá entrar em contato com a Ouvidoria para fazer o acompanhamento, bem como para incluir novas informações em sua demanda.

- **Metodologia de prospecção e priorização das demandas dos usuários, a partir do resultado da pesquisa**

Após apresentação dos resultados, planos de ações corretivas serão desenvolvidos pelos gestores, objetivando estabelecer bons níveis de satisfação dos usuários.

Em casos de denúncias e/ou reclamações de maior gravidade realizadas de forma espontânea, no campo aberto da pesquisa, a direção da Unidade será informada pela Ouvidoria com brevidade para a adoção de medidas corretivas imediatas.

Os elogios serão divulgados trimestralmente nos murais da unidade.

A satisfação do usuário é prioridade máxima. Tomar decisões com base no feedback dos usuários é importante para o sucesso do atendimento das Unidades.

É caracterizada por toda ação relacionada à obtenção da informação adequada. Pode ser entendida como o processo de organizar dados para alcançar os objetivos institucionais. Visa à construção do conhecimento de modo a favorecer a reflexão e a percepção da realidade.

Exemplificação de processos de gestão da informação utilizados pela ouvidoria

PROCESSOS DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO

Prospecção, seleção e obtenção de dados e de informação a partir de fontes oficiais.

Mapeamento e reconhecimento dos fluxos formais de informação.

Tratamento, análise e armazenamento da informação utilizando tecnologias disponíveis.



Disseminação e mediação da informação ao público interessado.

Criação e disponibilização de produtos e serviços de informação.

- **Estratégias de incentivo à disseminação de uma cultura institucional que privilegie o uso de dados como a base da tomada de decisão organizacional, no decorrer de todas as etapas da cadeia de valor público**

Este processo tem por objetivo estabelecer padrões de qualidade e garantir sua implementação, com o adequado funcionamento e gerenciamento da rotina da ouvidoria. Tendo como base este planejamento, a ouvidoria irá buscar a melhoria contínua para seu padrão de desempenho através de informações gerenciais, implementar instrumentos para que seus usuários possam avaliar o desempenho e realizar o planejamento e revisão periódica das metas para atender as necessidades do sistema de informações gerenciais.

A Ouvidoria dará andamento aos processos internos iniciados através das ferramentas de comunicação com o cidadão. As apurações oriundas de denúncias ou apontamento originados em redes sociais da unidade e os apontamentos gerados a partir dos comentários da pesquisa de satisfação irão gerar registro de não conformidade (RNC), já as demandas geradas através do canal de ouvidoria, serão tratadas através de instrumentos de resposta.

- **Ouvidoria Ativa – Pós Alta**

O Pós Alta tem por base a prestação de serviços de assistência voltado para acompanhamento, individual e domiciliar, do paciente assistido pela unidade de saúde que permaneceu por um período, de internação ou observação, igual ou superior à 24h (vinte e quatro horas).

Os objetivos do Pós Alta são:

- Garantir a continuidade do tratamento e possibilitar condições para a reintegração do paciente em seu núcleo familiar ou de apoio;
- Proporcionar assistência humanizada e integral por meio da relação família e equipe de saúde;
- Estimular o paciente, e sua família, a uma participação ativa no tratamento proposto, melhorando o autocuidado;
- Promover educação em saúde integrada e assistência curativa;
- Detecção precoce de complicações ou recidivas de situações patológicas que requeiram uma intervenção ou tomada de nova conduta médico-assistencial.

O trabalho consiste em avaliar quatro vertentes:

- Estado de saúde do paciente;
- Percepção do paciente quanto à equipe médica que o atendeu;
- Percepção do paciente quanto à equipe de enfermagem que o atendeu;



- Percepção do paciente quanto às circunstâncias estruturais que cercaram seu atendimento.

Este acompanhamento é realizado por meio de ligação telefônica, realizada por profissional de saúde qualificado, acolhendo o paciente (ou seu cuidador) e aplicando um questionário estruturado por meio de conhecimentos científicos, proporcionando uma atmosfera psicologicamente mais favorável e segura em seu domicílio identificando necessidade de cuidados mais especiais, aplicando pesquisa de satisfação do atendimento recebido e orientando sobre os próximos passos que ele deve dar para manutenção da sua saúde.

Com o foco de orientar corretamente os usuários sobre os serviços de saúde disponíveis e a melhor forma de utilização do sistema local, reorganizando fluxos e reduzindo filas; bem como disponibilizando conteúdo educacional e esclarecedor sobre suas conduções clínicas, realizamos a Orientação Online, via WhatsApp, moderada por profissionais da área de saúde devidamente capacitados.

A coleta de dados se dará ininterruptamente com a disponibilização de questionários, em caráter permanente, em pontos estratégicos de fácil acesso dos usuários.

A pesquisa de satisfação deverá ser respondida de forma espontânea pelos pacientes, visitantes e/ou acompanhantes.

Mensalmente, todos os dados serão compilados e encaminhados à direção da unidade objetivando diagnosticar os possíveis pontos de melhorias auxiliando desta maneira a Gestão na tomada de decisões.

• Indicadores de satisfação

CATEGORIA DO INDICADOR	DESCRIÇÃO DO INDICADOR
Índice de Satisfação	Número de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos/ total de respostas efetivas * 100
Índice de indicação	Número de pacientes entrevistados que indicariam a unidade a um familiar / total de entrevistados *100

Com objetivo de avaliar a satisfação do usuário em relação aos serviços prestados, adicionalmente alguns indicadores serão avaliados com frequência mensal.

CATEGORIA DO INDICADOR	DESCRIÇÃO DO INDICADOR
Índice de Questionários preenchidos por saídas (alta e óbito)	Número de questionários preenchidos / Total de saídas de pacientes *100
Índice de percepção do usuário quanto a espera no atendimento pela recepção	Soma das notas obtidas / total de entrevistados *100



Índice de percepção do usuário quanto ao conforto no local de recepção	Soma das notas obtidas / total de entrevistados *100
Índice de percepção do usuário a assistência da equipe médica	Soma das notas obtidas / total de entrevistados *100
Índice de percepção quanto à assistência da equipe de enfermagem	Soma das notas obtidas / total de entrevistados *100
Índice de percepção do usuário quanto a assistência da equipe multidisciplinar	Soma das notas obtidas / total de entrevistados *100
Índice de percepção do usuário quanto qualidade da alimentação	Soma das notas obtidas / total de entrevistados *100
Índice de percepção do usuário quanto a comunicação efetiva de exames e procedimentos	Soma das notas obtidas / total de entrevistados *100
Índice de percepção do usuário quanto as Instalações físicas do hospital	Soma das notas obtidas / total de entrevistados *100
Índice de percepção do usuário quanto a Limpeza do hospital	Soma das notas obtidas / total de entrevistados *100

"Uma reclamação pode ser a última oportunidade que um cidadão nos dá para que possamos corrigir ou aprimorar nossos serviços!"

3. FA3 - QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

3.1. Experiência Anterior em Gestão Hospitalar da proponente

3.1.1. EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 200 LEITOS

Não possuímos.

3.1.2. EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 100 LEITOS E INFERIOR A 200 LEITOS

Com relação a este critério de pontuação apresentamos os documentos comprobatórios abaixo:

UNIDADE	LEITOS
Anexo IV - Hospital da Mulher Mariska Ribeiro	121
Anexo V - Hospital Municipal Dr Ernesto Che Guevara	103

3.1.2.1. Hospital da Mulher Mariska Ribeiro

O Centro de Estudos e Pesquisas Científicas Francisco Antonio de Salles foi o responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, desde março de 2012 pela data de assinatura do contrato e início de implantação, sendo a inauguração da unidade em julho de 2012, chegando ao fim desta parceria em março de 2022.

A Unidade de saúde é hospital especializado em saúde da mulher com serviços de obstetria, neonatologia e ginecologia cirúrgica e diagnóstica, de médio porte e média complexidade e grande volume de atendimentos.

O Hospital da Mulher Mariska Ribeiro desempenha papel estratégico na atenção perinatal em articulação com os demais serviços de saúde, especialmente com a rede de atenção primária de sua área de abrangência – AP 5.1, com ênfase nas seguintes ações:

- Recebimento das gestantes para visita e práticas educativas a partir do agendamento das unidades básicas (Módulo Vínculo Pré-Natal Maternidade do Programa Cegonha Carioca) – suspenso temporariamente frente ao quadro de pandemia;
- Atendimento ambulatorial especializado nas situações de risco gestacional;
- Atendimento ambulatorial e realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos em ginecologia;
- Atendimento das emergências obstétricas (incluindo as ações previstas no Módulo Acolhimento e Classificação de Risco do Programa Cegonha Carioca);
- Atenção ao parto e nascimento de risco habitual;

- Atenção ao parto e nascimento de risco;
- Atenção integral ao recém-nascido de risco habitual;
- Atenção integral ao recém-nascido de risco através do Cuidado Intensivo Neonatal, Cuidado Intermediário Convencional e Cuidado Intermediário Canguru;
- Acompanhamento interdisciplinar dos recém-nascidos de risco egressos da Unidade Neonatal;
- Acolhimento e atendimento às mulheres vítimas de violência sexual.

Tais ações estão necessariamente inseridas no conjunto de ações estratégicas e programas desenvolvidos pela SMS e ocorrem de acordo com as diretrizes clínicas e resoluções e normas operacionais da SMS/RJ e Ministério da Saúde, inseridas no presente Edital.

- **Estrutura gerenciada**

- 63 leitos de obstetrícia cirúrgica;
- 9 leitos de obstetrícia clínica;
- 9 leitos de ginecologia;
- 6 leitos de pediatria;
- 4 leitos de Unidade Intermediária Neonatal Canguru (UCINCa);
- 11 leitos de Unidade Intermediária Neonatal Convencional (UCINCo);
- 10 leitos de UTI Neonatal;
- 8 leitos de Hospital Dia;
- 1 leito clínico geral;
- 10 salas ambulatoriais;
- 2 salas de ultrassonografia;
- Serviço de Vídeo-histeroscopia;
- Serviço de Colposcopia;
- 2 salas de radiologia, incluindo um 1 Mamógrafo DR;
- Serviço de ultrassonografia e ecocardiografia neonatal;
- NAIRR – Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-nascido de Risco composto de:
 - Pediatria/Followup
 - Fisioterapia
 - Terapia Ocupacional
 - Neuropediatria
- Centro de Parto Normal intrahospitalar com:
 - 7 salas PPPs
 - 1 espaço de relaxamento
 - 4 leitos de apoio clínico
- Centro Cirúrgico com:



- 3 salas cirúrgicas;
 - 6 leitos de RPA.
- Casa da Puérpera com 6 vagas.
- Emergência Obstétrica composta de:
 - 1 consultório de acolhimento e classificação de risco;
 - 2 consultórios de atendimento médico;
 - 3 leitos de suporte;
 - Área de apoio diagnóstico.
 - Serviços de apoio técnico e clínico.
- **Média mensal de atendimentos**
 - 2.100 atendimentos médios de emergência Obstétrica;
 - 2.400 agendas de atendimento ambulatoriais mensais, incluindo remarcações, retornos e tratamento continuado;
 - 600 internações obstétricas;
 - Média de 450 partos (cerca de 33% de partos cesarianas);
 - 55 Internações em complexo Neonatal (UTIN, UCINCo, UCINCa) por mês;
 - 1.000 exames de Ultrassonografia (Ginecologia e Obstetrícia);
 - 500 Exames de Mamografia;
 - Mastologiae USG complementar;
 - Cerca de 85 cirurgias ginecológicas mensais; e
 - 260 procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

- **Período da gestão**

Início em março de 2012 e término em março de 2017 (5 anos completos) por meio do Contrato de Gestão nº 003/2012, estendido por meio do Contrato de Gestão nº 001/2017 até a março de 2022, totalizando 10 (dez) anos somados os dois Contratos de Gestão.

3.1.2.2. Hospital Municipal Dr Ernesto Che Guevara

O Hospital Municipal Dr. Ernesto Che Guevara - HMECG encontra-se situado às margens da Rodovia Amaral Peixoto – RJ 106 KM 22,5, no bairro de São José, Maricá-RJ, ocupando um terreno de 3.441.004 m², com uma área construída de 1.126.623 m², o seu funcionamento imediatamente, especialmente, para atender à demanda por leitos diante da referida pandemia.

A região de abrangência do hospital engloba todos os distritos de Maricá, assim distribuídos:

1º Distrito - Maricá;

2º Distrito - Ponta Negra;

3º Distrito - Inoã;



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

4º Distrito - Itaipuaçu.

Uma estrutura nova, o HMECG possui três blocos destinados ao atendimento de Emergência e Trauma, Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica, CTI I e II e Unidade Pediátrica. Entretanto, diante do cenário de pandemia, a inauguração da unidade foi destinada aos casos COVID-19 regulados.

• **Capacidade instalada**

SETOR INTERNAÇÃO	QUANTIDADE DE LEITOS
Unidade de Isolamento	6
UTI adulto – Tipo II	10
Cirurgia Geral	20
Ortopedia Traumatologia	20
Clínica Geral	42
Pediatria Cirúrgica	4
Pediatria Clínica	1

TOTAL 103

SETOR	QUANTIDADE DE SALAS
Emergência / trauma	2
Centro Cirúrgico	4

TOTAL 6

• **Serviços**

- Serviço de diagnóstico de laboratório clínico;
- Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatológico;
- Serviço de diagnóstico por imagem;
- Serviço diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos;
- Serviço de endoscopia;
- Serviço de farmácia;
- Serviço de fisioterapia;
- Serviço de hemoterapia;
- Serviço de suporte nutricional;
- Serviço de terapia intensiva;



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

- Serviço de urgência e emergência;
- Serviço de vigilância em saúde.

O Hospital Municipal Dr. Ernesto Che Guevara tem como objetivo atender a população de forma referenciada a partir da central de regulação, exames e demais procedimentos correlatos capazes de fornecer diagnóstico clínico e/ou cirúrgico, prestando a assistência devida, prescrevendo a terapêutica a ser adotada para o reestabelecimento da saúde dos usuários ou estabilização do quadro clínico.

• Período da gestão

A parceria teve início em abril 2020 e término em abril de 2021 por meio do Contrato de Gestão nº. 033/2020, renovado através do Contrato de Gestão nº. 029/2021 com início em 01 de setembro de 2021 e previsão de término em 31 de agosto de 2025.

3.1.3. EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 LEITOS E INFERIOR A 100 LEITOS

Com relação a este critério de pontuação apresentamos os documentos comprobatórios abaixo:

UNIDADE	LEITOS
Anexo VI - Hospital Municipal Nossa Senhora do Nazareth	54
Anexo VII - Hospital Municipal Oceânico Dr Gilson Cantarino	60

3.1.3.1. Hospital Municipal Nossa Senhora do Nazareth

Em março de 2020 foi celebrado entre a Prefeitura da Cidade de Saquarema, através do Fundo Municipal de Saúde e o FAS, o Contrato de Gestão nº 009/2020. A parceria contemplou a gestão, gerenciamento e operacionalização do Hospital Nossa Senhora do Nazareth, dos Postos de Urgência Saquarema, Sampaio Correia e Jaconé.

• Hospital Nossa Senhora do Nazareth

Localizado no município de Saquarema, com 54 leitos no total, sendo parte deles voltados para pediatria. Prestou serviços ambulatoriais, internação, SADT e urgência, atendendo demanda espontânea e programada. Os serviços assistenciais presentes são de Cuidados intermediários, de Fisioterapia e Reabilitação, de Hemoterapia, de Endoscopia, de Suporte Nutricional, SADT, de Urgência e Emergência, de Traumatologia e Ortopedia, de Atenção Psicossocial, de Cirurgia Reparadora e de Vigilância em Saúde.

Setores	Leitos



Pediatria	5 leitos
Clínica médica	41 leitos
Isolamento	1 leito
Unidade de Cuidados Intermediários Adulto	5 leitos
Psiquiatria	2 leitos

• Posto de Urgência de Saquarema

Voltado para o atendimento de Urgência e Emergência em Pediatria e Clínica Médica, especificamente voltada para o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), residentes no município de Saquarema ou por livre demanda. É porta de entrada para Urgência e emergência 24hrs/7dias da semana e abrange a população da cidade de Saquarema.

Instalação	Quantidade consultório/sala	Leitos
Sala de curativo	1	0
Sala de enfermagem	1	0
Sala de imunização	1	0
Sala de nebulização	1	0
Consultório médico	2	0
Sala de acolhimento c/ classificação de risco	1	0
Sala de curativo	1	0
Sala repouso/observação	1	5
Sala atendimento paciente crítico/ estabilização	1	2

• Posto de Urgência de Sampaio Correia

Voltado para o atendimento de Urgência / Emergência em Pediatria e Clínica Médica e, em seu anexo, faz atendimento em ambulatório de endocrinologista, acupuntura, massoterapia, pediatria e fisioterapia. O atendimento de urgência é de livre demanda, 24hrs/7dias e abrange a população do Bairro de Sampaio Correia.

Instalação	Quantidade consultório/sala	Leitos
Sala de curativo (ambulatorial)	1	0
Sala de enfermagem	1	0
Sala de imunização	1	0
Sala de nebulização	1	0
Consultório indiferenciado	1	0
Consultório não médico	2	0



Consultório médico	2	0
Sala de acolhimento c/ classificação de risco	1	0
Sala de curativo (urgência)	1	0
Sala repouso/observação	1	2
Sala atendimento paciente crítico/ estabilização	1	1

• **Posto de Urgência de Jacaré**

Voltado para o atendimento de Urgência / Emergência em Pediatria, Clínica Médica e Ortopedia, em seu anexo faz atendimento em ambulatório de cardiologia, pediatria, neurologia, alergista e fonoaudiologia.

Sua Urgência é de livre demanda 24hrs/dia, atendendo toda a população, especialmente do bairro Jacaré.

Instalação	Quantidade	Leitos
	consultório/sala	
Sala de curativo (ambulatorial)	1	0
Sala de enfermagem	2	0
Sala de imunização	1	0
Sala de nebulização	1	0
Odontologia	1	0
Consultório indiferenciado	4	0
Consultório não médico	2	0
Consultório médico	1	0
Sala de acolhimento c/ classificação de risco	1	0
Sala de curativo (urgência)	1	0
Sala repouso/observação	2	5
Sala atendimento paciente crítico/estabilização	1	2

Os serviços, atividades, metas e indicadores observados, incluíram, não se limitando a:

- Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários no âmbito do SUS e conforme o Termo de Referência;
- Aquisição, gestão e logística de suprimentos farmacêuticos e hospitalares;
- Gestão, guarda, conservação e manutenção do prédio, terreno e dos bens inventariados pelo Município, incluindo os mobiliários e os equipamentos médico-hospitalares;
- Contratação complementar e gestão de profissionais de todas as áreas concernentes à operação das unidades de saúde;
- Execução direta ou subcontratação e gestão, em qualquer caso, dos serviços acessórios



necessários ao funcionamento das unidades de saúde, tais como Lavanderia e Rouparia, Unidade de Alimentação e Nutrição, Higienização, Segurança e Vigilância, manejo e destinação de Resíduos Hospitalares, Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT), Engenharia Clínica, Transporte dos usuários, Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), Hotelaria, Recepção e Portaria, Central de Materiais Estéreis, Manutenção Predial, Conforto ambiental e Tecnologia da Informação, conforme estabelecido no Termo de Referência, no Contrato de Gestão e nos respectivos Anexos;

- Administração da oferta e gestão de leitos.

• Metas de produção

INTERNAÇÃO

O hospital deverá realizar, no mínimo 984 saídas hospitalares/ano.

1º ANO												
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Atendimentos de Urgência/Emergência												
Pronto Socorro Adulto	4.200	4.200	4.200	4.200	4.200	4.200	4.200	4.200	4.200	4.200	4.200	4.200
Pronto Socorro Pediátrico	2.100	2.100	2.100	2.100	2.100	2.100	2.100	2.100	2.100	2.100	2.100	2.100
TOTAL	6.300	6.300	6.300	6.300	6.300	6.300	6.300	6.300	6.300	6.300	6.300	6.300
Internação (Saídas Hospitalares)												
Clínica Médica	102	102	102	204	204	204	204	204	204	204	204	204
Clínica Cirúrgica	0	0	0	40	40	40	40	40	40	40	40	40
CTI / USI	5	5	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
TOTAL	107	107	113	255	255	255	255	255	255	255	255	255

• Período da gestão

O período de gestão das Unidades teve início em março de 2020 e término da vigência em julho de 2021, 01 (um) ano e 4 (quatro) meses.

3.1.3.2. Hospital Municipal Oceânico Dr Gilson Cantarino

Em agosto de 2023 foi celebrado com a Fundação Municipal de Saúde de Niterói/FMS, o Contrato de Gestão nº 014/2023, com vistas ao planejamento, gerenciamento e a execução das atividades e serviços de saúde no HMOGC.

O Hospital Municipal Oceânico Gilson Cantarino, localizado na Av. Dr. Raul de Oliveira Rodrigues, 382 - Piratininga, Niterói, RJ, 24350-000, foi construído em 2011, por um grupo de empresários da iniciativa privada, mesmo após concluído e equipado, nunca funcionou, ficando fechado o imóvel por mais de 09 anos.

A Prefeitura de Niterói inaugurou, no dia 10 de abril de 2020, o Hospital Oceânico, como Hospital Municipal de referência no combate contra o coronavírus, especializado em tratamento exclusivo de pacientes com COVID-19, com um porte de 140 leitos com respiradores e Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Primeiramente foram inaugurados 40 leitos, na segunda quinzena de abril inaugurou-se mais 70 leitos, já em maio, atingindo-se o total de 136 leitos operacional.



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

O Hospital Municipal Oceânico de Niterói é regulado pelo sistema de regulação de saúde de Niterói para pacientes com Coronavírus positivo. Desta forma os pacientes eram atendidos nas unidades de urgência e emergência, sendo transferidos para o HMON quando indicado.

A Unidade, que estava desativada há quase uma década, foi arrendada pela Prefeitura de Niterói e passou por um trabalho de adequação e instalação de equipamentos para entrar em operação e atender a população no combate à pandemia do Coronavírus.

O Hospital Municipal Oceânico de Niterói foi inaugurado em abril de 2020 e até setembro de 2021 deram entrada na unidade 3.581 pacientes, sendo que 2.413 saíram pela porta da frente de alta, isso representa uma taxa de recuperação superior a 67%.

O pico registrado na unidade aconteceu em abril e maio de 2021, quando deram entrada 400 e 412 pacientes respectivamente. Neste período o Hospital precisou colocar em prática o plano de contingência para aumentar o número de leitos. Inicialmente com 136 leitos, o hospital passou a contar com 147 leitos. Vale destacar que apesar do alto volume de pacientes a taxa de mortalidade nestes dois meses se mantiveram baixas, ficando 31% e 25% respectivamente.

Em agosto de 2021, a Unidade abriu o Centro de Reabilitação Pós-Covid, que em seu primeiro mês de funcionamento, setembro de 2021, 99 pacientes foram atendidos, o que representa 759 atendimentos. O Centro conta com atendimentos diários de: fisioterapia, fonoaudiologia, assistência social, médica, enfermagem, nutrição e psicologia. Além disso, conta ainda por demanda com médicos especialistas como: cardiologista, pneumologista, neurologista, vascular, infectologista, nefrologista, psiquiatra e cirurgião plástico.

Com a queda no número de casos COVID positivo no município de Niterói, o HMOGC entrou em fase de transição iniciando internação de pacientes clínicos em dezembro de 2021 e posteriormente, em 8 de março de 2022, iniciou-se a inauguração de leitos cirúrgicos com realização de cirurgias gerais e oncológicas de colo de útero e mama.

Diante da suspensão de consultas ambulatoriais, procedimento de elucidação diagnósticos não emergenciais e das cirurgias eletivas, no auge da pandemia, foi constatado um grande aumento da demanda reprimida de serviços diagnósticos de média e alta complexidade, assim como de procedimentos cirúrgicos eletivos no município, além da necessidade de mais de 150 leitos de internação hospitalar, para diminuir as principais causas de óbito em Niterói, como por exemplo as doenças cardiovasculares e as neoplasias.

Em relação às causas de mortalidade segundo os seus grandes grupos do CID-10, observou-se que as principais causas de óbitos dos residentes de Niterói foram: doenças do aparelho circulatório (1.180; 24%); neoplasia (884; 18%); doenças do aparelho respiratório (620; 13%); causas externas de morbidade e mortalidade (454; 9%), algumas doenças infecciosas e parasitárias (320; 7%), e demais causas (1.374; 28%).

Para efetuar todas as ações de um novo modelo de gestão, garantindo economicidade e aumento da produtividade, foi necessária a mudança do Perfil Assistencial do Hospital Municipal Oceânico



Dr. Gilson Cantarino, para HOSPITAL GERAL com assistência em clínica médica e cirurgias eletivas de média e alta complexidade, como cirurgia geral, cirurgias oncológicas de mama e colo uterino e também assistência clínica e cirúrgica de doenças cardiovasculares.

O novo perfil assistencial do HMOGC, Hospital Geral referenciado, com atendimento clínico e cirúrgico, com cirurgias gerais e oncológicas, principalmente em neoplasias de mama e colo de útero, implementando a Linha de Cuidado Oncológica, assegurando, além das cirurgias, a realização de exames anatomopatológicos e imuno-histoquímicos, mamotomias, e tratamento Quimioterápico e Radioterápico, além de atendimento em cardiologia de alta complexidade.

Os pacientes que chegam ao HMOG podem ser encaminhados pelos Hospitais, UPAS, Policlínicas Regionais e Unidades de Saúde da Atenção Básica, localizados no município de Niterói e da Região Metropolitana II. Todos os pacientes para serem atendidos no HMOGC, devem ser regulados pelo sistema de regulação da Central de Regulação da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

O hospital conta com unidade de internação em CTI e enfermarias, centro de diagnóstico funcionando 24 horas, centro cirúrgico e Centro de cuidados pós-COVID e ambulatório de especialidades. No centro de diagnóstico tem laboratório de análises clínicas, tomografia computadorizada, raios-x digital e ecocardiograma, ultrassonografia. No ambulatório terão as especialidades nas áreas de cirurgia geral, urologia, vascular, coloproctologia, ginecologia, plástica, oncologia (na primeira etapa mama e útero), e cardiologia. Já o Centro de Reabilitação pós-COVID atende fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, assistente social, clínica médica e parecer em neurologia, psiquiatria, pneumologia, nefrologia, cardiologia, angiologia e cirurgia vascular.

Em relação às unidades de internação são, 100 leitos de internação dentre eles 30 leitos de CTI (com 10 clínicos, 10 leitos cirúrgicos e 10 leitos unidade coronariana). O centro cirúrgico conta com 04 (quatro) salas, sendo uma híbrida (hemodinâmica e sala cirúrgica) e 07(sete) leitos de RPA (recuperação pós-anestésica).

O novo perfil do HMOGC será implantado em 03 (três) etapas de acordo com o planejamento de transição de perfil, do comportamento da pandemia e da dotação orçamentária:

- **Primeira etapa**

- Manter o Centro de Cuidados Pós-Covid-19;
- Criar ambulatório de especialidades cirúrgicas de cirurgia geral, oncologia (mama e colo de útero), ginecologia, urologia, cirurgia vascular, coloproctologia, e mantendo 60 leitos de internação sendo 10 leitos de CTI, 07 leitos de Semi Intensiva e 43 leitos de enfermaria);
- Adequar o centro cirúrgico para 03 sala cirúrgicas, sendo uma sala para as cirurgias de urgência/ emergência e 04 leitos de RPA;



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

- Realizar mínimo de 250 cirurgias eletivas por mês: sendo 205 cirurgias gerais eletivas e 45 oncológicas (08 cirurgias de mama, 16 biópsias-exérese de nódulo de mama, 02 cirurgias de colo de útero, 19 excisão tipo 3 (Conização).
 - Implementar Linha de Cuidado Oncológica principalmente em neoplasias de mama e colo de útero assegurando, além das cirurgias, a realização de exames anatomopatológicos e imuno-histoquímicos, de mamotomias, e do tratamento Quimioterápico e Radioterápico, através da contratação de serviços terceirizados.
 - Os serviços de diagnósticos e demais serviços relacionados à assistência e bom funcionamento do hospital, continuarão proporcionalmente com a capacidade instalada e produção do hospital.
- **Segunda etapa**
 - Manter todos os serviços da primeira Etapa;
 - Aumentar de 60 leitos de internação para 80 leitos (20 CTI e 60 enfermarias);
 - Adequar o centro cirúrgico para 03 sala cirúrgicas com 04 leitos de RPA;
 - Realizar mínimo de 325 cirurgias eletivas por mês (aumento de 30%): 255 cirurgias geral e 70 oncológicas com ampliação das especialidades oncológicas (coloproctologia, urológicas e ginecológicas).
 - **Terceira etapa**
 - Manter todos os serviços da segunda Etapa;
 - Aumentar de 80 leitos de internação para 100 leitos com 30 leitos de CTI sendo 10 clínicos, 10 cirúrgicos e 10 unidade coronariana e 70 leitos de enfermarias;
 - Adequar o centro cirúrgico para 04 salas cirúrgicas com 06 leitos de RPA, sendo uma sala híbrida com hemodinâmica;
 - Realizar mínimo de 350 cirurgias eletivas por mês: 280 cirurgias geral, 70 oncológicas (especialidades de mama, ginecológica, urológicas e coloproctologia), e 52 intervenções cardiovasculares de alta complexidade;
 - Implantar o Serviço de Cirurgia Cardiovascular de Alta Complexidade, com serviço de hemodinâmica (mínimo de 60 cateterismo e 15 PTCA/ mês), implante marca-passo e cirurgia cardíaca (15 cirurgias cardíacas / mês);
 - Os serviços de diagnósticos e demais serviços relacionados à assistência e bom funcionamento do hospital, continuarão proporcionalmente com a capacidade instalada e produção do hospital.
 - Habilitar o serviço de Alta complexidade em cirurgia cardiovascular.

A parceria teve início em agosto de 2023 e previsão de término em janeiro de 2026.



3.1.4. 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

Não possuímos.

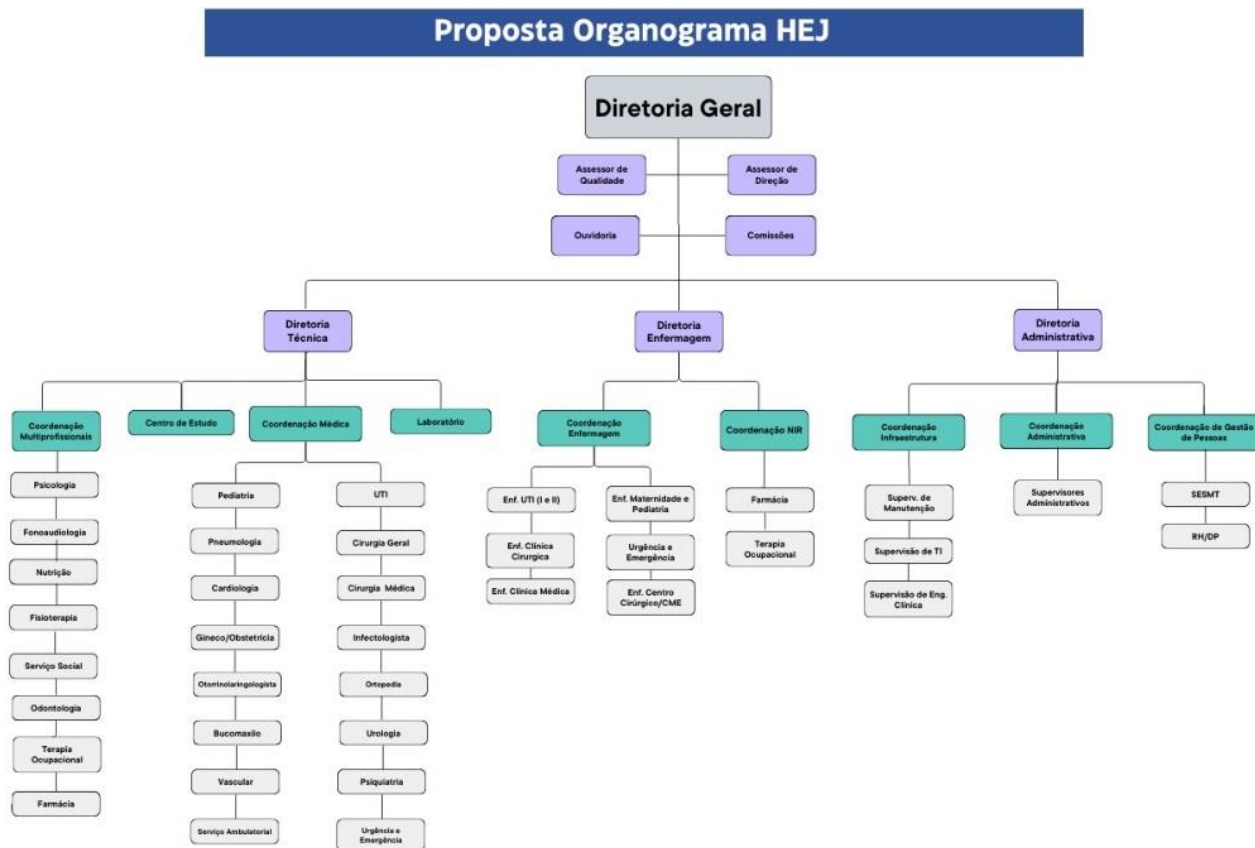
3.1.5. CERTIFICADO DE ACREDITAÇÃO – ONA, JOINT COMISSION INTERNATIONAL, QMENTUM DA CANADÁ ACCREDITATION INTERNATIONAL OBTIDOS PELA UNIDADE HOSPITALAR DURANTE A GESTÃO DA OSC PROPONENTE

Não possuímos.



3.2. Estrutura e experiência da Diretoria

3.2.1. APRESENTAÇÃO DE ORGANOGRAMA DA UNIDADE, COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO



Compete aos membros da diretoria principalmente o que segue abaixo, não se limitando a:

3.2.1.1. Diretoria Geral

- Coordenar, acompanhar e conduzir as diretrizes e objetivos da política de saúde preconizada para a Unidade de saúde;
- Coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas pelas Comissões Permanentes, e Comissões Temporárias, objetivando a articulação e o cumprimento de seus objetivos propostos;
- Coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas através da Diretoria Técnica e Clínica Assistencial, Diretoria Administrativa e Financeira, Gerência Multiprofissional, objetivando a eficiência e a eficácia da organização;
- Promover articulação com órgãos afins para o desenvolvimento de programas, convênios e parcerias da Instituição Hospitalar;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade de saúde;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar.



3.2.1.2. Diretoria Técnica

- Cumprir e fazer cumprir o regimento interno da Unidade e as determinações da Direção Geral;
- Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das Coordenações e Supervisões;
- Coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;
- Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional do corpo clínico;
- Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;
- Estabelecer, junto aos Coordenadores e Supervisores, critérios para o ingresso de profissionais de saúde, voluntários, nos serviços da Unidade que venham contribuir para a melhoria da assistência, ensino e pesquisa;
- Manter contato com a Direção Geral da Unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe;
- Fazer cumprir as normas dos Conselhos Federal e Regional de Medicina e dos multiprofissionais.

3.2.1.3. Diretoria de Enfermagem

- Cumprir e fazer cumprir o regimento interno da Unidade e as determinações da Direção Geral do hospital;
- Planejar, gerenciar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas pelas Supervisões;
- Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância;
- Colaborar com a fiscalização do COREN, sempre que solicitado e, no encaminhamento do pessoal notificado para regularização junto a este Órgão;
- Desenvolver programas de assistência integral e contínua aos pacientes e de orientação e atualização de conhecimento à sua equipe;
- Organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade da Unidade;



- Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- Manter contato com a Direção Geral da Unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Conhecer e divulgar para sua equipe o Código de Ética do profissional de enfermagem;
- Atender sempre às convocações do COREN, no prazo determinado;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe;
- Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
- Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Enfermagem.

3.2.1.4. Diretoria Administrativa

- Cumprir e fazer cumprir o regimento interno da Unidade e as determinações da Direção Geral do hospital;
- Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através dos chefes setoriais;
- Examinar solicitações e sugestões da área administrativa e adotar as providências que julgar necessárias;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Proporcionar ao Serviço de Apuração de Custos, através do registro das atividades, condições de coletar dados para fins de estatística e levantamento de custos e de indicadores gerenciais;
- Manter contato com a Direção Geral da Unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Estudar e propor medidas que visem a melhoria administrativa dos serviços hospitalares;
- Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar.

3.2.2. TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E/OU GESTÃO EM SAÚDE DOS MEMBROS DA DIRETORIA E GERÊNCIA QUE ATUARÃO NA UNIDADE, COM



DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INTERESSE DO TITULAR

Em relação a este critério de avaliação e julgamento remetemos ao:

- **Anexo VIII - Membros da Diretoria e Gerência.**

3.2.3. EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE 1 ANO NO GERENCIAMENTO (DIREÇÃO) DE UNIDADE HOSPITALAR DA DIRETORIA OU GERÊNCIA QUE ATUARÁ NA UNIDADE COM DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DO INTERESSE DO TITULAR

Em relação a este critério de avaliação e julgamento remetemos ao:

- **Anexo VIII - Membros da Diretoria e Gerência.**



3.3. Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar

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

Área de atenção	Descrição do Cargo	CHS	Organização do Horário	Qtd
ACCR E EMERGÊNCIA OBSTETRICA	MÉDICO OBSTETRA EMERGÊNCIA	24H	Plantão 24h x 144h	7
AMBULATÓRIO	MÉDICO ANGIOLOGISTA / VASCULAR	20H	Rotina	1
	MÉDICO CARDIOLOGISTA	20H	Rotina	1
	MÉDICO CIRURGIÃO GERAL	20H	Rotina	1
	MÉDICO CIRURGIÃO PEDIATRICO	20H	Rotina	1
	MÉDICO DERMATOLOGISTA	20H	Rotina	1
	MÉDICO GINECOLOGISTA	20H	Rotina	1
	MÉDICO INFECTOLOGISTA	20H	Rotina	1
	MÉDICO OBSTETRA	20H	Rotina	1
	MÉDICO OFTALMOLOGISTA	20H	Rotina	1
	MÉDICO ORTOPEDISTA	20H	Rotina	1
	MÉDICO OTORINOLARINGOLOGISTA	20H	Rotina	1
	MÉDICO PEDIATRA	20H	Rotina	1
	MÉDICO PSIQUIATRA	20H	Rotina	1
	MÉDICO UROLOGISTA	20H	Rotina	1
CENTRO CIRÚRGICO	MÉDICO ANESTESIOLOGISTA	24H	Plantão 24h x 144h	14
	MÉDICO ANESTESIOLOGISTA	12H	Plantão 12h x 156h	10
	MÉDICO OFTALMO	20H	Rotina	2
	MÉDICO ANESTESIOLOGISTA	8H	Rotina	5
CLÍNICA CIRURGICA	MÉDICO CIRURGIÃO GERAL	20H	Rotina	2
	MÉDICO CIRURGIÃO GINECOLÓGICO	20H	Rotina	2
	MÉDICO CIRURGIÃO UROLOGICO	20H	Rotina	2
CTI ADULTO	COORDENADOR MÉDICO CTI	20H	Rotina	4
	MÉDICO INTENSIVISTA ADULTO	24H	Plantão 24h x 144h	14
	MÉDICO INTENSIVISTA	40H	Rotina	1
DIREÇÃO DA UNIDADE	MÉDICO DO TRABALHO	20H	Rotina	1
	MÉDICO EPIDEMIOLOGISTA	20H	Rotina	1
	MÉDICO INFECTOLOGISTA (CCIH)	20H	Rotina	1
EMERGÊNCIA	MÉDICO CIRURGIÃO GERAL	24H	Plantão 24h x 144h	7
	MÉDICO CLÍNICO EMERGÊNCIA	24H	Plantão 24h x 144h	35
	MÉDICO NEUROLOGISTA	12H	Plantão 12h x 156h	7
	MÉDICO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA EMERGÊNCIA	24H	Plantão 24h x 144h	14
	MÉDICO PEDIATRA	24H	Plantão 24h x 144h	7
	MÉDICO UROLOGIA	12H	Plantão 12h x 156h	7
INTERNAÇÃO	MÉDICO CARDIOLOGISTA	20H	Rotina	2
	MÉDICO CLÍNICO INTERNAÇÃO	24H	Rotina	2
	MÉDICO OTORRINO	20H	Rotina	1



Área de atenção	Descrição do Cargo	CHS	Organização do Horário	Qtd
	MÉDICO PSQUIATRA	24H	Rotina	2
MATERNIDADE	COORDENADOR MÉDICO MATERNIDADE	40H	Rotina	1
	MÉDICO NEONATOLOGISTA	20H	Rotina	1
	MÉDICO OBSTETRA CCO	24H	Plantão 24h x 144h	14
	MÉDICO OBSTETRA INTERNAÇÃO	20H	Rotina	1
	MÉDICO PEDIATRA	24H	Plantão 24h x 144h	7
NIR	MÉDICO REGULADOR	20H	Rotina	1
PEDIATRIA	COORDENADOR MÉDICO PEDIATRIA	40H	Rotina	1
	MÉDICO PEDIATRA	24H	Plantão 24h x 144h	14
	MÉDICO PEDIATRA	20H	Rotina	1
SADT	MÉDICO ENDOSCOPISTA	20H	Rotina	2

3.3.2. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E URGÊNCIA

Em relação a este critério de avaliação e julgamento remetemos ao:

- **Anexo IX - Rotinas e Protocolos de Enfermagem.**

O objetivo desta proposta é apresentar um modelo de gestão participativo e inovador trazendo para a esfera pública do Sistema Único de Saúde - SUS, o mesmo cuidado dispensado à clientela de outros sistemas de saúde, complementares. Assim, foi traçado um plano de gestão que valoriza os investimentos do SUS ampliando a resolutividade com todo seu aporte tecnológico de diagnose e terapia.

O FAS gerará um alto padrão assistencial, fortemente ligado à produção de benefícios na atenção à saúde da população, atuando junto à comunidade, o que assegura o caráter público da prestação de serviços. O mesmo possui a habilidade necessária para a execução dos serviços assistenciais inclusive para a expansão de atividades extra hospitalares, sendo capaz de cumprir o Contrato de Gestão, desde a organização e implantação do serviço, a sua execução, expansão, com as respectivas avaliações de resultados e prestação de contas.

A melhoria contínua da qualidade faz parte do planejamento, uma vez que visamos à implantação de programas que promovam a melhoria da qualidade em até 180 dias e com reavaliação mensal, possibilitando assim, uma prestação com maior qualidade e no menor espaço de tempo possível após a sua implantação.

Dentro da perspectiva do processo de trabalho, a instituição apresentará rotinas e protocolos a serem utilizados na Unidade, porém, toda a rotina é passível de alteração, uma vez que as metodologias são verificadas diuturnamente pela equipe de qualidade da OS. Todos os modelos serão, previamente, definidos em conjunto com o parceiro público, considerando a realidade local e a participação da equipe multiprofissional e implementado sob a ótica dos casos de maior



incidência, segundo dados epidemiológicos e outras informações relevantes.

Alguns protocolos e rotinas são gerenciados, de forma a permitir o acompanhamento de indicadores e melhoria contínua. Há um processo estruturado de coleta de dados e monitoramento de resultados, que têm como objetivos a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

Nosso modelo de Gestão fomenta o estabelecimento de um processo permanente de análise crítica, que reflete na melhoria e agilidade do atendimento e maior segurança ao paciente em todo o sistema, dentre todos os demais procedimentos descritos nesta proposta técnica.

A Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas. É constituída pela Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar. Sua complexidade se dá pela necessidade do atendimento 24 horas às diferentes condições de saúde: agudas ou crônicas agudizadas; sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica entre outras.

O acolhimento e a classificação de risco tornaram-se indispensáveis para a prática assistencial. São utilizados nas situações de Urgência e Emergência e, através destas, mudou-se a concepção de atendimento por ordem de chegada, dando lugar ao atendimento por avaliação individual e classificação a partir dos protocolos do Ministério da Saúde ou a partir do Protocolo Internacional de Manchester.

Todo nosso protocolo está ancorado na lei do exercício profissional Lei 7.498/1986, Art. 11.1 - Enfermeiro privativamente:

a) Direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; b) Organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; c) Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem; h) Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem; i) Consulta de Enfermagem; j) Prescrição da assistência de Enfermagem; l) Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida; m) Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; II – Como integrante da equipe de saúde: a) Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; b) Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde.

Art. 12 – O Técnico de Enfermagem exerce as atividades de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a) Participar da programação da assistência de Enfermagem;
- b) Executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo Único do Art. 11 desta lei;
- c) Participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar; d) Participar da equipe de saúde.

Apresentamos em mídia digital juntamente a esta proposta os principais protocolos que utilizamos nas unidades que gerenciamos que após a assunção da Unidade submeteremos a validação dos gestores e responsáveis técnicos do HEJ para implementação.

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

Em relação a este critério de avaliação e julgamento remetemos ao:

- **Anexo X - Rotinas e Protocolos Médicos.**

Protocolos clínicos são instrumentos que promovem a padronização das condutas médicas, isso é, auxiliam na uniformização dos tipos de tratamento para determinados diagnósticos. Eles organizam e facilitam a tomada de decisões da gestão hospitalar, tanto do ponto de vista da assistência quanto do backoffice. Esse conceito, quando bem usado e aliado a outras estratégias, apresenta ganhos quantitativos e qualitativos na eficácia dos tratamentos. Também amplia a segurança do paciente e diminui o risco de erros e eventos adversos.

Alguns exemplos de protocolos clínicos adotados em hospitais brasileiros são os de pneumonia, cefaleia, infarto ou mesmo aqueles voltados ao tratamento de indivíduos que sofreram queda durante a internação. Inseridos na rotina assistencial, esses instrumentos servem como importante apoio na tomada de decisão do médico, que sabe exatamente que conduta adotar diante do quadro clínico do paciente. Afinal, os protocolos clínicos são elaborados com base em estudos de evidências científicas, com a participação de pesquisadores e especialistas da área, reunindo todos os procedimentos que têm eficácia comprovada no combate a uma determinada doença.

Para que o conceito funcione na prática, é fundamental que a gestão hospitalar conscientize e engaje os profissionais para o seu pleno uso. Isso porque alguns ainda relutam em adotar os protocolos, alegando que podem funcionar como limitadores da autonomia. Nesse ponto, deve-se deixar claro que a adoção da metodologia não é excludente de outros métodos e conhecimentos do médico.

Além do fator engajamento, os protocolos clínicos também podem ser aliados à metodologia de gerenciamento de processos hospitalares e, ainda, automatizados por meio de sistemas de gestão (Enterprise Resource Planning - ERP) e do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). A



digitalização de todos os dados facilita o cruzamento de informações, a análise da conduta e ainda serve de parâmetro para a gestão hospitalar localizar e resolver eventuais gargalos, o que promove eficiência e qualidade na prestação do serviço.

O gestor pode ainda traçar possíveis cenários ou antever desafios, o que auxilia na tomada de decisão e no gerenciamento de riscos. Isso pode ser feito com o uso de softwares que transformam a coleta de dados em relatórios gerenciais analíticos e indicadores que norteiam a governança clínica da instituição, visando melhoria de processos.

O hospital ainda se torna apto a monitorar resultados e identificar oportunidades de melhorias na assistência. A diminuição de solicitações de exames e procedimentos desnecessários está inserida nessa mudança, devido ao direcionamento que os protocolos clínicos dão ao tratamento médico.

Esse modelo de trabalho também ajuda na gestão de custos ao evitar desperdícios, já que é possível saber com antecedência o que será gasto e promover a gestão inteligente do estoque hospitalar.

Após adequação e treinamento de toda a equipe da unidade implantaremos os Protocolos Operacionais Padrões - POP nos três primeiros meses após a assunção da gestão da Unidade, apresentamos em mídia digital protocolos que já utilizamos em unidades que gerenciamos.

3.3.4. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS AMBULATÓRIOS, HOSPITAL DIA E ENFERMARIAS, DESTAQUES PARA OS PLANTÕES E SOBREAVISOS

Reforçamos que apresentamos junto a esta proposta uma mídia digital com as principais Rotina e protocolos que utilizamos em Unidades que gerenciamos.

A Unidade Ambulatorial tem por missão promover atendimento ambulatorial de atenção secundária e terciária, de forma humanizada, em âmbito macrorregional, aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme demanda da regulação assistencial de vagas e/ou hospitalar, bem como das equipes multiprofissionais.

A diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) /HumanizaSUS preconiza que “acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações”

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (MS), o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. É o acolhimento não só entendido para dentro dos estabelecimentos, mas também ultrapassando seus limites institucionais, constituído como elemento de fortalecimento da rede de atenção à saúde.



Nesse sentido entende-se que os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta (MS/BRASIL).

O acolhimento deve ser pensado, também para o cliente interno, ou seja, para todos os profissionais que atuam nas dependências da Unidade Ambulatorial.

Desta forma o HumanizaSUS entende que promover a valorização e saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos, buscando novos modos de fazer e se relacionar no trabalho (MS/BRASIL).

Assim, a gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde e a prevenção de adoecimento. Trata-se de compreender as situações nas quais os sujeitos trabalhadores afirmam a sua capacidade de criação e de avaliação das regras de funcionamento coletivo instituídas nas organizações de saúde (MS/BRASIL).

Na assunção da gestão da Unidade iremos revisar e implementar todos os POPs ambulatoriais, na atenção nas enfermarias e na urgência e emergência com as seguintes premissas:

- **Objetivo geral**

- Definir as normas e rotinas de todos os serviços desta Unidade.

- **Objetivos específicos**

- Promover a uniformização da assistência em toda a unidade;
- Definir as atribuições de cada membro da equipe;
- Definir as responsabilidades de cada turno assistencial, garantindo maior controle e organização da unidade;
- Otimizar a utilização de recursos materiais, reduzindo perdas e desperdício;
- Reduzir a ocorrência de erros e incidentes.

- **Normas e Rotinas operacionais**

- Respeitar as necessidades, os valores, os princípios éticos, morais e as crenças dos colegas de trabalho e dos usuários;
- Seguir as normativas vigentes no Hospital;
- Manter a boa imagem da instituição junto à comunidade;
- Ser ético em todas as ações e iniciativas e manter-se sempre atualizado
- Manter a discrição sobre fato sigiloso, em razão da sua atividade profissional;
- Garantir a privacidade do paciente durante toda sua internação;
- Comunicar-se de forma efetiva e clara entre todos os membros da equipe e, com pacientes e acompanhantes;



- Garantir o adequado registro das informações que forem necessárias ao bom andamento das atividades;
- Respeitar todas as instâncias superiores de acordo com organograma da unidade e da instituição, fazendo-se cumprir as determinações e seus documentos institucionais;
- Ser cortês com toda a equipe, sabendo dirigir-se ao colega de trabalho de forma coerente e empática;
- Acolher e agir cordialmente com o paciente, acompanhante e seus visitantes, fornecendo orientações sobre o funcionamento das rotinas do hospital e de todas as etapas do cuidado a serem realizadas.

3.3.5. PROPOSTA PARA CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ENTIDADES DE ENSINO PARA DESENVOLVIMENTO DE ESTÁGIO CURRICULARES, TREINAMENTOS EM SERVIÇOS, RESIDÊNCIAS E ESTÁGIOS

O FAS, deverá prever e prover recursos para a execução da Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde; para isso pretende expandir suas parcerias, firmar contratos e convênios com diferentes organizações como estratégia para importantes mudanças sociais. Como tal, as parcerias são ferramentas eficazes no sentido de agregar força e legitimidade às políticas públicas, na perspectiva de uma gestão compartilhada que reforce e complemente ações planejadas. Para a manutenção dos grandes desafios institucionais ao longo do ano, entendemos que a manutenção das parcerias institucionais deve sustentar as discussões, isto porque novos desafios são lançados para o surgimento do fazer acontecer as ações planejadas.

É intenção da OS manter e promover novas parceiras com universidades do Estado e instituições privadas possibilitando o acesso do aluno de graduação às dependências do hospital, bem como parcerias com as escolas técnicas existentes na região.

Quanto às residências multiprofissionais, uma vez iniciadas as atividades no hospital, será discutida junto ao Governo do Estado, uma parceria com universidade e a elaboração de um projeto de residência multiprofissional, que posteriormente será enviada ao Ministério da Educação e da Saúde para aprovação.

A seguir apresentaremos alguns pontos de planejamento para o Hospital como **Hospital de Ensino** que tem um papel primordial regional na formação e especialização de profissionais para o SUS.

Em nossa gestão reforçaremos todos os campos de prática de ensino e de pesquisa em saúde que abrangem todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde, da promoção junto à coletividade ao atendimento nas unidades ambulatoriais e hospitalares através do Centro de Estudos.

Um **hospital de ensino** é um centro de atendimento hospitalar que colabora com universidades



e faculdades, com os objetivos de participar nas atividades de formação e de investigação no domínio do ensino dos profissionais de saúde, como Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Odontologia, Psicologia e Nutrição. A literatura sobre o assunto apresenta tanto a terminologia **hospitais universitários** quanto **hospitais de ensino**.

Os Hospitais de Ensino (HE) têm importância fundamental para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em diversas áreas, como a de referência assistencial de alta complexidade, polos formadores de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, técnicas e procedimentos para a Saúde Pública e incorporação de novas tecnologias que colaborem para a melhoria das condições de saúde da população brasileira. Apresentam-se algumas questões prioritárias que envolvem os HE na atualidade: a sua integração com os outros serviços da rede SUS, a adequação das práticas de ensino às necessidades do sistema, o desenvolvimento, avaliação e incorporação de tecnologias e propostas de modificações organizacionais que facilitem o desempenho de seu papel no sistema de saúde.

Os Hospitais de Ensino podem desenvolver projetos para implantação de Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Nats). Além disso, estes hospitais participam de iniciativas, como a Rede Sentinela, uma rede de serviços em todo o país que objetiva notificar eventos adversos de produtos de saúde em geral (materiais, medicamentos, saneantes, kits para provas laboratoriais e equipamentos médico-hospitalares em uso no Brasil), colaborando com a vigilância dos mesmos e com a segurança e qualidade de serviços para pacientes e profissionais de saúde.

O HE precisam atentar para seu importante papel na viabilização dos princípios do SUS, em especial de sua diretriz de integralidade. A assistência destes serviços deve estar integrada às demais unidades de saúde do sistema e colaborar para que todos os pacientes consigam acesso ao que há de mais moderno e útil para melhorar sua saúde. O aperfeiçoamento da gestão dos HE, a busca de mecanismos administrativos que permitam o desempenho de suas funções, sua integração assistencial com a rede do SUS, a regulação de sua assistência, a maior participação na avaliação e incorporação tecnológica ao sistema, bem como a criação de mecanismos de padronização de condutas e terapêuticas, devem ser os objetivos incorporados por todos em benefício da saúde da população. Novas formas de financiamento dos HE devem ser implantadas, permitindo que estes hospitais recebam mais recursos financeiros e, desta forma, desempenhem adequadamente suas principais missões.

- **Gerenciamento de Ensino e Pesquisa**

- Gerenciar e supervisionar as ações de ensino, pesquisa, extensão e inovação desenvolvidas dentro do Hospital;
- Identificar e assegurar, de forma articulada ao colegiado executivo, a implementação de ações em infraestrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao aprimoramento do hospital como campo de prática em ensino, pesquisa, extensão e



inovação;

- Promover um ambiente integrado e colaborativo entre a atenção à saúde, o ensino, a pesquisa, extensão e inovação;
- Propor e coordenar mecanismos de comunicação e diálogo permanente com universidade e discentes, que resultem na adesão e respeito às práticas e procedimentos necessários à efetividade do processo de gestão do ensino e da pesquisa;
- Propor e implementar mecanismos de comunicação sobre o papel estratégico do hospital na formação profissional, produção do conhecimento, desenvolvimento tecnológico e inovação;
- Coordenar, no âmbito de sua atuação, o planejamento das ações e atividades de forma integrada às demais instâncias de gestão do hospital;
- Coordenar e assegurar a implantação de mecanismos de organização e monitoramento das informações referentes ao ensino, à pesquisa e à extensão no hospital;
- Instituir mecanismos de avaliação da gestão do ensino, pesquisa, extensão e inovação no âmbito do hospital;
- Coordenar a implementação de ações de capacitação necessárias ao aprimoramento e suporte à gestão e desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação;
- Coordenar, em parceria com a universidade, a observância às normativas e diretrizes legais referentes aos programas de residências em saúde;
- Coordenar o desenvolvimento de ações que assegurem as atividades de preceptoria no âmbito do hospital;
- Articular e promover junto ao colegiado executivo o suporte às atividades da unidade de e-saúde;
- Propor, avaliar e monitorar o desenvolvimento de quaisquer atividades de ensino e treinamento nas instalações do hospital;
- Assegurar a realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão aos docentes e discentes, em ambiente adequado, mantendo a qualidade na assistência;
- Articular junto ao comitê de ética em pesquisa da universidade, de forma a estabelecer fluxo de comunicação permanente e implementar mecanismos de apoio às suas ações;
- Coordenar o desenvolvimento de ações destinadas a fortalecer a participação do hospital em iniciativas do sistema nacional de inovação em Saúde, como as redes de pesquisas clínicas, os núcleos de avaliação tecnológica e os núcleos de inovação tecnológica;
- Coordenar e assegurar o aprimoramento da gestão de pesquisas clínicas, de forma a promover a efetividade e a transparência no processo de aprovação, desenvolvimento e execução orçamentária dos projetos no hospital;
- Coordenar e incentivar a participação do hospital em iniciativas de colaboração em



pesquisas e desenvolvimento tecnológico;

- Contribuir na formulação de parâmetros e requisitos específicos ao componente ensino e pesquisa no âmbito de acordos, contratos e convênios e monitorar sua implementação;
 - Articular junto à SES, de forma a aportar e incorporar sugestões destinadas ao aprimoramento contínuo do hospital como campo de prática;
 - Promover e apoiar a realização de eventos científicos e de incentivo ao ensino, pesquisa, extensão e inovação;
 - Supervisionar, monitorar e avaliar de forma permanente o cumprimento de ações e atribuições de cada setor e unidade ligados a Diretoria de Ensino e Pesquisa;
 - Representar o hospital nos assuntos pertinentes ao ensino, à pesquisa extensão e inovação;
 - Gerenciar o processo de confecção dos termos de convênio das Instituições de ensino superior, ensino técnico e tecnológico;
 - Receber os termos de compromisso de estágio curricular obrigatório e não obrigatório no Hospital;
 - Propor ações que fortaleçam o papel de certificação do Hospital como hospital de ensino perante os Ministérios da Saúde e Educação do Governo Federal;
 - Subsidiar a SES no que couber;
 - Coordenar a elaboração de documentos e relatórios técnicos afins.
- **Gerenciamento do Setor de Ensino (Ensino de Graduação, Técnico e Pós-graduação e Extensão)**
 - Assegurar junto condições satisfatórias para a realização das atividades de graduação, nível técnico e pós-graduação, no que se diz respeito à infraestrutura física, tecnológica e recursos humanos;
 - Zelar pelo cumprimento das legislações referentes ao ensino em serviço;
 - Planejar, implementar e supervisionar normas operacionais e rotinas do setor de ensino;
 - Supervisionar, monitorar e avaliar as ações das unidades subordinadas ao setor de gestão de ensino;
 - Propor e realizar ações para o fortalecimento e ampliação dos programas de Residências em Saúde;
 - Constituir junto aos coordenadores de cursos, um processo de comunicação efetiva, com objetivo de suprir às necessidades acadêmicas dos cursos de graduação e técnicos, adequando essas necessidades aos serviços disponibilizados pelo hospital;
 - Elaborar estratégias para que os alunos e docentes conheçam e cumpram as normas da instituição e de organização dos setores;
 - Garantir ações para integração ensino, pesquisa, extensão e inovação no âmbito do



Hospital;

- Promoção de ações específicas para divulgação e orientação do discente de cursos técnicos, graduação e pós-graduação para utilização dos espaços do Hospital como campo de prática;
 - Preparar e realizar ações que visam à qualificação dos preceptores, com vistas ao aprimoramento do ensino no Hospital;
 - Propor ações e atividades de ensino de modo integrado às demais instâncias de gestão do hospital;
 - Organizar e acompanhar as informações referentes ao ensino de graduação e ensino técnico;
 - Estimular a participação do Hospital em iniciativas de colaboração em ensino e desenvolvimento tecnológico;
 - Realizar organização de eventos científicos de incentivo e apoio ao ensino;
 - Zelar pela qualidade do ensino prestado no Hospital;
 - Elaborar documentos e relatórios técnicos afins;
 - Elaborar anualmente o plano de trabalho do setor.
- **Gerenciamento de Atividades de Graduação e Ensino Técnico:**
 - Trabalhar para ofertar e supervisionar diretamente as ações de ensino de graduação e nível técnico no âmbito do Hospital;
 - Buscar a integração harmoniosa entre os diversos setores do hospital universitário e os discentes, assegurando condições de aprendizagem prática aos alunos dos cursos de graduação e nível técnico que estão em estágios obrigatórios e/ou aulas práticas no Hospital;
 - Planejar, implementar e supervisionar programas de bolsistas ou voluntários no âmbito do Hospital;
 - Implementar, coordenar ou supervisionar as ações de extensão desenvolvidas pelo Hospital e/ou instituição de ensino superior conveniadas;
 - Divulgar as ações de ensino superior e nível técnico entre os servidores do Hospital quando houver;
 - Intermediar demandas acadêmicas dos cursos de graduação e nível técnicos junto aos setores do Hospital;
 - Planejar, acompanhar, orientar, e avaliar os estágios curriculares e extracurriculares (quando houver) da graduação e nível técnico;
 - Acompanhar a demanda e oferta dos estagiários de graduação e nível técnico nos diferentes setores do hospital;
 - Elaborar e promover ações de capacitação/suporte pedagógico aos preceptores,



professores e tutores, bem como cursos, congressos e eventos relacionados ao ensino em saúde no hospital, de modo a integrar a comunidade acadêmica e assistencial envolvidas;

- Cadastrar e monitorar as informações disponíveis das atividades de graduação e ensino técnico no Hospital;
- Realizar reuniões com os preceptores, professores e tutores dos cursos em estágio no Hospital para planejamento e avaliação das ações desenvolvidas;
- Assistir o Diretor de ensino e pesquisa e o gestor do setor ensino, emitindo pareceres ou informações sobre assuntos pertinentes a área acadêmica, colaborando no processo de tomada de decisão;
- Elaborar plano de trabalho anual, com vistas, à qualidade do aprendizado dos alunos e reais necessidades e possibilidades do Hospital como campo de estágio;
- Alimentar o banco de dados FAS ou equivalente sobre os indicadores de sua responsabilidade;
- Representar o hospital nos assuntos pertinentes aos estágios de graduação e ensino técnico quando necessário;
- Assessorar o Diretor de Ensino e Pesquisa no que couber;
- Emitir relatórios parciais e anuais sobre as atividades de ensino de graduação e ensino técnico desenvolvidas no âmbito do Hospital.

• **Gerenciamento de Atividades de Pós-graduação**

- Trabalhar na organização dos treinamentos em serviço, garantindo o acesso dos pós-graduandos em nível de residências em saúde no Hospital;
- Fazer cumprir as Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica e Multiprofissional;
- Zelar pelo cumprimento dos regimentos internos dos programas de residências;
- Acompanhar junto as coordenações dos programas de residência as atividades de pós-graduação desenvolvidas no hospital;
- Monitorar a demanda e oferta dos pós-graduandos nos diferentes setores do hospital;
- Desenvolver ações que estimule a integração entre as residências médicas e multiprofissionais;
- Realizar reuniões com os preceptores, professores e tutores dos cursos de pós-graduação e residências em saúde, para planejamento e avaliação das ações desenvolvidas;
- Representar o hospital nos assuntos pertinentes a pós-graduação;
- Assessorar o planejamento e execução das atividades desenvolvidas pela coordenação das Residências em Saúde – Residência Médica) E Residência Multiprofissional;
- Implementar condições adequadas para o desenvolvimento das atividades de pós-



graduação lato e stricto sensu no âmbito do Hospital;

- Elaborar plano de trabalho anual, com vistas, à qualidade do aprendizado dos pós-graduandos e reais necessidades e possibilidades no Hospital como campo de estágio;
- Alimentar o banco de dados FAS ou equivalente sobre os indicadores de sua responsabilidade;
- Emitir relatórios sobre as atividades de ensino de pós-graduação desenvolvidas no âmbito do hospital.

• **Gerenciamento - Setor Pesquisa e Inovação Tecnológica**

- Estimular, garantir e acompanhar a realização de pesquisas no âmbito do Hospital, considerando aspectos qualitativos e quantitativos;
- Promover um ambiente integrado e colaborativo entre a atenção à saúde e a pesquisa;
- Elaborar e implantar normas necessárias à organização e desenvolvimento de pesquisas científicas e inovação tecnológica no âmbito do Hospital;
- Criar e coordenar o Centro de Pesquisa Clínica do hospital universitário, quando couber, obedecendo as normas de boas práticas clínicas;
- Estimular a captação, planejamento, condução e gerenciamento de ensaios clínicos multicêntricos nacionais e internacionais em diversas especialidades na área da saúde;
- Criar e implantar mecanismos de organização e monitoramento das informações referentes à pesquisa;
- Criar e assegurar mecanismos de avaliação das pesquisas realizadas no âmbito do hospital;
- Realizar ações de capacitação necessárias ao aprimoramento e suporte ao desenvolvimento das atividades de pesquisa;
- Estimular a integração dos programas de residências com o campo de prática em pesquisa;
- Integrar as atividades de preceptoria no âmbito do hospital universitário com a prática de pesquisa;
- Articular junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da universidade, de forma a estabelecer fluxo de comunicação permanente;
- Promover e apoiar, junto à gestão de ensino e pesquisa, a realização de eventos científicos e de incentivo a pesquisa;
- Compor grupo para apoio técnico especializado à gestão do conhecimento nas unidades assistenciais do Hospital;
- Compor grupo para apoio técnico especializado para o desenvolvimento, consumo e incorporação de evidências científicas entre a comunidade do Hospital;
- Compor grupo para apoio técnico especializado na elaboração de relatórios técnicos



quanto à Avaliação de Tecnologias em Saúde;

- Elaborar anualmente o plano de trabalho do setor;
- Representar a gestão de ensino e pesquisa e o hospital nos assuntos pertinentes à pesquisa e inovação tecnológica;
- Elaborar documentos e relatórios técnicos afins.

• **Funções Operacionais**

- Prestar consultoria e assessoria em projetos e ações de ensino, pesquisa, inovação e extensão;
- Estabelecer interação e interlocução com o núcleo de planejamento estratégico do Hospital, com o objetivo de estabelecer prioridades para realização de editais de projetos de pesquisa (demanda universal e/ou indutivos) com demandas elaboradas a partir de avaliação interna e/ou propostas externas;
- Prestar apoio em estratégias de fomento para o suporte em projetos de ensino, pesquisa, inovação e extensão;
- Estabelecer interlocução e articulação com as demais gerências do Hospital, a fim de prover infraestrutura para as atividades de ensino, pesquisa, inovação e extensão;
- Estabelecer interlocução interna com as Pró-reitorias, núcleos específicos, comissões específicas, ligas acadêmicas, diretórios acadêmicos, a fim de prover esclarecimentos quanto a protocolos de conduta específicas, normas técnicas, normas regimentais, portarias e deliberações;
- Estabelecer interlocução externa com Secretarias de Saúde para o estabelecimento de parcerias, consultas e orientações que possam decorrer de ambas as partes;
- Estabelecer interlocução com organismos nacionais e internacionais para intercâmbio, convênios, parcerias em estudos colaborativos, ações de capacitações e qualificações, além de ações de ensino, pesquisa, inovação e extensão.

• **Capital Humano**

São deveres gerais dos trabalhadores lotados na Diretoria de Ensino e Pesquisa:

- Colaboração recíproca e intercâmbio de informações com os diversos interessados, com a finalidade de permitir, da melhor forma, a consecução dos objetivos da Instituição;
- Usar o crachá nas dependências do hospital;
- Tratar a todos com cordialidade;
- Cumprir os procedimentos operacionais, referentes às tarefas para as quais for designado;
- Acatar as solicitações recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;



- Comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;
- Utilizar os equipamentos de proteção individual (epi), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da instituição;
- Acatar as normas operacionais da instituição, sob pena de sanções administrativas;
- Participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;
- Compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela instituição;
- Participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;
- Zelar pelo patrimônio da instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;
- Manter seus registros funcionais atualizados;
- Guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;
- Submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo serviço de saúde ocupacional do trabalhador;
- Observar e cumprir o código de ética da profissão e os regulamentos inerentes a cada vínculo na instituição.

Na atenção à saúde destacamos os principais projetos de ensino realizados pelo FAS em suas Unidade gerenciadas e que na assunção da gestão do HEJ em consonância com a SES/GO será avaliado e implementado em nossa gestão:

- Programa de Educação Continuada em Saúde – realizada desde a fundação da entidade, até os dias atuais, com variação de temas e focos no período, programa em atividade;
- Estágios e convênios com universidades nos cursos da área de ciências da saúde:
 - Residência Médica;
 - Residência em Enfermagem;
 - Estágios curriculares obrigatórios de graduações de diversos cursos na área de saúde;
 - Residência multiprofissional;
 - Projetos de pesquisa;
 - Cursos de especialização na área de saúde.

3.3.6. APRESENTAÇÃO DE TÍTULO STRICTO SENSU NA ÁREA DE GESTÃO EM SAÚDE DOS INDICADOS PARA A GESTÃO DA UNIDADE, COM DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INTERESSE DO TITULAR

Em relação a este critério de avaliação e julgamento remetemos ao:



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

- **Anexo VIII - Membros da Diretoria e Gerência.**

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

Apresentamos no **Anexo IX** e em **mídia digital** os principais POP de enfermagem que utilizamos nas unidades que gerenciamos e após a assunção da gestão da Unidade iremos adaptar e treinar toda a equipe da unidade para implementação.

Atualmente estamos vivendo em um mercado extremamente competitivo as quais exigem qualidade e competência para que haja satisfação junto aos usuários, diante disso, o Procedimento Operacional Padrão (POP), é essencial para garantia da padronização de tarefas a ser realizadas com os pacientes. Estes garantem aos usuários uma assistência de enfermagem de qualidade, pois permite ao corpo de enfermagem sistematizar suas ações e seguir uma rotina padronizada, a ser realizada em todas as clínicas de internação e serviço.

O POP é a descrição sistematizada e padronizada de uma atividade técnica assistencial, com o intuito de atingir o resultado esperado por ocasião de sua realização, livre de variações indesejáveis.

Um POP se diferencia de uma rotina convencional, pois deve apresentar uma estrutura mínima, composta por: definição, objetivo, material utilizado, procedimento técnico, recomendações, responsabilidade e referências.

Constitui um dos elementos do manual de gerenciamento de enfermagem, por conter normas e procedimentos técnicos e administrativos estabelecidos para a execução das ações de saúde, bem como outras informações significativas para o adequado, eficiente e eficaz desenvolvimento do trabalho.

Assim, o procedimento Operacional Padrão é uma ferramenta de gestão da qualidade que busca a excelência na prestação do serviço, procurando minimizar os erros nas ações rotineiras, de forma dinâmica, passível de evolução que busca profundas transformações culturais na instituição, nos aspectos técnicos e político-institucionais.

3.4. Implementação e Funcionamento de outros Serviços

3.4.1. INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

3.4.1.1. Estrutura

Trata-se de um serviço da área assistencial vinculada a Direção técnica.

O SUS preconiza dentro de seus princípios e diretrizes, a integralidade de assistência, que é entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Lei 8.080/90). O Serviço Social do terá como foco o atendimento às necessidades do paciente, de forma resolutiva, integral, humanizada e obedecendo aos princípios da universalidade da assistência. Terá como diferencial o compromisso ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo, permeando as atividades no que traduz em acolhimento, humanização, trabalho em equipe, mediação e interlocuções, consequentemente, a melhoria da qualidade de vida do usuário que utilizará o serviço do SUS, ou todos os pacientes atendidos e em especial os pacientes vítimas de trauma.

Cabe destacar a natureza do trabalho deste Serviço Social, vinculado ao Código de Ética da profissão no que refere as orientações dos usuários sobre benefícios, seguros e questões trabalhistas, realizando encaminhamentos a Curadorias, Centro de Valorização da Vida e outras instituições que contribuem para a continuidade do tratamento do paciente nas circunstâncias de emergência, ambulatorial, internação, transferência, óbito e alta. O Serviço Social tem a finalidade de assessorar as áreas de assistência na elaboração de planos, programas e projetos, visando contribuir para a melhoria da qualidade da assistência, assim como, desenvolver ações que possibilitem ao usuário participar efetivamente do seu processo de tratamento, mobilizando-o para o exercício da cidadania. O serviço social garante espaço para que os usuários explicitem seus interesses e necessidades, colocando suas demandas à Unidade, com o propósito de terem suas demandas conhecidas e eventualmente atendidas.

No que tange a Humanização no atendimento, pelo caráter interventivo do Serviço Social, o profissional tem a contribuir no processo de humanização, no entendimento do processo saúde-doença através de atividades socioeducativas com usuários, equipe multiprofissional, gestores, entre outros. Assim sendo, a prática profissional torna-se ética quando, reconhece o direito de todos à liberdade, rumo à construção de relações mais justas e solidárias. É nesta compreensão que a humanização da ação do assistente social na saúde pode se concretizar. O Serviço Social realiza um trabalho essencialmente socioeducativo e está qualificado para atuar nas diversas áreas ligadas à condução das políticas sociais públicas e privadas, tais como planejamento, organização, execução, avaliação, gestão, pesquisa e assessoria. O seu trabalho tem como principal objetivo responder às demandas dos usuários dos serviços prestados, garantindo o acesso aos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988 e na legislação complementar. Para isso, o assistente social utiliza vários instrumentos de trabalho, como entrevistas, análises



sociais, relatórios, levantamento de recursos, encaminhamentos, visitas domiciliares, dinâmicas de grupo, pareceres sociais, contatos institucionais, entre outros. O assistente social é responsável por fazer uma análise da realidade social e institucional, e intervir para melhorar as condições de vida do usuário.

Esses Objetivos operacionalizam mediante os processos de trabalho, sintetizados:

- Atendimento de demandas sociais emergenciais de pacientes e/ou familiares. Esse processo visa minimizar os impactos desencadeados pela situação de emergência na vida cotidiana dos pacientes e familiares, respondendo às demandas constituídas em decorrência de situações inesperadas, como doenças e traumas, provocados por acidentes ou violência e morte.
- Acompanhamento social de pacientes. Esse processo contribuirá para que o atendimento transcorra de modo contínuo, evitando dispêndios adicionais de recursos, bem como a garantia de que os transtornos no cotidiano do trabalho e da família do paciente, em virtude da doença, sejam minimizados.
- Educação Continuada de Colaboradores de Apoio e Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros. Trata-se da participação do serviço social em ações previstas na Política de Humanização do SUS e treinamentos destinados à melhoria do atendimento aos usuários, bem como de articulações com a equipe multiprofissional, com vistas à resolução de problemas cotidianos que dificultam a efetivação dos serviços, sobretudo os relacionados aos segmentos de colaboradores antes referidos.

• **Descrição das atividades da equipe de Assistência Social**

Plantão:

Realização os Atendimentos Sociais de acordo com as demandas existentes no decorrer do plantão e seus desdobramentos.

Transferências:

Efetuar a verificação as transferências pendentes e reenvio o Laudo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) atualizado do usuário para a Central de Regulação.

Acessibilidade a Rede de Saúde:

Verificação especialidades médicas disponíveis na Área de Planejamento (caso não haja, verificar nas proximidades) de acordo com a necessidade do usuário; e encaminhá-las aos enfermeiros que estão no Acolhimento.

Visita aos leitos:

Visita aos usuários nas salas Amarela e Vermelha, visando à resolução de problemas sociais e o fornecimento de orientações e esclarecimentos acerca das normas e rotinas da Unidade.

Acolhimento ao familiar:

Contato com familiar dos usuários atendidos e/ ou em observação, que estão sem condições de

estarem desacompanhados, além da democratização das informações necessárias (rotina, socialização de material educativo, audiovisual, etc.).

Assessoria Técnica a equipe multiprofissional de plantão:

Esclarecer, escutar e apoiar a equipe, com vistas ao atendimento humanizado e a sistematização das práticas.

Humanização na Saúde:

Execução da Política de Acolhimento proposta pelo Sistema único de Saúde - SUS na promoção da responsabilização e vínculo dos usuários ao sistema de saúde.

Pesquisa e estudo:

Elaboração de estatísticas de atendimento para verificar possíveis intervenções de acordo com a demanda demonstrada em análise.

Elaboração gráficos com o número de altas, transferências, óbitos, etc.

A cada plantão, o Assistente Social deverá fomentar com dados das estatísticas de atendimento e outros.

Alta:

A solicitação de contato para a comunicação de alta deve ser registrada na "Pasta de Alta" e no Livro de Registro. Em caso de Alta social, o assistente social deve fazer o registro de todo o processo na "Evolução Multiprofissional" do prontuário do usuário e no Livro de Registro. Ao Assistente Social não cabe dar diagnóstico ou qualquer informação sobre a saúde do usuário. Ex: "Ela está bem", etc.

Acompanhar retorno do NIR com a Central de Regulação:

Solicitação de Internação/realização de procedimentos - Após o preenchimento da AIH/APAC, o assistente social deve passar o fax e confirmar o mesmo, fazendo o controle periódico do tempo de resposta. Após o retorno da Central de Regulação comunicar imediatamente ao médico solicitante.

Registrar na "Evolução Multiprofissional" a qual Central foi solicitada a regulação, a resposta da mesma, o hospital de destino, nº de laudo e demais informações pertinentes.

Vaga Zero – Solicitar ao médico o preenchimento da AIH, contendo as informações necessárias para que a razão da solicitação de "Vaga Zero" esteja clara;

Fazer contato comunicando o envio do usuário para o Hospital de referência;

Solicitar ao hospital o nome do médico que irá receber o usuário na Unidade de destino;

Orientar ao médico e /ou enfermeiro que acompanhar a remoção do usuário que mantenha a comunicação com o serviço social e caso recusem o usuário no hospital de destino, solicitar ao médico que recusou que escreva a razão da recusa no verso da AIH e a assine.

Acompanhar retorno do NIR com a Central de Regulação:

Transferências - Após o preenchimento do Formulário de Terapia Intensiva, o assistente social deve passar o e-mail e confirmar o mesmo, fazendo o controle periódico do tempo de resposta.

Comunicar imediatamente ao médico solicitante a resposta da Central de Regulação.

Registrar na "Evolução Multiprofissional" a qual Central foi solicitada a regulação, a resposta da mesma, o hospital de destino, nº de laudo e demais informações pertinentes;

Doença Infectoparasitária - Após o preenchimento do Formulário de DIP, o assistente social deve passar o fax e confirmar o mesmo, fazendo o controle periódico do tempo de resposta.

Comunicar imediatamente ao médico solicitante a resposta da Central de Regulação.

Registrar na "Evolução Multiprofissional" a qual Central foi solicitada a regulação, a resposta obtida, o hospital de destino, nº de laudo e demais informações pertinentes.

Dengue – Repetir procedimentos acima descritos, porém no formulário próprio de dengue.

Exame Externo: Mediante a solicitação médica, o Serviço Social entra em contato com a Central de Regulação para que a rede hospitalar pactuada a obtenção do exame solicitado.

Na falta de aparelhagem e profissional especializado, o assistente social poderá contatar outro hospital que tenha o serviço disponível. Diante da confirmação do serviço, ambulância leva o usuário e retorna para unidade

• **Rotina Interna do Serviço Social**

Plantão Social:

- Realização os Atendimentos Sociais de acordo com as demandas existentes no decorrer do plantão e seus desdobramentos;
- Continuidade do plantão anterior;
- Cabe ao Assistente Social a verificação alguma pendência do Plantão anterior e dar continuidade ao procedimento iniciado;
- Transferências: Efetuar a verificação das transferências;
- Acessibilidade a Rede de Saúde:
- Verificação especialidades médicas disponíveis na Área de Planejamento (caso não haja, verificar nas proximidades) de acordo com a necessidade do usuário; e encaminhá-las aos enfermeiros que estão no Acolhimento;
- Visita aos leitos: Visita aos usuários nas salas Amarela e Vermelha, visando à resolução de problemas sociais e o fornecimento de orientações e esclarecimentos acerca das normas e rotinas da Unidade;
- Acolhimento ao familiar: Contato com familiar dos usuários atendidos e/ ou em observação, que estão sem condições de estarem desacompanhados, além da democratização das informações necessárias (rotina, socialização de material educativo, audiovisual, etc.);
- Assessoria Técnica a equipe multiprofissional de plantão: Esclarecer, escutar e apoiar a equipe, com vistas ao atendimento humanizado e a sistematização das práticas;
- Humanização na Saúde: Execução da Política de Acolhimento proposta pelo Sistema único



de Saúde - SUS na promoção da responsabilização e vínculo dos usuários ao sistema de saúde.

- Alta: A solicitação de contato para a comunicação de alta deve ser registrada na “Pasta de Alta” e no Livro de Registro. Em caso de Alta social, o assistente social deve fazer o registro de todo o processo na “Evolução Multiprofissional” do prontuário do usuário e no Livro de Registro. Ao Assistente Social não cabe dar diagnóstico ou qualquer informação sobre a saúde do usuário. Ex: “Ela está bem”, etc.

3.4.1.2. Normas e rotinas

As atribuições e competências das(os) Assistentes Sociais sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelas(os) profissionais, quanto pelas instituições empregadoras. No que se refere aos direitos das(os) assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética Profissional assegura:

- Garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- Livre exercício das atividades inerentes à Profissão;
- Participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais;
- Inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- Desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
- Aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- Pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
- Ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- Liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos. Art. 6º. No que se refere aos deveres profissionais, o artigo 3º do Código de Ética estabelece: I- Desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor; II- Utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da Profissão;

Rotinas



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

- Atender aos familiares nos casos de Óbitos internos;
- Realizar reuniões sócio-educativas, e salas de espera com os Usuários dos vários ambulatorios, abordando temas relacionados aos direitos sociais, cidadania e qualidade de vida;
- Entrevistar os/as usuários/as, em regime de internação, que estão em tratamento no Hospital, a fim de identificar a problemática social,
- Realizar visitas domiciliares para Estudo Socioeconômico e Familiar;
- Coordenar o Serviço de Registro Civil e orientar os pais/responsáveis, da importância do mesmo;
- Orientar e encaminhar os/as usuários/as do Hospital para a rede social: instituições públicas; instituições privadas e ONGs;
- Articular com as Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba os direitos dos usuários com relação ao TFD, dos usuários que estejam em tratamento no Hospital;
- Orientar aos familiares, quando necessário sobre Doação de Órgãos, Tecidos e Hemoderivados;
- Articular com os setores competentes do Hospital o acolhimento humanizado e o acesso aos serviços disponibilizados na instituição;
- Notificar aos Conselhos de Direitos e Promotorias, questões relacionadas a crianças, adolescentes, idosos, vítimas de violências, etc., em casos de suspeita e/ou violação de direitos;
- Visita diária aos leitos;
- Orientações quanto às Normas e Rotinas;
- Visita domiciliar;
- Resgate de familiares de pacientes não identificados;
- Remoção;
- Orientação quanto a Classificação de Riscos e quanto aos encaminhamentos para a Atenção Básica ou outros componentes da Rede de Atenção à Saúde;
- Articular ações intersetoriais mediante dados da situação de vulnerabilidade social dos pacientes, visando acesso e inclusão social dos mesmos;
- Realizar investigação social, bem como situação jurídica e civil, de todos os pacientes sob sua responsabilidade técnica e orientar os usuários para obtenção de benefícios junto ao INSS;
- Apresentar à equipe estudo sobre problemas sociais do paciente a fim de detectar fatores socioeconômicos que venham interferir no tratamento do paciente, através da anamnese social;
- Subsidiar os relatórios multidisciplinares com informações socioeconômicas e familiares (diagnóstico social) dos pacientes;



- Realizar pesquisas de interesse do Serviço Social;
- Realizar contato e visitas na rede de serviços de saúde, serviços de Assistência Social e serviços de saúde do município para acessá-los em benefício do paciente/familiares;
- Manter-se informados sobre as situações de alta e comunicar aos familiares ou órgãos responsáveis;
- Agendamento de transporte para acompanhamento e/ou locomoção de pacientes de alta, atendimento extra hospitalares, visitas hospitalares, audiências, viagens e demais necessidades relacionadas ao bem-estar e direito do paciente;
- Autorização para entrada de menor e dentre outras atividades.

3.4.1.3. Áreas de abrangência

Serviço Social é composto por profissionais realizam atendimento aos usuários (pacientes, familiares e acompanhantes) e a rede de apoio social, nos seguintes serviços: Alojamento Conjunto e Centro Obstétrico e Unidade de Cuidados Intermediário neonatal; Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Unidade de internação em Saúde Mental, Unidade de internação em Clínica Médica, Unidade de internação em Clínica Cirúrgica; Unidade de Urgência e emergência e ambulatório.

3.4.1.4. Horário

O serviço funcionará nas 24h em regime de plantão. Possuirá uma responsável técnica do serviço diarista.

3.4.1.5. Equipe mínima

O Serviço Social integrará o corpo de profissionais do hospital com uma equipe formada por 4 (quatro) Assistentes Sociais e uma RT diarista e deverá funcionar, nos sete dias da semana, ininterruptamente.

3.4.2. INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

3.4.2.1. Normas e rotinas

- Cada Serviço/ categoria profissional possuirá suas normas e rotinas com Fluxograma de atendimento de acordo com sua especificidade e legislação e estabelecerá estratégias de ação e implementação, devendo estar aí incluídas atividades individuais e/ou de grupo;
- A equipe multiprofissional promove uma abordagem colaborativa e interdisciplinar. A troca constante de informações e a colaboração entre os profissionais permite uma visão mais ampla do caso, levando a uma tomada de decisão mais bem informada;
- A discussão conjunta dos casos clínicos estimula o compartilhamento de conhecimentos e experiências, enriquecendo a prática profissional de todos os membros da equipe;



- A gestão de uma equipe multiprofissional de saúde envolve uma série de estratégias para garantir uma atuação eficiente e colaborativa. Uma delas é realizar treinamentos específicos voltados para a atuação multiprofissional. Esses treinamentos podem incluir o compartilhamento de conhecimentos sobre as diferentes áreas de especialização presentes na equipe, o desenvolvimento de habilidades de comunicação interprofissional, a promoção da compreensão dos papéis e responsabilidades de cada membro, e a abordagem de casos clínicos para estimular a discussão e a troca de experiências;
- A comunicação eficaz é essencial para promover a colaboração, o compartilhamento de informações e o trabalho em equipe harmonioso. Para isso, é importante estabelecer canais de comunicação abertos e transparentes, nos quais os profissionais sintam-se confortáveis para expressar suas opiniões, ideias e preocupações;
- Ambiente acolhedor, encorajando a escuta ativa e a troca de conhecimentos, promovendo reuniões regulares, discussões de casos e momentos de interação informal.

3.4.2.2. Área de abrangência

A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais lotados na Unidade: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, funcionários administrativos e todos os elencados no quadro de dimensionamento de recursos humanos desta proposta.

Os membros de um grupo multiprofissional devem trabalhar de acordo com os limites e especificidades de sua formação, e respeitada esta especificidade, necessitam conhecer a ação individual de cada um dos outros membros. Além disso, cada local de trabalho deve adequar-se à sua realidade.

3.4.2.3. Horário

A Organização da jornada de trabalho será responsabilidade do responsável técnico de cada categoria profissional e respeitando as legislações vigentes e regulamento interno da instituição.

3.4.2.4. Equipe mínima

Apresentamos no dimensionamento de recursos humanos nossa proposta de profissionais para atuação na Unidade que após assunção da gestão iremos validar junto aos responsáveis técnicos de cada categoria profissional respeitando os recursos e o orçamento disponíveis.

Com base em atuação das equipes multiprofissionais em Hospitais de referências no Brasil elencamos abaixo instruções que após validação dos responsáveis técnicos implementaremos



na Unidade.

3.4.2.4.1. Fisioterapia

O Serviço de Fisioterapia será especializado no cuidado aos pacientes internados nas áreas de observação e nos leitos de internação/UTI. Terá cobertura de acordo com a prescrição médica, realizando fisioterapia motora e respiratória a partir de Protocolos de Atendimento, condutas padronizadas e técnicas baseadas nas mais modernas evidências científicas.

O papel dos profissionais da Equipe de Fisioterapia torna-se cada vez mais complexo face à constante qualificação dos serviços de assistência à saúde, que não se limitam mais a garantir sobrevida, mas a oferecer qualidade de vida às pessoas. Assim, a atuação do Fisioterapeuta no processo saúde-doença assume papel decisivo para garantir, principalmente qualidade de vida à população.

A importância da fisioterapia vai do aspecto assistencial a redução do custo financeiro: o tratamento de pacientes em fase de recuperação, seja de traumas ou cirurgias, resulta em uma maior agilização das altas, o que aumenta a rotatividade dos leitos, diminui as chances de infecções hospitalares, minimiza os custos com remédios e oxigênio, e, principalmente, fornece uma melhor qualidade de vida ao paciente. A Equipe de Fisioterapia atuará reduzindo os riscos próprios da internação hospitalar, contando com modernos recursos para avaliação, monitorização e tratamento respiratório e equipamentos específicos para as atividades de reabilitação motora.

Os principais objetivos da atuação da Equipe de Fisioterapia são os de minimizar os efeitos da imobilidade no leito, prevenir e/ou tratar as complicações respiratórias e motoras bem como promover integração sensória motora e cognitiva. A atuação objetiva preservar, desenvolver e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções.

O paciente seja ele clínico ou cirúrgico pode apresentar-se em diversas condições de saúde, com isso, conforme as necessidades apresentadas priorizam-se determinadas técnicas, visando maior efetividade nas condutas e utilização dos recursos disponíveis. Dessa maneira o fisioterapeuta participa ativamente na recuperação do paciente, com consequente redução no período de permanência de internação hospitalar.

O prolongado tempo de internação, posicionamento inadequado com falta de mobilização predispõe a modificações morfológicas dos músculos e tecidos conjuntivos. Em alguns casos apresentam: alterações no alinhamento biomecânico, comprometimento de resistência cardiovascular, que ocorrem em exigências funcionais para realização de movimentos coordenados. Evoluindo com contraturas articulares, diminuição do trofismo e força muscular, e aparecimento de úlceras de pressão.

O fisioterapeuta atuando sobre os efeitos deletérios da hipo ou inatividade do paciente acamado no âmbito hospitalar contribui na redução da taxa de mortalidade, taxa de infecção, tempo de



permanência na UTI, índice de complicações no pós-operatório. O papel dos profissionais da Equipe de Fisioterapia, torna-se cada vez mais complexo face à constante qualificação dos serviços de assistência à saúde, que não se limitam mais a garantir sobrevivência, mas a oferecer qualidade de vida às pessoas. Assim, a atuação do Fisioterapeuta no processo saúde-doença assume papel decisivo para garantir, principalmente qualidade de vida à população.

Os pacientes internos e egressos do Hospital das seguintes áreas:

- Unidades de Terapia Intensiva: 1 profissional para cada 10 pacientes nas 24 horas ininterruptamente em todos os dias da semana. Ainda, obedecendo aos requisitos da RDC 7, e afim de contemplar 18 horas de atendimento aos 10 leitos da UTI, e observando o quantitativo de 10 pacientes por Fisioterapeuta, assim, os horários de atendimento serão: 06:00h às 12:00h, 12:00h às 18:00h e 18:00h às 00:00h.
- Leitos Clínica Médica, Cirúrgica e Pediatria: 02 profissionais. Os pacientes internados nas diversas multiespecialidades serão atendidos pela Equipe de Fisioterapia a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Assim, esse fluxo permitirá atendimento e acompanhamento aos pacientes de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção fisioterapêutica e possibilitará adequação da equipe. Nos Leitos de Observação e Pronto Socorro na necessidade de prestar auxílio de atendimento ao paciente crítico, devido ao alto risco de insuficiência respiratória, o Fisioterapeuta atuará desde a prevenção de intubação com o uso de Ventilação Mecânica não Invasiva, ou até mesmo no auxílio à intubação, favorecendo a monitorização respiratória através de ventilação mecânica invasiva protetora, visando a segurança do paciente.
- Ambulatório: 04 profissionais: Será feita a avaliação, o diagnóstico cinético-funcional, a prevenção e o tratamento dos distúrbios do movimento humano que são decorrentes de alguma alteração ocorrida nos órgãos ou sistemas do paciente. Para ter acesso aos serviços ambulatoriais de fisioterapia, além de ser encaminhado pelo médico, com o diagnóstico clínico, o paciente deverá levar a autorização de consulta emitida pelo setor de Marcação de Consultas do Hospital ou pela regulação. Após a alta, os que necessitam de continuidade do tratamento são encaminhados ao ambulatório. Horários de atendimento: 7:00 às 13:00.

• **Atribuições e Normas**

- Instituir tratamento fisioterapêutico humanizado, através de atendimento individualizado, chamando-os pelos nomes e dando atenção às suas queixas; com o objetivo de reduzir a depressão e a ansiedade do paciente, dando-lhes confiança de um ambiente seguro e tranquilo;
- Instituir exercícios respiratórios específicos com o objetivo de aumentar a capacidade



funcional, reduzindo risco de complicações pulmonares;

- Realizar treinamento da equipe através da racionalização de recursos para adequada utilização dos mesmos, que implica na utilização dos produtos de melhor relação custo/benefício, ou seja, utilização de equipamentos que não exijam alto custo de investimento e tenham menor custo de manutenção, reparação e reposição de insumos;
- Instituir exercícios motores, com atividade musculoesquelética no leito, específica para o doente crítico, ou pré ou pós-cirúrgico;
- Instituir o mais precoce possível mudança de decúbito e deambulação precoce com liberação da equipe médica com o objetivo de devolver ao paciente/pais a capacidade de realizar as atividades de vida diária (higiene oral, pessoal, etc.);
- Produzir relatório de atendimento fisioterapêutico com orientações específicas de exercícios individualizados.
- Para a atuação nas diferentes áreas, os profissionais deverão comprovar habilitação para realizar o diagnóstico dos distúrbios cinético-funcionais, prognóstico, prescrição, intervenção e alta, com responsabilidade, ética e autonomia, de forma a garantir a eficiência, qualidade e segurança para o paciente.
- Para prestar a assistência fisioterapêutica, o profissional deverá respeitar os princípios da bioética, observando normas, rotinas e diretrizes técnico administrativas da unidade.
- A Fisioterapia motora e respiratória intra hospitalar será realizada com base nos protocolos assistenciais e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's), cabendo ao Fisioterapeuta determinar ou eleger a intervenção adequada a cada paciente.
- A fisioterapia deverá emitir relatórios das atividades até o 5º dia útil de cada mês, contendo as informações sobre os indicadores de produtividade (atendimentos, procedimentos e atividades de ensino/pesquisa);
- Elaborar em parceria com o setor de recursos humanos programa de educação permanente, tais como: seminários, grupo de estudo e estudos de caso;
- Acompanhar planejamento estratégico do setor de fisioterapia;
- Coordenar a elaboração, implantação de protocolos de boas práticas do serviço;
- Discutir estratégias de funcionamento interno;
- Acompanhar resoluções burocráticas de funcionamento interno;
- Conhecimento e deliberação de solicitação de férias e demais atividades, como participação em eventos;
- Cumprir e fazer cumprir a legislação específica que regulamenta o exercício profissional da fisioterapia:
 - Decreto Lei nº 938 de 1969, que regulamenta o exercício profissional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências.
 - Resolução COFFITO nº 8 de 1978, que define as normas para habilitação ao



exercício das profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional e dá outras providências.

- Resolução COFFITO nº 10 de 1978, que aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

- **Rotina**

- Toda sessão de fisioterapia deverá ser realizada somente com prescrição médica;
- O profissional deverá passar diariamente nas unidades de internação, observando os pacientes com prescrição de fisioterapia;
- Deverá se aproximar do paciente explicando os procedimentos que serão realizados e se necessário solicitar ajuda da equipe de enfermagem ou do acompanhante;
- Todas as atividades realizadas deverão estar registradas em prontuário, devidamente assinado e carimbado;
- O trabalho será realizado em sintonia com as equipes médicas e multiprofissional, realizando discussões, compartilhando o conhecimento e unificando o tratamento, o que permitirá maior eficiência ao serviço prestado.

3.4.2.4.2. Psicologia

A atuação da Equipe de Psicologia não se refere apenas à atenção direta ao paciente. Refere-se também a atenção que é dispensada à família e a equipe de saúde, dentro de sua atuação profissional. A atuação do psicólogo hospitalar promove mudanças, atividades curativas e de prevenção, diminui o sofrimento que a hospitalização e a doença causam ao paciente.

A área de Psicologia terá ainda sua atuação nas funções:

- Auxílio à adaptação, intervindo na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado;
- Interconsulta, auxiliando outros profissionais na atenção com o paciente;
- Intervenção, por meio de delineamento e execução de programas com os demais profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes;
- Gestão de recursos humanos, aprimora os serviços dos profissionais da instituição, o que contribui de forma significativa para a promoção de saúde;
- Acompanhamento psicológico junto à família do paciente pois, o familiar vivencia um momento de crise acometido pelo sentimento de impotência frente a moléstia de seu ente querido, e também seu temor pelo falecimento.
- avalia o estado emocional do paciente e da família e o impacto do adoecimento e da internação para ambos. Avalia também, as possíveis crenças ou ideias distorcidas que os familiares tem em relação ao quadro clínico do paciente, e a relação do paciente e da família com a equipe profissional, uma vez que, todos esses fatores podem influenciar no



tratamento.

- A partir destas considerações o profissional da psicologia fará suas intervenções.

Os psicólogos hospitalares atuam como intérpretes das demandas do paciente, da família e da equipe profissional. Ele atua como facilitador do diálogo entre essa tríade, e dispensa apoio psicológico a família, assim como esclarecimento de suas dúvidas. A inserção do psicólogo no Hospital irá gerar qualidade, e ampliará a promoção da saúde e a melhor qualidade nos atendimentos hospitalares.

A psicologia no contexto hospitalar atuará para a melhor integração, e compreensão das diferentes práticas teóricas, minimizando os espaços entre as diversidades dos saberes, e lapida o cuidado à saúde e a prevenção de doenças. Assim, será possível estabelecer as condições adequadas de atendimento aos pacientes, familiares e melhor desempenho das equipes de saúde no Hospital.

Serviço de Psicologia será especializado no cuidado aos pacientes internados nas áreas de acolhimento, observação e nos leitos de internação, com condutas padronizadas e técnicas baseadas nas mais modernas evidências científicas. Também atuará junto às famílias dos pacientes.

O serviço será de caráter assistencial de funcionamento todos os dias da semana no período diurno de 07h as 19h, composto por 4 profissionais Psicólogos, e 03 profissionais diaristas de segunda a sexta-feira de 07h as 13h e de 13 as 19h, sendo um deles o Coordenador do Serviço.

• **Atribuições e Normas**

- Realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente;
- Elaborar criticamente o diagnóstico, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas, éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na sua atuação profissional;
- Contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;
- Encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;
- Emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;
- Emitir relatórios das atividades até o 5º dia útil de cada mês, contendo as informações sobre os indicadores de produtividade (atendimentos, procedimentos e atividades de ensino /pesquisa);
- Manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;
- Humanizar todos os atos dos profissionais nos contatos com os pacientes e seus



familiares;

- Manter os registros atualizados sobre os pacientes atendidos;
- Elaboração de relatório das atividades mensais referentes ao serviço de psicologia;
- Encaminhamento de pacientes para o acompanhamento psicológico após alta hospitalar;
- Respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional.

- **O Papel do Psicólogo nas Unidades de Internação: Clínicas Médica e Cirúrgica**

Nesta unidade assistencial, o psicólogo deverá atuar exercendo as seguintes funções.

- Realizar Visita Psicológica: Os pacientes das enfermarias do Hospital serão atendidos pelo Serviço de Psicologia, como interconsulta, quando solicitado pela equipe ou visitados no leito com o objetivo de avaliar/triar transtornos mentais de ajustamento ou de comportamento. Nessa etapa, paciente e acompanhante serão avaliados e receberão atenção psicológica observando os seguintes critérios:
 - Primeira internação;
 - Duração da internação hospitalar;
 - Histórico de regresso para internações;
 - Gravidade da patologia;
 - Queixa do paciente/ família frente às rotinas procedimentos hospitalares e internação;
 - Adaptação à doença;
 - Recursos de enfrentamento.
- Realização de Avaliação Psicológica: Essa é uma fase de ampliação da visita psicológica com os pacientes que apresentaram distúrbios durante a triagem, e é quando o psicólogo deve observar as seguintes questões:
 - Possíveis alterações cognitivo/comportamentais frente à doença, principalmente relacionadas à falta de compreensão do diagnóstico, prognóstico, entre outros;
 - Avaliar incompatibilidade entre sintomatologia e quadro clínico;
 - Identificar e intervir em caso de ansiedade, depressão e avaliação do estado de saúde geral do paciente;
 - A autonomia e a participação efetiva do paciente/responsável nas decisões sobre seu tratamento e sua própria vida, englobando relações afetivas, familiares, sociais e de trabalho.
 - Atuação junto à equipe de saúde;
 - Orientar nas condutas mais adequadas relativas aos aspectos psicológicos dos pacientes e seus familiares;
 - Estimular e ajudar a comunicação entre paciente/família/ equipe;
 - Auxiliar na identificação de sentimentos e comportamentos dos



pacientes/responsáveis, visando despertar na equipe a atenção aos conteúdos emocionais que os afetam e a sua família, através de informações compartilhadas após os atendimentos.

- Acompanhamento Cirúrgico:
 - Controle informacional: intervenções concentradas nos procedimentos e/ou nas sensações físicas particulares que acompanham o tratamento médico;
 - Controle cognitivo: intervenções que direcionem a atenção do paciente para os aspectos positivos do procedimento ao invés de se voltar para os sentimentos de desconforto;
 - Controle comportamental: intervenções que ensinam técnicas para controlar a dor e acelerar a recuperação durante e após o procedimento médico.

- **Rotinas**

- O Serviço de Psicologia atenderá a todos os usuários que recorram a este serviço, dando os encaminhamentos peculiares a cada caso e/ou situação;
- O Serviço de Psicologia procederá à entrevista inicial com pacientes e/ou familiares, responsável ou colateral, estabelecendo seu plano para intervenção;
- O Serviço de Psicologia manterá contato com os pacientes sempre que se fizer necessário;
- O Serviço de Psicologia participará do processo de alta a pedido, juntamente com o médico e enfermeiro, através da reflexão com o paciente/responsável acerca das consequências desta solicitação, ressaltando a necessidade de assinatura do mesmo em termo específico;
- O Serviço de Psicologia participará do planejamento de programas na formulação e reformulação de normas e rotinas gerais do hospital;
- O Serviço de Psicologia deverá promover pesquisas e participar dentro sua especialidade de outras pesquisas na de área em saúde, em consonância com normas estabelecidas pelo Hospital;
- O Serviço de Psicologia deverá manter-se informado a atualizado acerca dos recursos disponíveis na comunidade;
- O Serviço de Psicologia deverá manter registro sistemático.

3.4.2.4.3. Fonoaudiologia

A fonoaudiologia hospitalar é a área da fonoaudiologia que atua com o paciente ainda no leito, de forma precoce, preventiva, intensiva, pré e pós-cirúrgica, centro de reabilitação hospitalar, dando respaldo técnico e prático à equipe interdisciplinar em que atua, esclarecendo que o objetivo maior é impedir ou diminuir as sequelas nas formas de comunicação que a patologia-



base possa deixar.

A intervenção fonoaudiológica inicia-se tão logo os sinais vitais do paciente estejam restabelecidos pela equipe médica que o assiste, sendo realizada sem horário estipulado e com maior a maior frequência possível.

Tão necessária quanto a atuação dos diversos profissionais é a vontade de melhora vinda por parte dos pacientes, a qual deve ser reafirmada a cada instante, para êxito por parte de quem trata e de quem é tratado (Luz, 1999).

O trabalho do fonoaudiólogo dentro do hospital fará parte de uma atuação preventiva e terapêutica, a fim de interceptar os processos patológicos. Para que o fonoaudiólogo atue nesta área será necessário possuir conhecimentos em audiolgia, linguagem, M.O e voz dentro do ambiente hospitalar adquirindo conhecimento sobre atuação de outros profissionais.

• **Abrangência, Equipe e Horário**

O Serviço de Fonoaudiologia de caráter assistencial de funcionamento de segunda a sexta-feira no período diurno, composto por 2 profissionais Fonoaudiólogos que atenderão as demandas do Alojamento Conjunto; Ambulatório, Unidade de Clínica Médica e Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Horários de atendimento: 07h00 às 13h00 e 13h00 às 19h00.

• **Atribuições e Normas**

- Coordenar periodicamente o setor e realizar estatísticas dos atendimentos;
- Coordenar qualidade dos atendimentos, eficácia e tempo médio de atendimento;
- Supervisionar as triagens auditivas e teste do trêmulo lingual dos RNs;
- Avaliar qualificações e habilidades dos profissionais que prestam serviços de Fonoaudiologia;
- Participações de reuniões e discussões de casos;
- Aderir e participar dos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;
- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
- Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Integrar a equipe multiprofissional visando a assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado, envolver os familiares dos pacientes no processo decisório da assistência;



- Supervisionar e orientar os profissionais de sua equipe quanto a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), necessários para a prática de suas atividades;
- Ter conhecimento do diagnóstico base e do quadro clínico e evolutivo do paciente e ciência da conduta multidisciplinar que venha a causar risco ao assistido;
- Conhecer como proceder no uso da sonda e seus equipamentos na aspiração traqueal e de vias aéreas. Esta prática deve ocorrer vinculada ao atendimento fonoaudiólogo e não como função isolada;
- Estudar e analisar detalhadamente os prontuários e os exames complementares, respaldando a tomada de condutas fonoaudiológicas ao paciente assistido no leito;
- Realizar avaliação das funções estomatognáticas (sucção, deglutição, respiração, mastigação e fonoarticulação);
- Avaliar quadros de afasia, diferenciando as alterações da linguagem de outras alterações cognitivas como apraxia e agnosia.
- Fornecer diagnóstico diferencial das alterações da fala e da linguagem.
- Indicar a consistência adequada para uma ingesta segura para o paciente;
- Reavaliar diariamente o paciente, visando possíveis alterações de condutas terapêuticas, adequando-as às condições clínicas e alta fonoaudiológica;
- Fornecer orientação fonoaudiológica aos pacientes e familiares durante todo o processo terapêutico e na alta hospitalar, considerando fatores sociais, culturais e ambientais;
- Favorecer técnicas de promoção de saúde e prevenção de agravos fonoaudiológicos (incentivo ao aleitamento materno, teste da orelhinha, entre outros);
- Implantar o programa de triagem auditiva neonatal, com profissional habilitado e equipamentos adequados, executando o exame, se possível, nas primeiras 48 (quarenta e oito) horas de vida do recém-nascido;
- Realizar laudo funcional da deglutição nos exames complementares, em conjunto com o profissional médico (Otorrinolaringologista, Cirurgião de Cabeça e Pescoço, entre outros);
- Promover ao paciente os recursos terapêuticos disponíveis e necessários ao tratamento e restabelecimento de sua qualidade de vida;
- Informar ao paciente/responsável quanto ao diagnóstico e prognóstico fonoaudiológicos, procedimentos adotados e tempo provável de duração do tratamento;
- Colaborar, junto à equipe multidisciplinar, no desmame e retirada da cânula de traqueostomia, sendo o responsável em definir as características da deglutição e manejo da saliva;
- Colaborar, junto à equipe multidisciplinar, na indicação da via alternativa de alimentação, sendo o responsável em fornecer o parecer sobre os riscos de disfagia;
- Instituir e utilizar os protocolos específicos para o setor (UCI, enfermaria, entre outros);



- Realizar obrigatoriamente o registro, no prontuário e no livro de ocorrência, das atividades desenvolvidas e procedimentos realizados para garantir continuidade da assistência fonoterápica;
 - Estabelecer relação interdisciplinar com outros fonoaudiólogos e profissionais de áreas afins pautada nos princípios éticos;
 - Participar de visitas multidisciplinares aos pacientes, nas quais são discutidos os casos clínicos e definições de condutas;
 - Participar das reuniões clínicas do setor que está inserido;
 - Promover o Programa de Educação Continuada para os Profissionais da Área de Saúde, objetivando maior esclarecimento e adesão acerca dos riscos e medidas preventivas a serem adotadas com o paciente;
 - Obedecer às normas de biossegurança vigentes e da instituição para controle de infecção hospitalar;
 - Contribuir, discutindo junto com a equipe multidisciplinar, sobre as condutas nos Cuidados Paliativos;
 - Cumprir a legislação específica do Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia, quando na condição de fonoaudiólogo responsável técnico (RT).
- **Rotinas**
- Orientar e treinar a equipe para identificação e encaminhamento para avaliação dos pacientes com possíveis alterações fonoaudiológicas;
 - Realizar avaliação clínica das funções de sucção, mastigação, deglutição, fonoarticulação e audição;
 - Realizar intervenção nas alterações fonoaudiológicas encontradas em avaliação clínica – habilitação, reabilitação, compensação, adaptação e gerenciamento dos distúrbios apresentados;
 - Realizar avaliação, acompanhamento e evolução dos lactentes em relação ao treino da amamentação e às condições sensório-motoras-orais; bem como realizar orientações ao binômio (mãe-bebê) sobre o manejo clínico da lactação;
 - Realizar assistência à alimentação adequando a consistência alimentar, o volume, o ritmo da oferta, os utensílios, as manobras e as posturas necessárias para administração da dieta por via oral de forma eficiente e segura;
 - Colaborar na indicação de colocação e retirada de via alternativa de alimentação, além de realizar pareceres e estabelecer condutas nos casos atendidos;
 - Realizar avaliação, acompanhamento e evolução dos aspectos relacionados com a fonação, a articulação e a linguagem oral;
 - Realizar triagem auditiva neonatal universal (TANU) nos pacientes nascidos neste



nosocômio, bem como o acompanhamento dos casos alterados. Indicar encaminhamentos para avaliações e intervenções complementares quando houver critérios de risco;

- Estabelecer terapias, estimulações específicas a cada caso e acompanhamentos necessários para as alterações encontradas nos pacientes atendidos;
- Discutir os casos com a Equipe Multiprofissional;
- Orientar, junto com os demais profissionais de saúde, o paciente, a família ou o responsável legal, quanto aos cuidados relacionados às funções de sucção, mastigação, deglutição, fonoarticulação e audição;
- Garantir os registros do acompanhamento e das condutas fonoaudiológicas, preenchendo e mantendo atualizados os prontuários clínicos;
- Participar e promover atividades de educação continuada, garantindo a atualização da equipe sobre aspectos relacionados à Fonoaudiologia.

3.4.2.4.4. Terapia Ocupacional

O Serviço de Terapia Ocupacional atuará na promoção da qualidade de vida, habilitando ou reabilitando o indivíduo para desempenhar, de forma satisfatória, suas atividades de vida diária: autocuidado corporal, atividades rotineiras da vida pessoal (direção veicular, uso de aparelhos de comunicação, finanças pessoais etc.), trabalho, estudo, lazer e participação social.

O Serviço de Terapia Ocupacional irá atender pacientes clínicos ou cirúrgicos, internados ou ambulatoriais, cuja capacidade para desempenhar atividades cotidianas estejam ameaçadas ou interrompidas por incapacidades temporárias ou permanentes.

• **Abrangência, Equipe e Horário**

A equipe oferecerá atendimento diferenciado e individualizado a pacientes clínicos, cirúrgicos, em cuidados paliativos, em cuidados intensivos, adultos, pediátricos e geriátricos.

Nas Clínicas Médica e Cirúrgica, a Terapia Ocupacional buscará enriquecer o tratamento oferecido na instituição, por meio de intervenções específicas nos déficits de componentes do desempenho como a sensibilidade, amplitude de movimento, tônus muscular, força muscular, reflexos, coordenação motora, destreza, cognição, percepção, interação social e orientando nas áreas de desempenho ocupacional: atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária.

Na Unidade de Terapia Intensiva a atuação dos profissionais estará voltada para prevenção e/ou redução da deterioração das habilidades e componentes necessários ao desempenho ocupacional do paciente, auxiliando na recuperação e na diminuição do tempo de internação, por meio de atividades expressivas/construtivas e lúdicas, de estimulação percepto cognitiva e sensório-motora controlada e humanização do ambiente.



O trabalho será realizado em sintonia com as equipes médicas e multiprofissional, realizando discussões, compartilhando o conhecimento e unificando o tratamento, o que permitirá maior eficiência ao serviço prestado.

O serviço será composto por 2 profissionais que realizam atendimento aos usuários (pacientes, familiares e acompanhantes) nos seguintes serviços: Unidades de Internação, Ambulatório e Unidade de Terapia Intensiva.

Os pacientes internados nas diversas multi especialidades serão atendidos pela equipe a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente. Assim, esse fluxo permitirá atendimento e acompanhamento aos pacientes de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção terapêutica e possibilitará adequação da equipe.

Horários de atendimento: 7:00h às 13:00h e 13:00 as 19:00.

• **Atribuições e Normas**

- Assumir responsabilidade técnica por serviço de Terapia Ocupacional, em caráter de urgência, quando designado ou quando for o único profissional do setor, atendendo à Resolução específica;
- Exercer sua atividade com zelo, probidade e decoro e obedecer aos preceitos da ética profissional, da moral, do civismo e das leis em vigor, preservando a honra, o prestígio e as tradições de sua profissão;
- Utilizar todos os conhecimentos técnico-científicos a seu alcance e aprimorá-los contínua e permanentemente, para promover a saúde e o bem-estar, favorecer a participação e inclusão social, resguardar os valores culturais e prevenir condições sócios-ambientais que impliquem em perda da qualidade de vida do cliente / paciente / usuário / família / grupo / comunidade;
- Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional e exigir o mesmo comportamento do pessoal sob sua direção, salvo em situações previstas em lei;
- Colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em caso de guerra, catástrofe, epidemia ou crise social, sem pleitear vantagem pessoal incompatível com o princípio de bioética de justiça;
- Oferecer ou divulgar seus serviços profissionais de forma compatível com a dignidade da profissão e a leal concorrência;
- Assumir seu papel na determinação de padrões desejáveis do ensino e do exercício da Terapia Ocupacional;
- Contribuir para promover a universalização dos direitos sociais, o respeito e a promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, oportunizando



no âmbito de sua atividade profissional, o acesso e o exercício dos mesmos;

- Contribuir, com seu trabalho, para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, preenchendo e encaminhando formulários oficiais de notificação compulsória ou quaisquer dessas ocorrências às autoridades competentes ou outros quando constatadas;
- Cumprir os Parâmetros Assistenciais e o Referencial Nacional de Procedimentos Terapêuticos Ocupacionais normatizados pelo COFFITO;
- Cumprir e fazer cumprir os preceitos contidos neste Código, independente da função ou cargo que ocupar, e levar ao conhecimento do Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional o ato atentatório a qualquer de seus dispositivos, salvo as situações previstas em legislação específica.

• Rotinas

- Eleger métodos, técnicas e recursos pertinentes e adequados aos contextos hospitalares para avaliar e realizar diagnóstico terapêutico ocupacional dos pacientes;
- Avaliar o paciente através da coleta de informações sobre o motivo da internação, história da doença, história de vida, dos seus valores, de interesses, do modo de viver, de sua relação sociofamiliar, do trabalho, do lazer e suas expectativas diante do futuro;
- Intervir e tratar o mais precoce possível utilizando os devidos procedimentos de terapia ocupacional;
- Favorecer a continuidade do desenvolvimento global do paciente, oportunizando experiências positivas de aprendizado e desenvolvimento de habilidades, e de inserção social, por conseguinte a prevenção da saúde mental, por meio do processo terapeuta-paciente-atividade;
- Oportunizar aos pacientes e familiares condições para expressão de seus temores e percepções sobre a doença, mediante acolhimento e escuta terapêutica;
- Desenvolver, durante a internação, atividades adequadas ao perfil do paciente, individualmente ou em grupo, favorecendo os interesses normais, a criatividade, o brincar e o lazer;
- Facilitar o processo de adaptação ao cotidiano hospitalar de modo que ocorra a minimização dos aspectos negativos da internação pela ruptura da rotina e afastamento de seus objetivos de vida, dos objetos e redes sociais;
- Instituir com o paciente, a família, o acompanhante, e a equipe um plano de tratamento que ajude a prevenir o agravamento do quadro biopsicossocial, e promova a recuperação das potencialidades, habilidades funcionais e ocupacionais de forma que alcance independência e autonomia ideal considerando as particularidades de cada indivíduo;
- Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis;



- Proceder à anotação do atendimento no sistema de Prontuário Eletrônico, ou em formulário próprio em papel quando o sistema não estiver disponível, logo após a conclusão, imprimir, carimbar, assinar e arquivar no prontuário do paciente;
- Informar sobre as Normas e Rotinas estabelecidas pela instituição aos usuários (pacientes, familiares e acompanhantes);
- Elaborar pareceres relacionados à sua área de atuação;
- Desenvolver e organizar programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida;
- Participar e promover ações com base nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH;
- Participar de reuniões e visitas clínicas do seu setor de trabalho;
- Integrar a equipe multidisciplinar local para viabilizar o atendimento da demanda apresentada;
- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;
- Elaborar e revisar protocolos e procedimentos operacional padrão relacionados a sua área de atuação;
- Participar das atividades de ensino, pesquisa e extensão;
- Cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislações pertinentes à área de atuação;
- Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.

3.4.3. NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL

A administração de um hospital é responsável por gerir e coordenar os recursos e serviços do hospital, de modo a garantir a qualidade do atendimento aos pacientes e o apoio necessário à equipe.

É uma área multidisciplinar que envolve a coordenação de recursos humanos, financeiros e tecnológicos para garantir o bom funcionamento de uma unidade de saúde. O principal objetivo da gestão hospitalar é melhorar a eficiência, qualidade e segurança dos serviços prestados aos pacientes.

A Administração Geral trata do planejamento, da organização, da direção e do controle de todas as atividades dentro do hospital. Por esse motivo, a Administração é imprescindível para a sobrevivência e sucesso das organizações.

3.4.3.1. Estrutura

A estrutura administrativa de um hospital pode ser organizada de diversas formas, mas

geralmente é composta por diretorias e áreas específicas:

- **Diretores**

A estrutura hierárquica do hospital é regida por cinco diretorias: Direção Geral, Direção Administrativa, Direção Técnica e Direção de Enfermagem.

- **Áreas**

O funcionamento do hospital pode ser dividido em três áreas: administrativa, clínica e prestação de contas.

- **Setores**

Os setores do Hospital Estadual Jataí são:

- Setor de Urgência e Emergência: com atividades focadas no pronto-socorro, essa divisão é a porta de entrada para doentes em estado crítico ou que necessitam de atendimento rápido;
- Setor de Apoio Diagnóstico: formado por diferentes unidades assistenciais, o Apoio Diagnóstico coordena as atividades indispensáveis para a investigação e identificação de doenças;
- Setor de Apoio Terapêutico: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, entre outros, fazem parte da equipe multidisciplinar que presta assistência, unindo conhecimentos em prol da recuperação completa e ágil do paciente
- Setor de Regulação e Avaliação em Saúde: protocolos, fluxos assistenciais, organização de documentos, coleta, armazenamento e repasse de dados estão entre as ações encabeçadas pela Regulação e Avaliação em Saúde
- Setor de Vigilância em Saúde: faz o planejamento, implantação e acompanha atividades de vigilância epidemiológica, ambiental, controle de infecção hospitalar, análise de óbitos e revisão de prontuários;
- Setor de Gestão do Ensino: ligado à Gerência de Ensino e Pesquisa, coordena e supervisiona a capacitação dos funcionários do hospital, promovendo a educação continuada;
- Setor de Administração: gerencia a contratação de serviços, compra de insumos, cadastro de fornecedores, licitações, etc;
- Setor de Orçamento e Finanças: planeja e acompanha a execução orçamentária, priorizando a saúde financeira do hospital;
- Setor de Infraestrutura: zela pela manutenção e conservação do prédio, móveis, equipamentos hospitalares e insumos;



- Setor de Engenharia Clínica: administra os recursos tecnológicos, realizando atualizações, recuperação e manutenção periódica;
- Setor de Gestão de Pessoas ou Recursos Humanos: responsável pela contratação, demissão e administração de pessoal dentro da unidade hospitalar;
- Setor de Hotelaria Hospitalar: coordena as instalações e cuidados prestados aos pacientes que permanecem internados;
- Setor de Suprimentos: promove o uso racional e estratégico dos insumos utilizados no hospital, a fim de evitar o desperdício.

Cada setor terá supervisão do respectivo responsável, devidamente designado, bem como contará com estrutura e profissionais de apoio técnico-operacional e administrativa, que acompanhará os horários de funcionamento estabelecidos.

Os serviços administrativos comuns funcionarão em dias úteis e dentro do horário comercial, segunda à sexta-feira das 08h às 18h, à exceção das atividades cruciais que requeiram atendimentos em horários diferenciados (lavanderia, limpeza, farmácia, segurança, dentre outros).

A equipe mínima da unidade será estruturada conforme demanda de cada setor ligado a Administração Geral.

Apresentamos a seguir a estrutura técnico-operacional do HJE com suas respectivas atribuições.

As Unidades Administrativas encontram-se subordinadas diretamente à Diretoria Administrativa:

- Setor de Pessoal - responsável por todo tratamento documental e de atendimento relacionado aos profissionais da Unidade;
- Tecnologia da Informação - responsável pelas ações de tecnologia da informação da unidade, direcionadas aos sistemas de informação e informática em saúde;
- SAME - responsável pela guarda e conservação dos prontuários médicos dos pacientes;
- Compras - responsável por efetuar todas as aquisições de insumos, medicamentos e materiais;
- Financeiro - responsável pela administração e gerenciamento e controle do patrimônio físico e financeiro da Instituição, executado por intermédio de balancetes, análises e demonstrativos contábil;
- Faturamento - responsável pelo acompanhamento da produção e faturamento dos atendimentos realizados na unidade;
- Recepção e Portaria - responsável pelo processo de recepção de pacientes e visitantes;
- Manutenção Predial - responsável pela gestão estrutural da unidade, providenciando manutenções e intervenções para viabilizar a continuidade do atendimento aos pacientes e as atividades técnico-operacionais e administrativa;
- Transporte - responsável pelo controle da frota de veículos e transporte de pacientes;



- Lavanderia - responsável pelo acompanhamento dos serviços de lavanderia e roupa; e
- Higienização - responsável pelo acompanhamento dos serviços de dedetização e controle de pragas, ajardinamento, limpeza e desinfecção hospitalar;
- Vigilância - responsável pelo conjunto de medidas e práticas adotadas pelos profissionais, a fim de garantir a proteção dos pacientes e visitantes, do atendimento até o momento da alta médica.

• **Atribuições Gerais**

Cabe à cada Unidade Administrativa:

- Desenvolver o planejamento das atividades administrativas;
- Coordenar e supervisionar a execução das atividades das unidades integrantes;
- Analisar sob o ponto de vista administrativo todas as propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- Zelar pela observância do Manual de Organização e Responsabilidades dos funcionários da Instituição;
- Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades da Instituição;
- Desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços administrativos;
- Intermediar todas as atividades de compra com a Direção Geral da Unidade;
- Gerenciar o corpo de funcionários da Instituição, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;
- Elaborar relatórios gerenciais para a Diretoria Administrativo/Financeira.

Cabe ao Setor de Gestão de Pessoas:

- Admissão e demissão: O DP é responsável por processar a admissão e demissão de colaboradores;
- Folha de pagamento: O DP processa a folha de pagamento dos colaboradores;
- Férias e licenças: O DP administra as férias e licenças dos colaboradores, registrando e monitorando os períodos;
- Benefícios: O DP é responsável por processar os benefícios dos colaboradores;
- Controle de ponto: O DP controla o ponto e o banco de horas dos colaboradores;
- Obrigações legais: O DP é responsável por gerir as obrigações legais da empresa;
- Pagamentos de impostos: O DP é responsável por pagar os impostos e contribuições da empresa;
- Atendimento aos colaboradores: O DP atende os colaboradores da empresa;
- Diversidade e inclusão: O DP cria políticas e diretrizes de Diversidade e Inclusão, e realiza



treinamentos para que todos os colaboradores estejam cientes delas;

- Segurança e privacidade: O RH é responsável por rastrear e aplicar treinamentos do governo, e por trabalhar com TI para proteger os registros de saúde dos pacientes;
- Processo disciplinar: O RH desenvolve processos disciplinares para garantir que os colaboradores sejam responsabilizados.

Cabe ao setor de Tecnologia de Informação:

- Gerenciar as informações;
- Gerenciar informações médicas e administrativas, por meio de sistemas de registro eletrônico e monitoramento remoto de pacientes;
- Melhorar a qualidade do atendimento;
- Ajudar a melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes, por meio de sistemas que registram a assistência ao paciente e os processos administrativos;
- Realizar tomada de decisões clínicas;
- Ajudar a melhorar a tomada de decisões clínicas, permitindo que os profissionais de saúde ofereçam tratamentos mais personalizados e efetivos;
- Auxiliar na gestão hospitalar;
- Ajudar a melhorar a gestão hospitalar, por meio de softwares de gestão que centralizam a visão dos processos hospitalares;
- Realizar segurança da informação;
- Garantir a segurança da informação, por meio de soluções de segurança e boas práticas.

Cabe ao SAME:

- Guardar, organizar e preservar os prontuários médicos dos pacientes;
- Emitir laudos médicos;
- Fornecer cópias de prontuários e relatórios médicos;
- Localizar, fornecer e arquivar prontuários;
- Controlar a saída e devolução de prontuários fornecidos para consultas
- Receber, revisar e ordenar prontuários de pacientes que tiveram alta hospitalar;
- Elaborar a estatística hospitalar.

Cabe ao setor de compras

- Comprar materiais e equipamentos;
- Selecionar prestadores de serviços externos;
- Reposição de estoque;
- Negociar com fornecedores;
- Emitir pedidos de compra;



- Acompanhar o fluxo de entrega;
- Avaliar a qualidade e o preço dos produtos.

Cabe ao Setor Financeiro:

- Controlar os gastos e receitas;
- Negociar valores e prazos;
- Reduzir custos;
- Elaborar relatórios financeiros;
- Analisar a viabilidade de investimentos;
- Gerir contratos;
- Gerir o estoque;
- Manter o fluxo de caixa atualizado.

Cabe ao Setor de Faturamento:

- Garantir a importação das tabelas do SIGTAP para a competência;
- Realizar a validação dos critérios e normas do SUS no momento da entrada dos dados;
- Visualizar a produção da competência, listando o identificador do atendimento, nome do paciente, procedimento, profissional, ocupação, idade, quantidade e as críticas;
- Permitir a correção das críticas em cada atendimento;
- Exportar os arquivos no padrão SUS;
- Realizar o fechamento da competência com todas as AIHs selecionadas no período, controlando cada AIH já emitida e evitando reapresentação e erros;
- Verificar consistência automaticamente de todos os dados das AIHs da competência aplicando todas as regras do SUS, em todos os boletins, desagrupando as contas que porventura contiverem erros, identificando falta de digitação de algum dado obrigatório ou que tiverem sido digitadas em um período anterior à atualização de tabelas ou atualização de programas que tenham sido alterados, para contemplar alguma nova portaria do Ministério da Saúde.

Cabe ao Setor de Recepção e Portaria:

- Recepcionar e atender as pessoas;
- Organizar o fluxo de atendimento;
- Facilitar o acesso a consultas, exames, admissão e alta hospitalar;
- Manter contato com médicos;
- Anotar recados;
- Enviar e controlar correspondências;
- Manter a organização por meio da identificação prévia e correta liberação de pessoas e



veículos.

Cabe ao Setor de Manutenção Predial:

- Estabelecer um plano de revisão, controle e monitoramento para prevenir desgastes e falhas nos equipamentos médicos;
- Usar os equipamentos de proteção individual de segurança necessários e exigidos pelas normas vigentes;
- Prover as informações para que sejam controlados, elaborados ou organizados os documentos básicos, como a NR 6, NR 7, NR 9, NR 10 e NR 18.
- Reduzir a probabilidade de falha ou desgaste e reduzir ou eliminar a ocorrência de emergências;
- Realizar reparos e manutenção de instalações hidráulicas;
- Realizar reparos e manutenção de instalações elétricas;
- Manter o sistema de climatização em funcionamento;
- Fazer Inspeção de falhas no sistema de iluminação;
- Fazer Inspeção de telhados e limpeza de calhas.

Cabe ao Setor de Transporte:

- Fazer a escolha e o cuidado com os veículos;
- Providenciar e manter atualizado a documentação dos veículos;
- Fazer interação com a equipe;
- Realizar a criação de rotas;
- Planejar e executar o transporte de forma segura e eficiente, minimizando riscos e danos aos pacientes e à equipe assistencial

Cabe ao Setor de Lavanderia:

- Garantir a higiene e conservação das roupas;
- Eliminar a possibilidade de contaminação;
- Ser responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores do hospital.

Cabe ao Setor de Higienização:

- Garantir um ambiente seguro e reduzir o risco de contaminação por vírus e bactérias;
- Realizar limpeza e desinfecção de ambientes, como camas, macas, poltronas e bancadas;
- Fazer a reposição de insumos, como papel higiênico, sabonete líquido e papel toalha;
- Realizar o descarte correto do lixo hospitalar, que deve ser separado em grupos para evitar a reutilização de materiais.



Cabe ao Setor de Vigilância:

- Assegurar o controle e o fluxo de pessoas na unidade (visitantes, acompanhantes, colaboradores, terceiros);
- Garantir o registro de entrada de fornecedores;
- Monitorar através de câmeras a movimentação interna, acionando a liderança imediata, no caso de movimentação suspeita;
- Garantir que todos os usuários (colaboradores, pacientes, acompanhantes) sintam-se protegidos, enquanto frequentam a unidade;
- Realizar rondas periódicas internas e externas com registro em sistema específico;
- Responsabilizar-se pelo fluxo de recebimento e liberação de membros e óbitos, através de registro em livro específico;
- Controle de claviculário.

3.4.3.2. Normas e Rotinas

As normas e rotinas hospitalares são instrumentos administrativos que disciplinam o comportamento dos pacientes e familiares e organizam o trabalho da equipe multidisciplinar. Elas fazem parte da cultura hospitalar e estabelecem horários, dietas, cuidados e visitas.

As rotinas operacionais a serem desenvolvidas pela Administração são:

- Organização dos Serviços;
- Direcionamento e delegação funções;
- Orientação as equipes de Liderança;
- Realização de reuniões e participação em reuniões, congressos e cursos;
- Planejamento de atividades nas áreas técnicas, administrativo e apoio juntamente com as lideranças;
- Criação de métodos e planos de ação e estratégias e, contingência;
- Cálculo de despesas para garantir a circulação de informações;
- Minimizar conflitos internos;
- Buscar e evitar falhas de comunicação;
- Percepção de escassez ou excesso de colaboradores através de instrumentos teórico, Portarias, Resoluções, etc;
- Fundamentos e conhecimentos para tomada de decisão com propriedade;
- Auxílio e orientações a todos na redução dos gastos desnecessários ou em outros problemas que geram desperdício, ineficiência, prejuízo e déficit orçamentário;
- Elaboração de plano de ação para o exercício, acompanha e avalia os resultados;
- Controle de despesas;
- Elaboração de projetos e acompanhamento de execução;



- Acompanhamento de prestação de contas e controle de estoque;
- Admissão e demissão e, acolhe os colaboradores admitidos;
- Realização de atendimento dos colaboradores junto ao líder de setor;
- Acompanhamento de escala de serviço;
- Acompanhamento de pagamentos realizados;
- Definição junto ao provedor sobre o investimento do recurso financeiro;
- Estar atualizada nas Portarias, Resoluções e Decretos pertinentes;
- Acompanhamento de contratos de terceirizados;
- Realização de contato quando necessário junto ao Ministério da Saúde, Secretaria da Saúde do Estado e Secretaria Municipal de Saúde;
- Apoio na logística de processos no hospital;
- Acompanhamento de e-mails recebidos e expedidos;
- Acompanhamento e recepção de documentos de setores internos e externos;
- Acompanhamento de Escalas Médicas e distribuição aos setores;
- Atualização mensalmente do CNPJ, CEE e do CNES junto a VISA Municipal;
- Auxílio e orientações aos líderes de setores sobre documentos e elaboração de projetos;
- Acompanhamento de execução dos projetos junto as lideranças;
- Elaboração de ofícios, comunicados internos, declarações e termos.;
- Elaboração de Plano de trabalho, Plano Operativo, Plano de Ação, Projetos (municipal, estadual, federal e outros);
- Elaboração de Relatório de Atividades de cada exercício;
- Elaboração e acompanhamento de documentos para publicação na imprensa local;
- Organização de todo o arquivo vigente;
- Organização e cataloga todo o arquivo morto;
- Realização de protocolos de documentos recebidos no setor de administração;
- Realização de Renovação Cadastral da Instituição junto aos Conselhos;
- Realização de Renovação Cadastral de Utilidade Pública Estadual;
- Realização de renovação de Licenças de Funcionamento junto a Vigilância Sanitária;
- Elaboração de documentos referente ao Corpo de Bombeiros;
- Participação em cursos de capacitação, congressos, treinamentos externos e internos;
- Implementação e Organização do Evento - Semana da Administração;
- Auxílio na elaboração e acompanhamento de normas e rotinas dos setores;
- Realização de pedidos de materiais por requisição eletrônica ao setor de Almoxarifado;
- Realização de Backup dos arquivos informatizados;
- Tratar e preencher documentos;
- Preparo de relatórios, formulários e planilhas;
- Acompanhamento dos processos administrativos;



- Execução de rotinas de apoio técnico e ou operacional junto aos setores do hospital;
- Acompanhamento do desempenho da instituição.

3.4.3.2.1. Finalidades do Faturamento

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

- **Atribuições orgânicas:**

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

O Sistema de Gestão é totalmente integrado com o faturamento. Todos os procedimentos e insumos consumidos pelo paciente são lançados automaticamente a partir dos registros em cada etapa do processo.

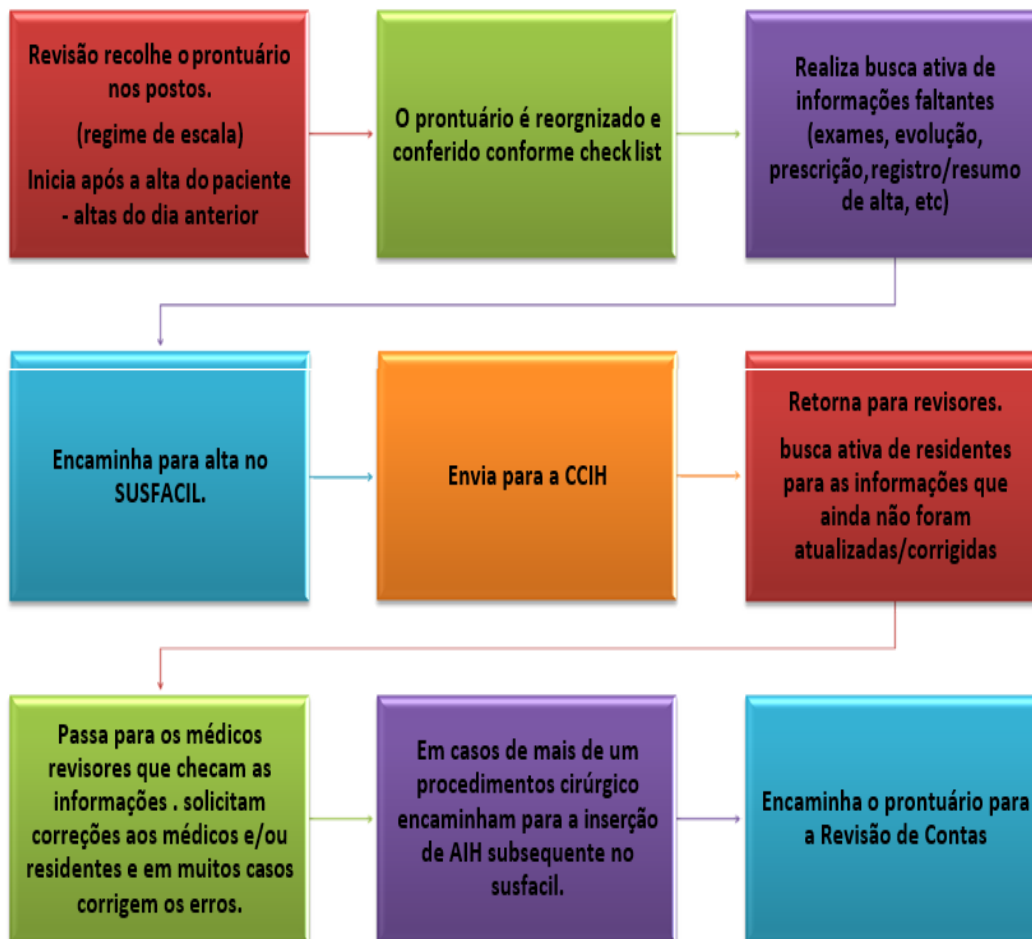
Faturamento (BPA e AIH) que agrega as funcionalidades adequadas ao processo de faturamento da unidade de saúde, permitindo:

- Garantir a importação das tabelas do SIGTAP para a competência;
- Realizar a validação dos critérios e normas do SUS no momento da entrada dos dados;
- Visualizar a produção da competência, listando o identificador do atendimento, nome do paciente, procedimento, profissional, ocupação, idade, quantidade e as críticas;
- Permitir a correção das críticas em cada atendimento;
- Exportar os arquivos no padrão SUS;
- Realizar o fechamento da competência com todas as AIHs selecionadas no período, controlando cada AIH já emitida e evitando reapresentação e erros;
- Verificar consistência automaticamente de todos os dados das AIHs da competência aplicando todas as regras do SUS, em todos os boletins, desagrupando as contas que porventura contiverem erros, identificando falta de digitação de algum dado obrigatório ou que tiverem sido digitadas em um período anterior à atualização de tabelas ou atualização de programas que tenham sido alterados, para contemplar alguma nova



portaria do Ministério da Saúde.

- **Fluxo da AIH - Internações**



Revisão 1 - Análise



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40



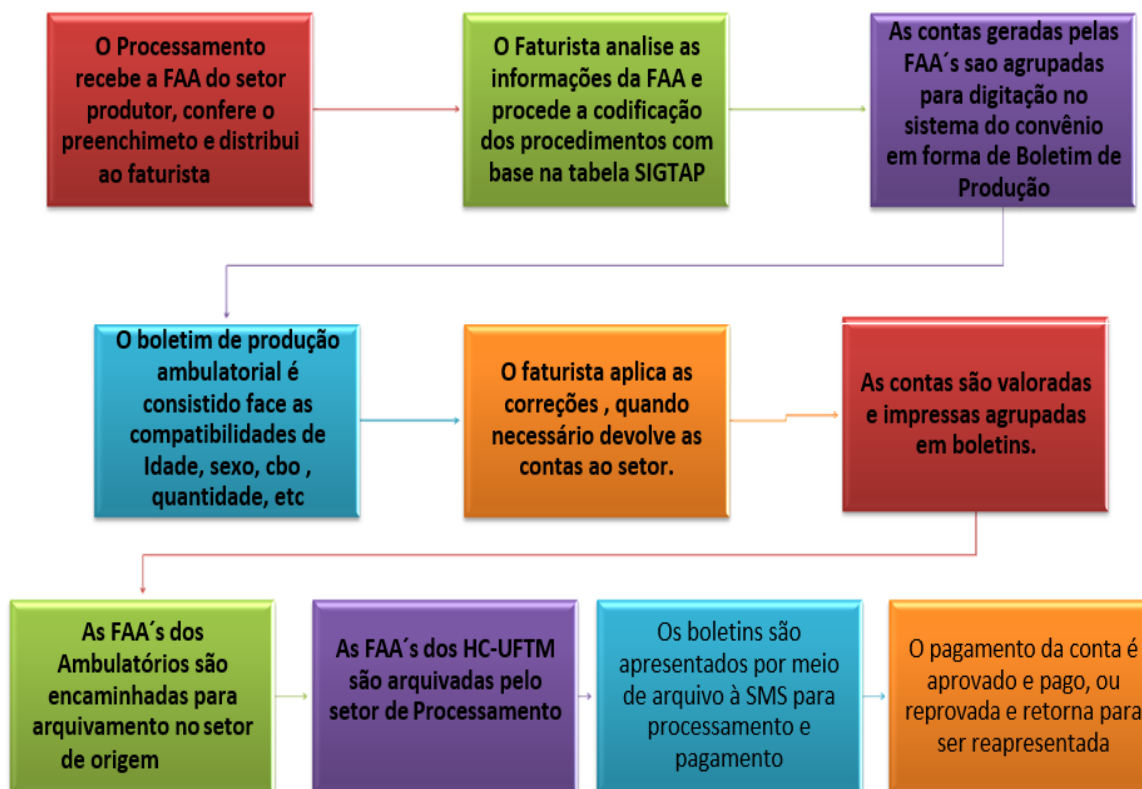
Revisão 2 – Processamento



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40



Fluxo APAC



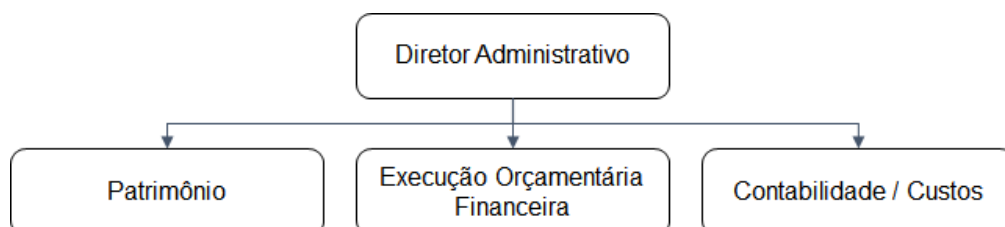
Fluxo da BPA Consolidado

3.4.3.2.2. Administração Financeira

O presente manual visa reunir conceitos, normas e procedimentos relativos aos atos e fatos orçamentários, financeiros e patrimoniais e seus relacionamentos e reflexo na contabilidade. E terá como finalidade orientar os gestores, os responsáveis que trabalham, diretamente ou indiretamente, nas áreas financeira, patrimonial e contábil.

Outro objetivo do manual será regulamentar a estrutura e normatizar as atribuições e competências do departamento de planejamento e finanças e de suas coordenações. Com a finalidade de definir e descrever as rotinas de trabalhos das áreas acima mencionadas.

• Estrutura Organizacional:



Organograma da Administração Financeira

• **Atribuições:**

A organização e implantação das rotinas de administração financeiras e os serviços de gestão de custos do Hospital estará sob responsabilidade da Direção Apoio/Administrativo. Isto é, chefiada pelo Diretor Administrativo Financeiro local a unidade contará com uma retaguarda de profissionais (administradores, contadores, economistas e financistas) capacitados em cada uma das áreas mencionadas.

À Diretoria Administrativa-Financeira compete, especificamente:

- Executar a direção administrativa de todo o Hospital, diretamente ou através de representantes de setores, praticando os atos necessários à boa ordem e eficiência dos serviços;
- Coordenar, controlar, monitorar, acompanhar e avaliar as áreas patrimonial, orçamentária-financeira e contábil do hospital;
- Estabelecer as ações necessárias para a coordenação das atividades administrativas e financeiras do hospital;
- Assessorar as diversas áreas no planejamento e na execução do orçamento;
- Emitir pareceres e relatórios sobre trabalho e estudos de viabilidade conduzidos pelo hospital, sob o enfoque jurídico, contábil, econômico, financeiro e de recursos humanos;
- Dirigir e controlar a orçamentação do hospital como um todo, compreendendo a previsão e o provimento dos recursos financeiros necessários;
- Examinar a conta da qual o hospital for parte integrante;
- Zelar pelo equilíbrio financeiro do hospital através da organização das atividades visando o controle de despesas;
- Assessorar a unidades na elaboração e disponibilização de informações relativas à execução orçamentária;
- Consolidar e disponibilizar informações e relatórios gerenciais relativas à execução orçamentária da unidade;
- Coordenar a utilização dos sistemas públicos federais de contabilidade, de finanças, de orçamento e patrimonial no âmbito do hospital;
- Coordenar, acompanhar e avaliar os registros contábeis dos fatos de Gestão Administrativa, Orçamentária, Financeira e Patrimonial no âmbito da unidade;
- Monitorar e analisar os registros e os relatórios de entrada, de movimentação e de baixa dos bens móveis no âmbito do hospital;
- Analisar os registros e os relatórios de entrada e de saída de material de consumo e expediente do almoxarifado e farmácia;
- Monitorar e analisar os registros e relatórios de depreciação, amortização dos bens móveis da instituição;



- Elaborar a prestação de contas mensal que contenha todos os elementos para a correta apreciação das atividades gerais no período, envolvendo aspectos administrativos, sociais e econômico-financeiros;
- Assessorar os gestores na prestação de contas de recursos recebidos.

3.4.3.2.3. Setor de Patrimônio

Subordinado ao Diretor Administrativo, obedecendo sempre ao preconizado pelo instrumento máximo desta Instituição, o Regulamento do Hospital, é responsável por coordenar, controlar, monitorar, acompanhar e zelar por todo o patrimônio do Hospital tanto os bens móveis, quanto os bens imóveis.

Suas atribuições e competências são:

- Controlar o registro e o cadastro de todos os bens móveis do Hospital;
- Controlar a distribuição, movimentação e localização de todos os bens móveis no âmbito da unidade;
- Controlar os termos de responsabilidade e os termos de transferências quando ocorrer mudança física dos mesmos ou quando houver alterações do responsável;
- Zelar pelas regras da contabilidade pública de forma a possibilitar a administração dos bens permanentes durante toda sua vida útil;
- Efetuar auditorias patrimoniais dos bens móveis de caráter permanente na unidade;
- Coordenar e efetuar os registros, mantendo o cadastro atualizado de todos os bens móveis do hospital;
- Realizar vistorias periódicas dos bens móveis, no âmbito do hospital;
- Coordenar a identificação patrimonial por meio de plaquetas fixadas nos bens móveis de caráter permanente, no âmbito do hospital;
- Acompanhar o levantamento dos bens passíveis de alienação;
- Coordenar e instruir o processo de baixa dos bens móveis e propor a doação e/ou alienação dos bens baixados por inservibilidade, bem como acompanhar a retirada desses bens, sempre observando a legislação vigente;
- Fornecer toda e qualquer informação ao setor responsável para cessão, alienação, permuta ou baixa de material, equipamento, mobiliários, ou qualquer outro bem, de acordo com a legislação vigente;
- Coordenar rotinas de manutenção e recuperação de bens móveis no âmbito do hospital;
- Coordenar e orientar os procedimentos quanto ao recolhimento e baixa dos bens inservíveis no âmbito hospitalar;
- Elaborar e encaminhar relatórios ao diretor administrativo financeiro, correspondente a movimentação, depreciação e amortização dos bens móveis, assim como, comunicar toda



e qualquer alteração no sistema patrimonial para o correspondente registro contábil.

3.4.3.2.4. Execução orçamentária financeira

É responsável em gerir a execução orçamentária e financeira dos créditos e recursos disponíveis com transparência e observância dos princípios da Administração Pública, para manter o equilíbrio fiscal e contribuir para eficácia da unidade.

Suas atribuições e competências são:

- Coordenar, organizar, monitorar e executar as atividades de execução orçamentária e financeira, no âmbito do hospital, segundo as diretrizes institucionais preconizadas;
- Zelar pela legalidade dos atos que resultem na realização da despesa;
- Auxiliar na elaboração da proposta orçamentária anual da unidade;
- Coordenar a realização dos três estágios da despesa pública (empenho, liquidação e pagamento), quando autorizado e em conformidade com legislação vigente;
- Dar suporte na classificação das despesas;
- Preparar e submeter à apreciação superior a execução do desembolso financeiro segundo a disponibilidade dos recursos financeiros;
- Conferir e efetuar o pagamento da folha de pessoal;
- Emitir guias de recolhimento: receitas, devoluções, reembolsos e restituições;
- Observar a legislação, normas e procedimento vigente, quanto à execução orçamentária e financeira;
- Efetuar as retenções (fiscais e contributivas), sobre os pagamentos efetuados de acordo com as legislações vigentes;
- Elaborar e apresentar ao diretor administrativo financeiro relatório e demonstrativos da execução orçamentária-financeira e desempenhar outras atividades definidas por esse;
- Verificar a conformidade documental das despesas, conforme exigida no contrato de prestação de serviço e/ou legislação vigente;
- Verificar a validade e o ateste das notas fiscais ou documento equivalente;
- Verificar antes de qualquer pagamento a situação fiscal do fornecedor ou Prestador de serviço;
- Efetuar o pagamento de: diárias, ajuda de custo, bolsas, auxílios, reembolsos, restituições e outros.

3.4.3.2.5. Contabilidade / Custo

É responsável por garantir a correta contabilização dos fatos, orçamentários, financeiro, patrimonial e de custo do Hospital, através da aplicação de normas de contabilidade, demonstrando com fidelidade as ações realizadas.



Suas atribuições e competências são:

- Orientar e zelar pela aplicação das normas sobre o sistema federal de contabilidade, de finanças, de orçamento e de patrimônio, cumprindo e fazendo cumprir na sua área, as normas e procedimento em vigor;
- Analisar e registrar os relatórios de entrada, de movimentação e de baixa dos bens móveis no hospital;
- Analisar e registrar os relatórios de entrada e de saída de material de consumo e expediente do almoxarifado;
- Analisar e registrar os relatórios de depreciação, amortização dos bens móveis da instituição;
- Auxiliar os gestores na prestação de contas de recursos recebidos por meio de secretaria estadual de saúde;
- Elaborar as demonstrações contábeis, e dos demais relatórios previstos na legislação, necessários as prestações de contas dos responsáveis;
- Acompanhar e efetuar a regularização das ordens bancárias canceladas;
- Reclassificar as despesas realizadas por meio do suprimento de fundos de acordo com o subitem correto;
- Acompanhar e solicitar o encaminhamento das prestações de contas em atraso;
- Elaborar as demonstrações contábeis, e dos demais relatórios previstos na legislação, necessários às prestações de contas dos responsáveis;
- Analisar os registros de movimentação e de baixa dos bens móveis da unidade;
- Analisar as retenções efetuadas, bem como se estão sendo realizadas corretamente;
- Direcionamento dos custos, diretos ou indiretos, durante um determinado período, por departamento ou setor da Instituição;
- Realizar o rateio do custo total por determinado período em casos de custo indireto;
- Determinar o critério de rateio para cada departamento e/ou setor;
- Cálculo do custo total de cada processo o qual é dividido pelo total da produção, obtendo-se um custo médio por: serviço, sessões, atendimentos ou exames para o período;
- Lançar no sistema os custos diretos de cada departamento / setor da instituição no período referente;
- Contabilizar toda a produção, em termos de quantidade (atendimentos / exames / sessões), a qual é registrada diária ou semanalmente, sendo preparado, no fim do mês, um demonstrativo dos resultados finais.

3.4.3.2.6. Almoxarifado

O recebimento de material de consumo gerais, materiais médicos hospitalares, bem como equipamentos são de responsabilidade do Setor de Almoxarifado. Será inerente ao setor, como



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

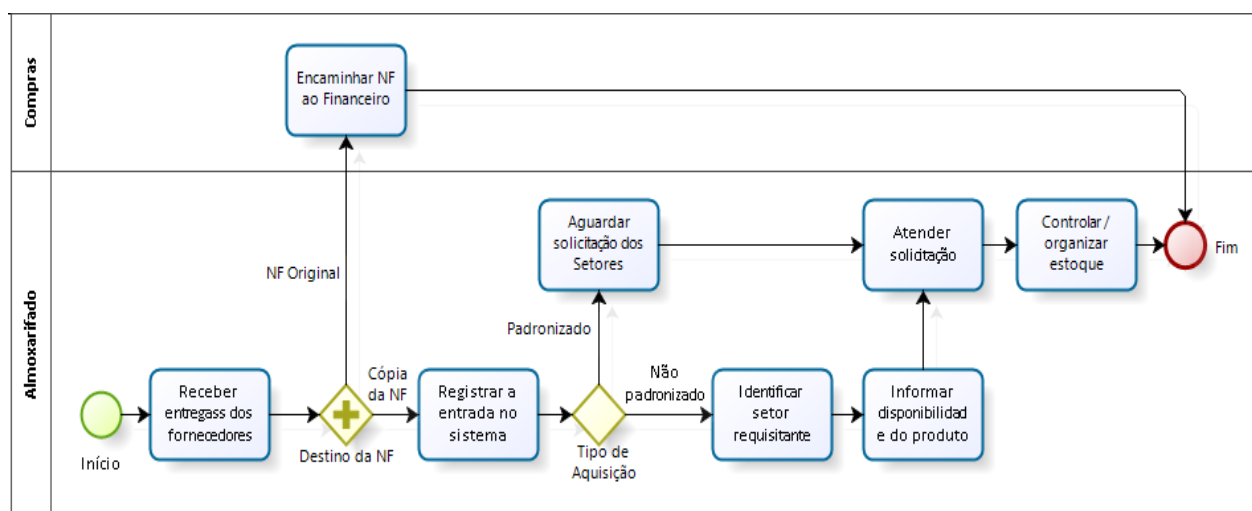
atividade desenvolvida cotidianamente a transferência para os estoques satélites e dispensação de materiais aos setores, proporcionando tanto o atendimento assistencial quanto o cumprimento das atividades administrativas.

O setor é encarregado por manter estoque dos materiais padronizados. As reposições desses materiais serão fundamentadas nas sugestões da ferramenta de gestão de estoques descritas nos subitens anteriores e avaliações dos gestores de estoque. O Planejamento de estoque, contará com as ferramentas estatísticas de estoque mínimo, estoque máximo, estoque regulador e ponto de pedido, consumo médio mensal, índice de sazonalidade, tendências, entre outras, que auxiliam para a tomada de decisão mais adequada.

É responsável também, por receber as entregas dos fornecedores, registrar a entrada no sistema de gestão e distribuir aos setores.

São definidas como as principais atividades do Almojarifado: Atender solicitação, Controlar / Organizar estoque, fazer reposição de estoque, Receber as entregas dos fornecedores e Registrar a entrada no sistema de gestão hospitalar.

Abaixo fluxo das principais atividades desenvolvidas pelo Setor.



• Atender solicitação

O Setor de Almojarifado atenderá ao pedido seguindo, resumidamente, as etapas abaixo:

- Pesquisar os pedidos em aberto no campo data;
- Imprimir pedido;
- Separar materiais;
- Selecionar quantidades que serão atendidas;
- Confirmar no sistema itens e quantidades separados fisicamente;
- Imprimir comprovante de recebimento;
- Entregar materiais e comprovante ao setor requisitante, o comprovante é assinado pelo

recebedor, no campo determinado “recebido por”, e posteriormente pelo chefe do setor;

- Arquivar pedido e comprovante de recebimento assinado.

Solicitações de Produtos ao Estoque

Destino da Solicitação: ☒ Paciente ☐ Setor ☐ Gasto de Sala ☐ Estoque ☐ Empresa

Usuário Ativo: LUIS.MARINHO ☐ Urgente?

Código: Solicita para Estoque: Estoque Destino:

Aviso Cirurgia: Atendimento: Paciente: Presc. Méd.: Leito Atual: Médico Solicitante:

Unidade de Internação: Setor: Data: 04/01/2017 Horário: 09:56

Observações: Aplic. Direta:

Produto	Descrição	Unidade	Qtde.	Tipo do Uso	Conta do Paciente?	Produto de Kit?
					☒	☐

Buscar dados da Cota Imp. Solicitação Buscar último Mov. Solic. Padrão Copiar Solic.

Registro: 1/1 MGES/M_SOLSAIPRO EDIT

Fazer solicitação de produtos ao estoque

Solicitações de Produtos

Solicitação	Prescrição	Estoque	Situação	Tipo Solicitação	Solicitante	Atendimento	Aviso Cirurgia	Unid. Intern.	Data	Hora	1ª Necess.	Impres.	Imp.	Urg.
													☐	☐

1 - Visualizar os Produtos 2 - Confirmar Produtos 3 - Confirmação Automática
4 - Reabrir Movimentação 5 - Excluir Confirmação 6 - Menu de Impressão

Outras Informações da Solicitação

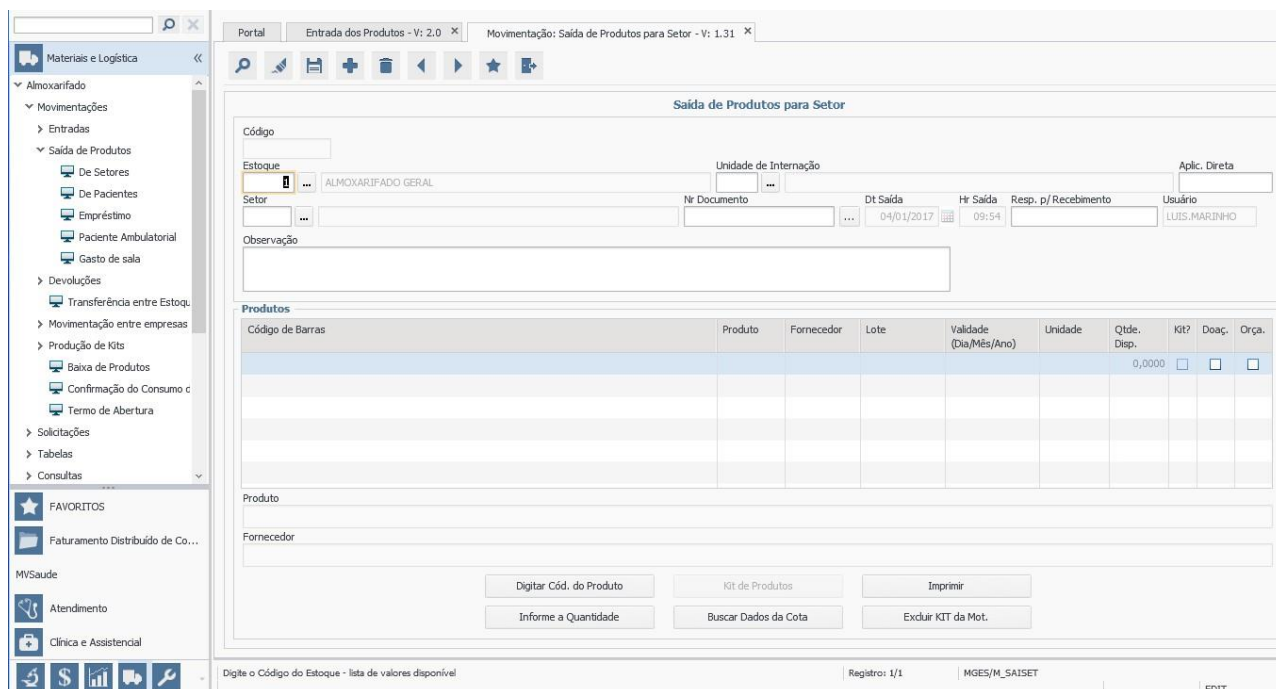
Estoque: Unidade de Internação: Leito: Setor: Agrup.:
Paciente: Data Alta: Hora Alta: Médico Solicitante: Empresa Solicitante: Estoque Solicitante: Origem:
Cód. Paciente - Integração: Nome Paciente - Integração: Cód. Atendimento - Integração:
Usuário Solicitação: Usuário Movimentação: Requisição:
Observação:

☒ Solicitações em atraso

Utilize as Setas p/Cima e p/Baixo para Selecionar a Solicitação Registro: 1/1 MGES/M_BAIXASOL SEARCH

Tela de atender solicitação

Se por algum motivo o setor requisitante esteja impossibilitado de fazer a solicitação via sistema, excepcionalmente, o Almoxarifado dispensará através de “Saída de produtos para Setor”, conforme tela abaixo.



Tela de Saída de produtos para Setor

• Controlar / Organizar estoque

- Organizar o estoque de modo a dispensar primeiro os materiais com validade mais curta, conforme técnica FIFO – First in First out;
- Atentar aos saldos em estoques ao dispensar materiais, se precavendo de casualidades e eventuais reposições emergenciais;
- Analisar o nível de estoque dos materiais movimentados.

• Fazer reposição de estoque

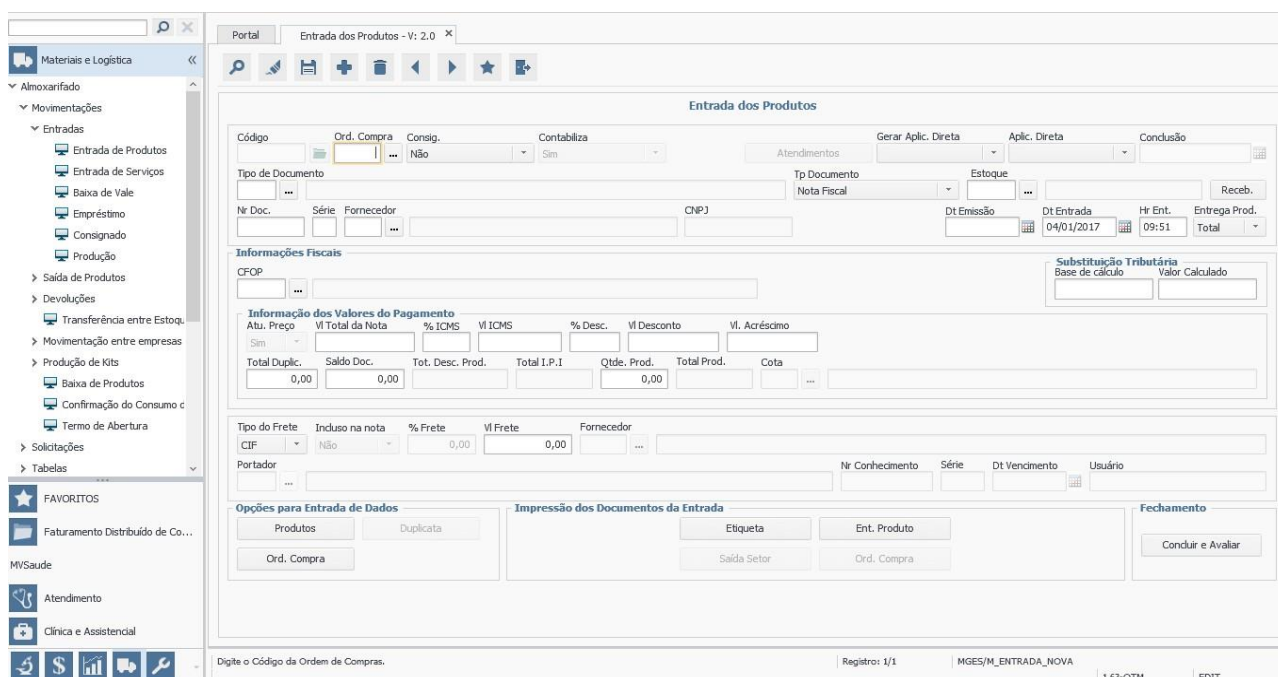
- Elaborar lista de reposição de estoque todos os meses, entre o dia 15 e 20 de cada mês. Nessa lista são observados todos os itens padronizados;
- Avaliar as sugestões efetuadas pela ferramenta de gestão de estoques, a fim de, planejar a reposição do estoque para o próximo ciclo de consumo;
- Encaminhar a lista ao setor de Compras e à Direção Administrativa, entregar uma via datada e assinada, para aprovação da Direção Administrativa.

• Receber as Entregas dos Fornecedores

- Localizar a ordem de compras;



- Conferir os dados na Nota fiscal, Razão social, CNPJ, endereço, verificar se a Nota Fiscal está conforme a ordem de compras, fornecedor, itens, custos, quantidades, e se os produtos entregues estão de acordo com a Nota Fiscal;
 - O Almoxarifado e o setor de Compras manterá controle de qualificação dos fornecedores;
 - Atestar o recebimento (assinar canhoto ou via da Nota Fiscal do entregador), comprovando que recebeu os materiais;
 - Entregar a via original da Nota Fiscal ao Setor de Compras e protocolar a entrega na cópia;
 - Dispor os materiais em seus respectivos lugares, ordená-los de forma a dispensar primeiro aqueles que estão com vencimento mais próximo;
 - Atentar às recomendações de segurança e conservação.
- **Registrar a entrada no sistema de gestão**
 - Dar entrada das Notas Fiscais no sistema assim que atestar o recebimento dos materiais;
 - Inserir todos os dados da entrada conforme disposto no sistema;
 - Imprimir o espelho da entrada do documento no sistema, entregar a cópia da Nota Fiscal e a entrada a um outro colaborador do Almoxarifado, que deverá conferir. Se não houver divergência, anexar o documento de entrada à cópia da nota fiscal, e arquivar. Se houver divergência, cancelar a entrada, e logo em seguida dar entrada novamente. Só movimentar os itens da Nota Fiscal após a correta entrada no sistema.



Portal Entrada dos Produtos - V: 2.0

Entrada dos Produtos

Código: Ord. Compra: Consig.: Contabiliza: Gerar Aplic. Direta: Aplic. Direta: Conclusão:

Atendimentos: Tp Documento: Estoque: Receb.:

Tipos de Documento: Tp Documento: Nota Fiscal

Nº Doc.: Série: Fornecedor: CNPJ: Dt Emissão: Dt Entrada: Hr Ent.: Entrega Prod.:

Informações Fiscais

CFOP: Substituição Tributária: Base de cálculo: Valor Calculado:

Informação dos Valores do Pagamento

Abu. Preço	Vi Total da Nota	% ICMS	Vi ICMS	% Desc.	Vi Desconto	Vi Acréscimo
Sim						

Total Duplic.: Saldo Doc.: Tot. Desc. Prod.: Total I.P.I.: Qtde. Prod.: Total Prod.: Cota:

Opções para Entrada de Dados

Produtos: Duplicata:

Ord. Compra:

Impressão dos Documentos da Entrada

Etiqueta: Ent. Produto:

Saída Setor: Ord. Compra:

Fechamento

Concluir e Avaliar:

Digite o Código da Ordem de Compras. Registro: 1/1 MGES/M_ENTRADA_NOVA 1.63-OTM EDIT

Tela de Entrada de Produtos

- **Recursos Humanos**

O Almoxarifado será composto por um Almoxarife, responsável pela gestão do estoque e processos internos gerais. Profissional determinante que realizará a interface entre a gestão e a equipe operacional. É facilitador na gestão de relacionamentos intersetoriais e multiplicador de conhecimentos para formação e garantia de qualidade e boas práticas na prestação dos serviços inerentes ao setor.

Completará a equipe do Almoxarifado: um Auxiliar de Almoxarifado com funções determinadas de controle e organização administrativa de documentos internos e externos ao setor, outro Auxiliar de Almoxarifado com funções produtivas onde lhe cabe o trabalho constante de conferência e organização física de itens recebidos e mantidos sob guarda do setor, o transporte de materiais aos diversos clientes internos e o apoio administrativo geral, e outros quatro em regime de plantão para atender as demandas dos clientes internos em horário integral.

- **Recursos Tecnológicos**

Todas as movimentações serão registradas no Sistema de Gestão para monitoramento e controle de entradas e saídas de itens admitidos na Unidade de saúde. Os suprimentos internos serão atendidos sistemicamente com emissão de recibos que configuram instrumentos de prestação de contas das movimentações de saída de materiais realizadas pelo setor.

Todos os profissionais serão treinados e aptos para a interpretação e atendimento de todas as solicitações recebidas. O módulo sistêmico de estoques no Sistema de Gestão será o principal referencial estatístico e histórico de entradas e saídas dos diversos materiais estocados no setor e adotado como fonte indicadora para determinação de estratégias e solicitações de compras. Além do sistema de gestão hospitalar, para auxílio nas decisões estratégicas, será implantado um sistema integrado de Cadeia de Suprimentos, que oferece uma ferramenta de planejamento de demanda e gestão de estoques na área de saúde, otimizando os níveis de estoques e de serviços, reduzindo custos operacionais e possibilitando ganhos para a instituição.

3.4.3.3. Horário e equipe mínima

Os setores de Gestão de Pessoas, SAME, Compras, Financeiro e Faturamento terão gestão própria (primarizados) com carga horária de 40 horas compondo horários de 2ª a 6ª feira de 08h00 às 07h00. As quantidades de profissionais para o desempenho de funções nestes setores foram calculadas levando-se em consideração, as especificidades de cada setor, conforme dimensionamento de RH apresentado na presente proposta de trabalho.

Os demais serviços de Recepção e Portaria, Manutenção Predial, Transporte, Lavanderia, Higienização e Vigilância serão terceirizados com carga horária e quantidade de colaboradores suficientes para assegurar a prestação de serviços compatível com as atividades a serem desempenhadas no hospital.



Esses quantitativos poderão sofrer ajustes quando da assunção do Contrato, com o objetivo único da prestação de assistência aos pacientes de excelência.

Vale ressaltar que para o dimensionamento de RH foram consideradas as legislações vigentes.

3.4.4. APRESENTAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES

A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde - CPPS é o órgão interno instituído para desenvolvimento das atividades com a finalidade de padronizar e qualificar os produtos para saúde a serem adquiridos.

A Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos do Hospital Estadual Jataí é responsável pelo desenvolvimento e supervisão das políticas e práticas de utilização de medicamentos, materiais hospitalares e correlatos no hospital, possui como finalidade assegurar resultados clínicos satisfatórios e risco potencial mínimo (uso seguro e racional de medicamentos), materiais correlatos, impressos e formulários que estão inseridos nas atividades do Hospital.

A Comissão Permanente de Padronização de itens hospitalares tem a função de padronizar os materiais médico-hospitalares do hospital, pautada em evidências científicas, promovendo assim o uso adequado destes materiais. Além disso, avaliam juntamente com a gerência de risco os possíveis desvios de qualidade e coordena a pré-qualificação dos fornecedores para que os mesmos possam participar do processo de compra.

Somente serão adquiridos medicamentos de referência da Anvisa bem como os constantes na Relação de Medicamentos Essenciais – RENAME 2018.

Será respeitada na sua integralidade a LEI Nº 6.360, DE 23 DE SETEMBRO DE 1976. Artigo 1º - Ficam sujeitos às normas de vigilância sanitária instituídas por esta Lei os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, definidos na Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, bem como os produtos de higiene, os cosméticos, perfumes, saneantes domissanitários, produtos destinados à correção estética e outros adiante definidos.

3.4.4.1. São princípios para a padronização de medicamentos no hospital

- Racionalizar do uso de medicamentos;
- Adquirir somente de produtos com valor terapêutico comprovado;
- Diminuir o número de medicamentos em estoque;
- Aumentar seu controle e agilizar a dispensação;
- Racionalizar espaços de armazenamento;
- Viabilizar a distribuição pelo sistema de Dose Unitária



- **Inclusão na padronização de medicamentos:**

Após o preenchimento do Formulário de Inclusão, as solicitações de inclusão deverão ser feitas através do preenchimento do formulário de Inclusão de Medicamento na Padronização, onde o solicitante deverá expor os motivos pelos quais está encaminhando esta solicitação. Além disso, devem estar anexadas ao formulário referências bibliográficas de origem reconhecida e independente, confirmando sua justificativa e mostrando:

- Eficácia/segurança do medicamento em questão (para os casos em que não há similar ou equivalente padronizado);
- Vantagens terapêuticas (para casos em que já exista similar ou equivalente padronizado, destinado ao mesmo fim).

1ª Farmácia

Estes dados devem ser encaminhados ao Serviço de Informações sobre Medicamentos (SIM) / Farmácia Hospitalar, que verificará se todos os critérios e normas de inclusão definidos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) estão sendo respeitados e fará a revisão bibliográfica, bem como a análise econômica da solicitação, indicando o possível incremento de gastos com a inclusão do medicamento na padronização.

2ª Avaliação Médica

Após análise do SIM, este envia a solicitação ao médico consultor da classe a que o medicamento pertence, para que ele emita seu parecer a respeito.

3ª Oficialização pela CFT

O último passo é a apresentação do processo para a CFT, que oficializará a decisão final sobre o assunto. Caso seja aprovada a inclusão, esta constará no Manual Farmacêutico.

NOTA - antes do produto ser efetivamente colocado em estoque, para dispensação, ainda será necessário que sejam obedecidos os seguintes requisitos:

- **Cadastro do Fornecedor**

Se o fornecedor do produto em questão (fabricante/distribuidor/etc.) não for cadastrado no Hospital, deverá ter suas instalações inspecionadas (através da Farmácia Hospitalar), a fim de que se verifique se as mesmas estão dentro dos padrões estabelecidos pelo programa oficial pertinente.

- **Critérios**

- Evitar multiplicidade de princípios ativos destinados ao mesmo fim (a inclusão de um medicamento deverá estar sempre atrelada à possibilidade de exclusão de um



representante da classe, anteriormente padronizado);

- Padronizar medicamentos de fornecedores que já tenham passado pela avaliação técnica;
 - Padronizar prioritariamente medicamentos com sistema que garanta sua rastreabilidade;
 - Evitar, sempre que possível, as associações medicamentosas, priorizando medicamentos com um único princípio ativo, em que o médico possa associar os medicamentos considerados necessários nas doses convenientes para cada caso. A padronização de associações de fármacos só se justifica quando:
 - A documentação clínica justifica o uso concomitante de mais de um fármaco;
 - O efeito terapêutico da combinação é maior que a soma dos efeitos de cada um isoladamente;
 - O custo da combinação é menor que a soma dos custos dos diversos produtos em separado;
 - Facilita a posologia para o paciente.
 - Resguardando-se a qualidade, padronizar os medicamentos, levando-se em consideração o menor custo de aquisição, armazenamento, dispensação e controle;
 - Padronizar formas farmacêuticas, apresentações e dosagens considerando: comodidade de administração aos pacientes; faixa etária; facilidade para cálculo de dose a ser administrada; facilidade para fracionamento ou multiplicação das doses.
- **Exclusão na padronização de medicamentos:**
 - Medicamentos que tiveram sua comercialização proibida ou descontinuada por órgão competente;
 - Medicamentos que poderão ser substituídos com vantagens, quando da inclusão de outro fármaco;
 - Consumo, em período considerado, que não justifique a padronização.

3.4.4.2. Vantagens da padronização

Para os pacientes: a confiança do uso do medicamento correto e a satisfação por não necessitar adquirir quaisquer outros remédios pertinentes ao seu tratamento, dos quais a Unidade de Atenção Básica não disponha.

Para os médicos e enfermagem: a certeza de que os medicamentos disponíveis na farmácia serão adequados aos tratamentos propostos, garantindo aos pacientes a fidelidade em atender as prescrições e maior interação entre as equipes.

Para a farmácia da unidade de saúde e para a instituição: o controle dos produtos abrigados em estoques, através da menor diversidade de itens; benefício através da redução do custo dos estoques, da diminuição de pessoal ligado as estratégias de controle e redução do espaço físico destinado à farmácia.



3.4.4.3. Seleção e Aquisição de Medicamentos

Segundo ALARCON, "No ciclo da assistência farmacêutica, a aquisição de medicamentos é uma das principais atividades, visto que o mesmo é um insumo fundamental de suporte as ações de saúde. Uma boa aquisição de medicamentos deve considerar primeiro o que comprar (seleção); quando e quanto comprar (programação); e como comprar. O monitoramento e a avaliação dos processos são fundamentais para aprimorar a gestão e intervir nos problemas."

A etapa de escolha de medicamentos é um dos procedimentos básicos em hospitais, o seu progresso integra as principais funções dos serviços da farmácia hospitalar (AGUILLAR; BITTNER, 1997).

O processo de seleção não se determina à criação da relação de medicamentos fundamentais e do formulário terapêutico, mas constitui-se em um agrupamento de atividades que tem como pretensão o uso racional: prescrição, dispensação, informes, farmacovigilância, educação continuada, dentre outras (BRASIL, 1994). De acordo com o Ministério da Saúde o processo de seleção de medicamentos é dado por cinco etapas, como descrito no quadro abaixo:

Etapas	Fases
1ª	Política – suporte e sensibilização do gestor e dos profissionais da área de saúde
2ª	Técnico-normativa – elaboração de Comissão de Farmácia e Terapêutica de cunho perdurável e deliberativo. Quando preciso, subcomissões ou consulta a especialistas.
3ª	Seleção diretamente dita, de qual o resultado e/ou produto compõe-se na criação de uma relação de medicamentos fundamentais, que deve dar uma direção as diretrizes e utilização, planejamento, aquisição, prescrição, dispensação, dentre outros. Fase de organização da relação de medicamentos: determinação de critérios e efetivação do processo.
4ª	Divulgação e inserção: criação de estratégias para divulgação da relação, que poderá ser realizado através de seminários, palestras, canais de comunicação, instrumento oficial (Portaria), dentre outros, como meio de legitimar o processo.
5ª	Criação de um formulário terapêutico. Documento que se compõem de informações técnicas significativas e atualizadas sobre os medicamentos que foram selecionados, para auxiliar os prescritores.

Fonte: Baseado em BRASIL, 1994.

3.4.4.4. Critérios para inclusão de medicamentos na padronização:

- Poupar a multiplicidade de princípios ativos atribuídos ao mesmo fim (a inserção de um medicamento necessitará estar sempre associado à viabilidade de exclusão de um representante de classe, previamente padronizado);
- Padronizar medicamentos de fornecedores que sejam retroativos da avaliação técnica;
- Poupar sempre, as associações medicamentosas, optando por medicamentos com um único princípio ativo, tendo em vista a associação de medicamento pelo médico com os medicamentos considerados essenciais nas doses adequadas para cada caso. A padronização de associações de fármacos só é aceitável quando: a documentação clínica



argumenta o uso ao mesmo tempo de mais de um fármaco; o efeito terapêutico da conjunção é superior à soma dos efeitos de cada um separadamente; o custo da associação for inferior a soma dos custos dos múltiplos produtos desjuntados; facilita a posologia para o paciente;

- Poupar a padronização de maneira farmacêutica de liberação distendida, com ressalva dos casos em que haja benefícios terapêuticos comprovados;
- Proteger a qualidade, padronizar os medicamentos, tomando como deferência o custo de aquisição inferior, armazenamento, dispensação e controle;
- Padronizar formas farmacêuticas, apresentações e dosagens priorizando: conveniência de administração aos pacientes; faixa etária; simplicidade para fracionamento ou multiplicação das doses. Com base em Schwartzman et al. (2010) pode-se tomar como critérios de exclusão da padronização de medicamentos os seguintes pontos:
 - Os medicamentos que possuem comercialização não permitida ou interrompida através do órgão competente.
 - Medicamentos que poderão ser trocados com vantagens, quando da inserção de diferente fármaco.
 - Utilização em período estimado, que não justifique a padronização.

3.4.4.5. Prescrição de medicamentos e materiais médicos hospitalares não padronizados
Serão disponibilizadas as relações de medicamentos e materiais médicos hospitalares em todos os consultórios e postos de enfermagem do hospital.

O médico deve estar ciente de que o medicamento e/ou materiais médicos hospitalares que ele está prescrevendo não é padronizado na instituição.

3.4.4.6. Medicamentos e materiais médicos hospitalares não padronizados

Fluxo para solicitação de medicamentos e materiais médicos hospitalares não padronizados:

- 1º - O farmacêutico recebe a prescrição do médico solicitando o medicamento e/ou material médico hospitalar;
- 2º - O farmacêutico aborda o médico, informa os critérios e sugere alternativas terapêuticas que já são padronizadas;
- 3º - O médico acata a sugestão e substitui a medicação e/ou material médico hospitalar
- 4º - O médico preenche o formulário de solicitação de medicamento e/ou material médico hospitalar e será encaminhado para a discussão e aprovação da padronização com a participação dos membros das Comissões de Farmácia, CCIH e Diretoria Técnica.

Para os medicamentos e/ou materiais médicos hospitalares não padronizados deverá ser elaborado o Formulário para solicitação de medicamentos e/ou materiais médicos hospitalares



não padronizados, que deverá conter os seguintes itens:

- Médico Solicitante;
- CRM;
- Nome Genérico;
- Nome Comercial;
- Concentração;
- Especificações necessárias;
- Unidade;
- Justificativa Médica;
- Há outras formas de tratamento sem a padronização deste medicamento e/ou material médico hospitalar? () SIM () NÃO

Declaro que não há conflito de interesses.

Assinatura e carimbo do médico solicitante

• **Critérios para exclusão de medicamentos na padronização:**

- Medicamentos que, em determinado período de tempo não apresentem consumo que justifique sua manutenção em estoque como padronizado;
- Medicamentos que, em pesquisa interna de vigilância de reações adversas, tenha apresentado índice preocupante de ocorrência destes efeitos em pacientes internados.

3.4.4.7. Plano de Ação para padronização de medicamento e/ou material médico hospitalar

- Compor equipe multiprofissionais (membros comissões, CCIH, Farmácia) para auxiliar no processo de padronização de medicamentos materiais hospitalares utilizados na instituição;
- Encaminhar ao Diretor Técnico solicitação de indicação de profissional para compor a equipe multiprofissional;
- Direção Técnica deverá instituir formalmente a equipe de padronização de medicamentos e/ou materiais médicos hospitalares;
- Definir os protocolos terapêuticos das patologias mais prevalentes com tratamentos no hospital;
- Elaborar protocolos terapêuticos para auxiliar na prescrição padronizada;
- Divulgar os protocolos para os profissionais prescritores;
- Capacitar os profissionais nos sistemas de informações a fim de constituir um perfil epidemiológico dos tratamentos utilizados;
- Enviar ao Diretor Técnico o projeto de capacitação dos profissionais;
- Desenvolver e apoiar as ações de promoção do uso racional de medicamentos e/ou material médico;



- Elaborar a relação de padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares;
- Divulgar a padronização de medicamentos e/ou materiais médicos hospitalares aos gestores e profissionais de saúde, para implantar as ações do planejamento logístico e diminuir os gastos públicos com o processo de aquisição;
- Confeção de material impresso e em mídia do padrão;
- Monitorar e avaliar através de indicadores o sistema de padronização de medicamentos e materiais médico cirúrgicos.

Apresentamos a seguir sugestão de padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares, utilizada em Unidades administradas pela FAS:

• **Materiais médicos hospitalares**

Produto	Embalagem
ABAIXADOR DE LINGUA	PACOTE
AGULHA 20 X 0,55	UNIDADE
AGULHA DE ACUMPUNTURA 0,25 X 30 C/10	ENVELOPE
AGULHA DE ACUMPUNTURA 0,25 X 40 C/10	ENVELOPE
AGULHA DE ANESTESIA PARA BLOQUEIO DE PLEXO 22G X50MM	UNIDADE
AGULHA DE ASPIRADOR DE MEDULA OSSEA 11G X 10CM	UNIDADE
AGULHA DE BIOPSIA SEMI AUTOMATICA 14X100	UNIDADE
AGULHA DE BIÓPSIA SEMI-AUTOMÁTICA TRU-CUT 14X10	UNIDADE
AGULHA DE BLOQUEIO E ESTIMULAÇÃO PERIFERICO 50MM 22G	UNIDADE
AGULHA DE ESCLEROSE 2,3X2,8X230	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL 13 X 0,45MM C/ DISP SEGURANCA	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL 25 X 0,6MM C/ DISP SEGURANCA	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL 25 X 0,7MM C/ DISP SEGURANCA	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL 25 X 0,8MM C/ DISP SEGURANCA	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL 30 X 0,7MM C/ DISP SEGURANCA	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL 40 X 1,2 C/ DISP. DE SEGURANCA	UNIDADE
AGULHA GENGIVAL 27G LONGA 30MM	UNIDADE
AGULHA GENGIVAL 30G CURTA 22MM	UNIDADE
AGULHA P/ RAQUI DESCARTAVEL 27 G	UNIDADE
AGULHA PARA BIOPSIA COAXIAL SEMI AUTOMATICA 18GX15CM	UNIDADE
AGULHA PARA BIOPSIA DE MEDULA OSSEA 11 X 10	UNIDADE
AGULHA PARA BIOPSIA UNIGUN DE TECIDO MOLE 18GX250	UNIDADE
AGULHA RAQUI 22X 80	UNIDADE
AGULHA RAQUI 22X 90	UNIDADE

Produto	Embalagem
AGULHA RAQUI 25GX3 80X05	UNIDADE
AGULHA RAQUI 26G X 3	UNIDADE
AGULHA RAQUI DESCARTAVEL 25G X 120 OBESO	UNIDADE
ALCA DE POLIPECTOMIA C/ BAINHA 7FR	UNIDADE
ALCA DE RESSECCAO 10MM	UNIDADE
ALCA DE RESSECCAO 24MM	UNIDADE
ALCA DE RESSECCAO 30MM	UNIDADE
ALGODAO HIDROFILO 500 G	UNIDADE
ALGODAO ORTOPEDICO 10CM	UNIDADE
ALGODAO ORTOPEDICO 15CM	UNIDADE
ALGODAO ORTOPEDICO 20CM	UNIDADE
ALGODAO ORTOPEDICO 6CM	UNIDADE
ALGODAO ROLETE DENTAL	UNIDADE
ANUSCOPIO DESCARTAVEL	UNIDADE
APARELHO DE BARBEAR LÂMINA DUPLA	UNIDADE
APARELHO DE PRESSAO ARTERIAL NEONATAL	UNIDADE
ASPIRADOR CIRURGICO PONTEIRA BIOSUC	UNIDADE
ATADURA /// ESTERIL /// 10 CM X 1,8M	UNIDADE
ATADURA /// ESTERIL /// 15 CM X 1,8M	UNIDADE
ATADURA /// ESTERIL /// 20 CM X 1,8M	UNIDADE
ATADURA DE CREPOM 10 CM X 1,8M	UNIDADE
ATADURA DE CREPOM 15 CM X 1,8M	UNIDADE
ATADURA DE CREPOM 20 CM X 1,8M	UNIDADE
ATADURA DE CREPOM 8 CM X 1,8M	UNIDADE
ATADURA ELÁSTICA AUTOADERENTE 4.5M X 5 CM SEM LATEX (COBAN)	UNIDADE
ATADURA GESSADA 10CM X 3M	UNIDADE
ATADURA GESSADA 15CM X 3M	UNIDADE
ATADURA GESSADA 20CM X 4M	UNIDADE
ATADURA GESSADA 8CM X 3M	UNIDADE
AVENTAL CENTRO CIRURGICO TAMANHO G ESTERIL 50G IMPERMEAVEL	UNIDADE
AVENTAL CENTRO CIRURGICO TAMANHO GG ESTERIL 50G IMPERMEAVEL	UNIDADE
BANDAGEM ELASTICA **PEDIATRIA**	UNIDADE
BIOFLOOR ASPIRADOR CIRURGICO DE CHAO	UNIDADE
BOCAL PARA ENDOSCOPIA (ADULTO)	UNIDADE



Produto	Embalagem
BOCAL PARA ENDOSCOPIA (PEDIATRICO)	UNIDADE
BOLSA DE TROCA PARA COLETOR DE INCONTINENCIA FECAL	UNIDADE
BOLSA P/ COLOSTOMIA KARAIA	UNIDADE
BOLSA PRESSORICA DE 500ML C/ INDICADOR DE PRESSAO	UNIDADE
CAIXA COLETORA RIGIDA 7L LARANJA	UNIDADE
CAIXA PORTA PROTESE DENTARIO COLORIDO	UNIDADE
CAL SODADA 4,3KG	UNIDADE
CAMARA RETRATIL ESPACADORA PARA RESPIRADOR MECANICO	UNIDADE
CAMPO CIRURGICO INCISIONAL (INCIFILM/IOBAN) 50.5X35,5 CM	UNIDADE
CAMPO OPERAT SMS DESC EST 1,60 X 2,20CM	UNIDADE
CAMPO OPERAT SMS EST FENESTRADO 80 X 80CM	UNIDADE
CAMPO OPERAT SMS EST MESA MAYO 60 X 1,40M	UNIDADE
CAMPO OPERAT SMS ESTERIL MESA AUX 130 X 200 CM	UNIDADE
CANETA MARCACAO CIRURGICA	UNIDADE
CANETA P/ BISTURI ELETRICO DESCARTAVEL MONOPOLAR	UNIDADE
CANULA DE GUEDEL N. 0	UNIDADE
CANULA DE GUEDEL N. 00	UNIDADE
CANULA DE GUEDEL N. 000	UNIDADE
CANULA DE GUEDEL N. 1	UNIDADE
CANULA DE GUEDEL N. 2	UNIDADE
CANULA DE GUEDEL N. 3	UNIDADE
CANULA DE GUEDEL N. 4	UNIDADE
CANULA DE GUEDEL N. 5	UNIDADE
CANULA DE GUEDEL N. 6	UNIDADE
CANULA DE OXIGENIO ADULTO	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA AJUSTAVEL 7	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA AJUSTAVEL 8	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA CURTA METAL 00	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA CURTA METAL 1	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA CURTA METAL 2	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA CURTA METAL 3	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA CURTA METAL 4	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA CURTA METAL 5	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA CURTA METAL 6	UNIDADE



Produto	Embalagem
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA SILICONE C BALAO 7,5 (SHILEY)	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA SILICONE C BALAO 8 (SHILEY)	UNIDADE
CANULA GUIA ENDOCAVITARIA PROSTATA	UNIDADE
CANULA OPTIFLOW JUNIOR INFANTIL 20L/MIN	UNIDADE
CANULA OPTIFLOW JUNIOR NEONATAL 8L/MIN	UNIDADE
CANULA OPTIFLOW JUNIOR PEDIATRICO 25L/MIN	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 3,0 SEM BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 3,5 C/ BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 3,5 SEM BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 4,0 COM BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 4,0 SEM BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 4,5 C/ BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 4,5 SEM BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 5,0 C/ BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 5,0 SEM BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 5,5 C/ BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 5,5 SEM BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 6,0 C/ BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 6,0 SEM BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 6,5 C/ BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 7,0 C/ BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 7.0 SEM BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 7.5 C/ BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 7.5 S/ BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 8.5 C/ BALAO	UNIDADE
CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA N. 9.0 C/ BALAO	UNIDADE
CANULA PARA DISPOSITIVO DE BIOPSIA TECIDOS MOLES BIOMEDICAL 14G	UNIDADE
CANULA PRONGA NASAL PARA TERAPIA DE ALTO FLUXO G	UNIDADE
CANULA PRONGA NASAL PARA TERAPIA DE ALTO FLUXO M	UNIDADE
CANULA PRONGA NASAL PARA TERAPIA DE ALTO FLUXO P	UNIDADE
CAPA LENCOL DESCARTAVEL C/ELASTICO1,40M X 2,20CM	UNIDADE
CAPA VIDEO LAPAROSCOPICA 15 CM X 250 CM	UNIDADE
CATETER ACESSO VENOSO TRIPLO LUMEN 5,50FR X 8CM	UNIDADE
CATETER ACESSO VENOSO TRIPLO LUMEN 7FR X 20CM	UNIDADE



Produto	Embalagem
CATETER DE MONITORIZACAO PAM 2FR 4CM RADIAL/FEMORAL PEDIATRICO	UNIDADE
CATETER DE MONITORIZACAO PAM 2FR 6CM RADIAL/FEMORAL PEDIATRICO	UNIDADE
CATETER DE MONITORIZACAO PAM FEMORAL	UNIDADE
CATETER DE MONITORIZACAO PAM FEMORAL 2,5 PEDIATRICO	UNIDADE
CATETER DE MONITORIZACAO PAM RADIAL	UNIDADE
CATETER DE MONITORIZACAO PAM RADIAL 2,5 PEDIATRICO COM JELCO	UNIDADE
CATETER DE PICC MICRO PUNCAO 1.9 FR DUPLO PUNCAO DIRETA 20 CM	UNIDADE
CATETER DE PICC MICRO PUNCAO 1.9 FR DUPLO PUNCAO DIRETA 30CM	UNIDADE
CATETER DE PICC MICRO PUNCAO 3FR DUPLO PUNCAO DIRETA 50CM	UNIDADE
CATETER DE PICC MICRO PUNCAO 3FR MONO LUMEN NITINOL	UNIDADE
CATETER DE PICC MICRO PUNCAO 4FR MONO LUMEN	UNIDADE
CATETER DE PICC MICRO PUNCAO VALVULADO 4FR MONO LUMEN	UNIDADE
CATETER DE PICC MICRO PUNCAO VALVULADO 5FR MONO LUMEN	UNIDADE
CATETER DE PICC MICRO PUNCAO VALVULADO 6FR DUPLO LUMEN NITINOL	UNIDADE
CATETER DUPLO LUMEN 3FR X 10CM INFANTIL	UNIDADE
CATETER DUPLO LUMEN 4FR X 13CM INFANTIL	UNIDADE
CATETER DUPLO LUMEN 7FR X 20CM	UNIDADE
CATETER EPIDURAL 16G SEM SERINGA	UNIDADE
CATETER EPIDURAL 18G SEM SERINGA	UNIDADE
CATETER P/ HIPOSPADIA 10FR 45CM	UNIDADE
CATETER P/ HIPOSPADIA 12FR 45CM	UNIDADE
CATETER P/ HIPOSPADIA 6FR 45CM	UNIDADE
CATETER P/ HIPOSPADIA 8FR 45CM	UNIDADE
CATETER P/ OXIGENIO (TIPO OCULOS) ADULTO	UNIDADE
CATETER P/ OXIGENIO (TIPO OCULOS) INFANTIL	UNIDADE
CATETER P/ OXIGENIO (TIPO OCULOS) NEONATAL	UNIDADE
CATETER PERIF INTRAVENOSO N.20 (JELCO) C/ DISP SEGURANCA	UNIDADE
CATETER PERIF. INTRAVENOSO N.22 (JELCO) C/ DISP SEGURANCA	UNIDADE
CATETER PERIFERICO INTRAVENOSO N. 14 (JELCO) C/ DISP SEGURANCA	UNIDADE
CATETER PERIFERICO INTRAVENOSO N. 16 (JELCO) C/ DISP SEGURANCA	UNIDADE
CATETER PERIFERICO INTRAVENOSO N. 18 (JELCO) C/ DISP SEGURANCA	UNIDADE
CATETER PERIFERICO INTRAVENOSO N. 24 (JELCO) C/ DISP SEGURANCA	UNIDADE
CATETER PERMCATH HEMODIALISE LP 14,5FR X 28CM	UNIDADE
CATETER PERMCATH HEMODIALISE LP 14,5FR X 32CM K2LP32B	UNIDADE



Produto	Embalagem
CATETER TRIPLO LUMEN 4,5FR X 13CM INFANTIL	UNIDADE
CERA OSSEA	UNIDADE
CIRCUITO DE OXIGENIO P/ANESTESIA FILTRO E TUBO EXTERNOS	UNIDADE
CIRCUITO INFANTIL P/ANESTESIA COMPLETO (3 TRAQUEIAS 1200X15MM. 1 CONECTOR Y 90. 1 CONECTOR RETO 15X22. 1 BALÃO FREE LA	UNIDADE
CIRCUITO PARA RESP.MECANICO SERVO I PEDIATRICO	UNIDADE
CIRCUITO RESPIRATÓRIO DESCATÁVEL COM FILAMENTO DE AQUECIMENTO E JARRA DE UMIDIFICAÇÃO CÂNULA NASAL PARA TERAPIA DE ALTO FLUXO TR BLENDER	UNIDADE
CIRCUITO RESPIRATÓRIO OPTIFLOW COM FILAMENTO DE AQUECIMENTO E JARRA DE UMIDIFICAÇÃO CÂNULA NASAL PARA TERAPIA DE ALTO FLUXO PEDIATRICO	UNIDADE
CLAMP PARA BOLSA DE COLOSTOMIA	UNIDADE
CLAMP UMBILICAL	UNIDADE
CLIP HEMOSTATICO 2,8X2,6X11X2350 (IMAGEM)	UNIDADE
COLAR CERVICAL PHILADELPHIA COM ORIFICIO TAM G	UNIDADE
COLAR CERVICAL PHILADELPHIA COM ORIFICIO TAM M	UNIDADE
COLAR CERVICAL PHILADELPHIA COM ORIFICIO TAM P	UNIDADE
COLAR CERVICAL RESGATE TAMANHO GG	UNIDADE
COLAR CERVICAL RESGATE TAMANHO M	UNIDADE
COLAR CERVICAL RESGATE TAMANHO NEONATAL	UNIDADE
COLAR CERVICAL RESGATE TAMANHO P	UNIDADE
COLCHONETE CABECEIRA 260 X 500 X 80 MM	UNIDADE
COLCHONETE DORSO 1080 X 500 X 80 MM	UNIDADE
COLCHONETE PERNEIRA 700 X 250 X 80 MM	UNIDADE
COLETE PUTTI BAIXO G	UNIDADE
COLETE PUTTI BAIXO M	UNIDADE
COLETE PUTTI BAIXO P	UNIDADE
COLETE PUTTI LONGO G	UNIDADE
COLETE PUTTI LONGO M	UNIDADE
COLETOR DE DRENAGEM TORAX 1000/2000ML	UNIDADE
COLETOR DE DRENAGEM TORAX 250ML	UNIDADE
COLETOR DE DRENAGEM TORAX 500ML	UNIDADE
COLETOR DE INCONTINENCIA FECAL	UNIDADE



Produto	Embalagem
COLETOR DE SECRECAO TRAQUEAL 500ML (NASODREN)	UNIDADE
COLETOR DE SECRECOES DE VIAS AEREAS 3500 ML NASODREN	UNIDADE
COLETOR DE URINA ABERTO 1200 ML GRADUADO.	UNIDADE
COLETOR DE URINA INFANTIL UNISEX (SACO COLETOR)	UNIDADE
COLETOR DE URINA P/ INCONTINENCIA URINARIA	UNIDADE
COLETOR DE URINA SIST. FECHADO 2000ML GRADUADO C/INJETOR LAT	UNIDADE
COLETOR DIURESE HORARIA SISTEMA FECHADO COM INJETOR LATERAL	UNIDADE
COLETOR PERFURO CORTANTE 13 L	UNIDADE
COLETOR PLASTICO 50 ML (POTE URINA)	UNIDADE
COLETOR SECRECAO (BRONQUINHO) 120ML (EXT P/CONEXAO 20CM)	UNIDADE
COMADRE PLASTICO 2000ML	UNIDADE
COMPRESSA DE CAMPO OPE.25CMX28CM ESTERIL PCT5 UN	PACOTE
COMPRESSA DE GAZE HIDROFILA 7,5X7,5 13 FIOS ESTERIL PCT 10UN	PACOTE
COMPRESSA GAZE HIDROFILA 7,5X7,5 13 FIOS PCT C/500 NAO ESTER	PACOTE
COMPRESSA GAZE QUEIJO	UNIDADE
COMPRESSA NEUROCIRURGICA COTONOIDE 10X10	UNIDADE
COMPRESSA NEUROCIRURGICA COTONOIDE 10X15	UNIDADE
COMPRESSA NEUROCIRURGICA COTONOIDE 10X20	UNIDADE
COMPRESSA NEUROCIRURGICA COTONOIDE 12X25	UNIDADE
COMPRESSA NEUROCIRURGICA COTONOIDE 12X50	UNIDADE
COMPRESSA NEUROCIRURGICA COTONOIDE 12X75	UNIDADE
COMPRESSA NEUROCIRURGICA COTONOIDE 13X76	UNIDADE
COMPRESSA NEUROCIRURGICA COTONOIDE 20X20	UNIDADE
COMPRESSA NEUROCIRURGICA COTONOIDE 20X75	UNIDADE
COMPRESSA NEUROCIRURGICA COTONOIDE 25X25	UNIDADE
COMPRESSA NEUROCIRURGICA COTONOIDE 25X76	UNIDADE
CONDICIONADOR ACIDO FOSFORICO 37% - EMBALAGEM C/ SERINGAS 3ML	ENVELOPE
CONJUNTO DE GASTROSTOMIA 20FR	UNIDADE
CONJUNTO DE GASTROSTOMIA 24FR	UNIDADE
CONJUNTO PARA CIRURGIA PROCTOLOGICA FERRARI	UNIDADE
COPO DOSADOR P ALEITAMENTO MATERNO 80ML	UNIDADE
CORTADOR DE UNHA ESTERELIZAVEL	UNIDADE
COVER CATH COM GUIA 2 CONJUNTO	UNIDADE
CURATIVO ESPONJA HEMOSTATICA 7,5 X 5CM	UNIDADE



Produto	Embalagem
CURATIVO HIDROCOLOIDE 7,5 X 7,5 **PEDIATRIA**	UNIDADE
DISPOSITIVO P/CIRCUNCISAO - 13MM	UNIDADE
DISPOSITIVO P/CIRCUNCISAO - 14MM	UNIDADE
DISPOSITIVO P/CIRCUNCISAO - 15MM	UNIDADE
DISPOSITIVO P/CIRCUNCISAO - 16MM	UNIDADE
DISPOSITIVO P/CIRCUNCISAO - 17MM	UNIDADE
DISPOSITIVO P/CIRCUNCISAO - 18MM	UNIDADE
DISPOSITIVO P/CIRCUNCISAO - 19MM	UNIDADE
DISPOSITIVO P/TRANSFERENCIAS DE SOLUCOES (TRANSOFIX)	UNIDADE
DRENO DE BLAKE 200ML 4.8 15FR	UNIDADE
DRENO DE BLAKE 200ML 6.4 19FR	UNIDADE
DRENO DE PENROSE ESTERIL N. 1	UNIDADE
DRENO DE PENROSE ESTERIL N. 2	UNIDADE
DRENO DE PENROSE ESTERIL N. 3	UNIDADE
DRENO DE PENROSE ESTERIL N. 4	UNIDADE
DRENO DE TORAX N 18	UNIDADE
DRENO DE TORAX N 10	UNIDADE
DRENO DE TORAX N 12	UNIDADE
DRENO DE TORAX N 14	UNIDADE
DRENO DE TORAX N 16	UNIDADE
DRENO DE TORAX N 20	UNIDADE
DRENO DE TORAX N 22	UNIDADE
DRENO DE TORAX N 24	UNIDADE
DRENO DE TORAX N 28	UNIDADE
DRENO DE TORAX N 30	UNIDADE
DRENO DE TORAX N 32	UNIDADE
DRENO DE TORAX N 34	UNIDADE
DRENO DE TORAX N.36	UNIDADE
DRENO HEMOVAC 3.2	UNIDADE
DRENO HEMOVAC N. 4.8	UNIDADE
DRENO HEMOVAC N. 6.4	UNIDADE
ELETRODO DESCARTAVEL ECG ADULTO	UNIDADE
ELETRODO DESCARTAVEL ECG INFANTIL	UNIDADE
ELETRODO DESCARTAVEL ECG NEONATAL	UNIDADE



Produto	Embalagem
ELETRODO ENDOCARDIO DE MARCAPASSO CABO 5FR	UNIDADE
ELETRODO ENDOCARDIO DE MARCAPASSO CABO 6FR	UNIDADE
EQUIPO (COMUM) SORO MACROGOTAS INJETOR LAT CAMARA GOTEJAMENT	UNIDADE
EQUIPO DE AQUECEDOR ASTOTUBE	UNIDADE
EQUIPO FOTOSENSIVEL PARA BOMBA INFUSORA	UNIDADE
EQUIPO INTERMEDIARIO C/ CLAMP 2 VIAS C/ DISP ANTIREFLUXO (POLIFIX)	UNIDADE
EQUIPO INTERMEDIARIO C/ CLAMP 4 VIAS C/ DISP ANTIREFLUXO (POLIFIX)	UNIDADE
EQUIPO INTERMEDIARIO PEDIATRICO C/ CLAMP 2 VIAS C/ DISP ANTIREFLUXO (POLIFIX PEDIATRICO)	UNIDADE
EQUIPO P/ NUTRIÇÃO ENTERAL	UNIDADE
EQUIPO P/ TRANSFUSAO DE SANGUE	UNIDADE
EQUIPO TRANSPARENTE PARA BOMBA INFUSORA	UNIDADE
ESCOVA DE LIMPEZA PARA CANAL DE BIOPSIA	UNIDADE
ESCOVA DEGERMANTE P/ ASSEPSIA C/ CLOREXIDINA	UNIDADE
ESCOVA DEGERMANTE PARA ASSEPSIA COM PVPI	UNIDADE
ESPAÇADOR UNIVERSAL ESTERIL 2 MASCARAS PED E ADULTO	UNIDADE
ESPARADRAPO IMPERMEAVEL 10CM X 4,5 M	UNIDADE
ESPECULO AURICULAR	UNIDADE
ESPONJA HEMOSTATICO ABSORVIVEL DE COLAGENO 10X20X0,2CM	UNIDADE
ESPONJA HEMOSTATICO ABSORVIVEL DE COLAGENO 3X5X0,2CM	UNIDADE
ESPONJA HEMOSTATICO ABSORVIVEL DE COLAGENO 5X10X0,2CM	UNIDADE
ESPONJA HEMOSTATICO ABSORVIVEL DE COLAGENO 8X12,5X0,2CM	UNIDADE
ESPONJA HEMOSTATICO ABSORVIVEL DE COLAGENO COM PRATA 10X10X0,2CM	UNIDADE
ESTETOSCOPIO ADULTO DUOCLINIC PROFISSIONAL INOX	UNIDADE
ESTETOSCOPIO INFANTIL	UNIDADE
EXTENSOR CATETER INFUSAO (EXTENSOR DE EQUIPO) 10FRX120CM	UNIDADE
EXTENSOR DE CONTRASTE PATIENT SET 20CM	UNIDADE
EXTENSOR DE EQUIPO 10F X 60CM	UNIDADE
EXTENSOR DE EQUIPO 3FR 20CM	UNIDADE
EXTENSOR DE EQUIPO 3FR 60CM	UNIDADE
EXTENSOR DE OXIGENIO VERDE	UNIDADE
EXTENSOR DE SERINGA DE BOMBA 3FR X 120CM (PEDIATRICO)	UNIDADE
EXTENSOR DE SERINGA DE BOMBA 3FR X 120CM FOTOSENSIVEL	UNIDADE



Produto	Embalagem
(PEDIATRICO)	
FILME DE COLÁGENO TIPO I 10X10X0,3CM	UNIDADE
FILME DE COLÁGENO TIPO I 5X5X0,3CM	UNIDADE
FILME DE COLÁGENO TIPO I 5X8X0,3CM	UNIDADE
FILME DE COLÁGENO TIPO I 7,5X7,5X0,3CM	UNIDADE
FILTRO HEPA BACTERIOL./VIRAL PARA VENTILADOR MECANICO ADULTO	UNIDADE
FILTRO HMEF NEONATAL VOLUME CORRENTE 50 ML - 250ML	UNIDADE
FILTRO HMEF PEDIATRICO VENTILADOR MECANICO 250 ML - 300ML	UNIDADE
FILTRO HMEF RN VOLUME CORRENTE 5 ML - 50ML	UNIDADE
FILTRO HMEF VENTILACAO MECANICA ADULTO C/TRAQUEIA	UNIDADE
FILTRO PARA INCUBADORAS ESTACIONÁRIAS MODELO 1186 E 2286	UNIDADE
FIO DE SUTURA POLIGLATINA 1 AG 35MM	UNIDADE
FIO GUIA PARA INTUBACAO OROTRAQUEAL (BOUGIE) 14FR	UNIDADE
FIO GUIA PARA INTUBACAO OROTRAQUEAL (BOUGIE) 15FR	UNIDADE
FIO GUIA PARA INTUBACAO OROTRAQUEAL (BOUGIE)06FR	UNIDADE
FIO GUIA PARA INTUBACAO OROTRAQUEAL (BOUGIE)10FR	UNIDADE
FIO GUIA PARA INTUBAÇÃO METALICO 06FR	UNIDADE
FIO GUIA PARA INTUBAÇÃO METALICO 10FR	UNIDADE
FIO GUIA PARA INTUBAÇÃO METALICO 14FR	UNIDADE
FIT PLUS MICROPOROSA 57MM BOLSA COLOSTOMIA	UNIDADE
FITA AUTOCLAVE 19MM X 30M	UNIDADE
FITA CARDIACA 3,5X80CM	UNIDADE
FITA CREPE HOSPITALAR 19MM X 50M	UNIDADE
FITA DE IDENTIF INSTR CIRURGICA 6,35MM AMARELA	ROLO
FITA DE IDENTIF INSTR CIRURGICA 6,35MM AZUL	ROLO
FITA DE IDENTIF INSTR CIRURGICA 6,35MM BRANCA	ROLO
FITA DE IDENTIF INSTR CIRURGICA 6,35MM LARANJA	ROLO
FITA DE IDENTIF INSTR CIRURGICA 6,35MM MARROM	ROLO
FITA DE IDENTIF INSTR CIRURGICA 6,35MM PRETA	ROLO
FITA DE IDENTIF INSTR CIRURGICA 6,35MM ROXA	ROLO
FITA DE IDENTIF INSTR CIRURGICA 6,35MM VERMELHA	ROLO
FITA DE IDENTIF INSTR CIRURGICA 6MM ROSA	ROLO
FITA MICROPORE 50MM X 10M	UNIDADE
FITA MICROPOROSA /// ESTERIL /// 5CM X 15CM	ENVELOPE



Produto	Embalagem
FITA SILICONE TAPE	UNIDADE
FIXADOR DE CANULA PARA TRAQUEOSTOMIA ADULTO	UNIDADE
FIXADOR DE CANULA PARA TRAQUEOSTOMIA INFANTIL	UNIDADE
FIXADOR DE CANULA PARA TRAQUEOSTOMIA NEONATAL	UNIDADE
FIXADOR DE TUBO OROTRAQUEAL DE POLIPROPILENO COM ESPUMA DUPLA E ADESIVO ADULTO	UNIDADE
FIXADOR SEM SUTURA PARA CATETER PICC ADULTO	UNIDADE
FIXADOR TUBO OROTRAQUEAL (ENDOTRAQUEAL) INFANTIL/PEDIATRICO	UNIDADE
FIXADOR TUBO OROTRAQUEAL (ENDOTRAQUEAL) NEONATAL	UNIDADE
FORRACAO DE CABECA SALVAPE 940-01 INFANTIL	UNIDADE
FOTOFORO HEAD SPOT II SE MMO	UNIDADE
FRALDA BIG OBESO XGG ANTI ALERGICA	UNIDADE
FRALDA DESCART. GERIATRICA TAMANHO EG	UNIDADE
FRALDA GERIATRICA P	UNIDADE
GAZE NAO ADERENTE PEDIATRIA	PACOTE
GEL P/ ELETRO 100GR	UNIDADE
GEL P/ ULTRASONOGRAFIA 100GR	UNIDADE
HASTES FLEXIVEIS COTONETES	UNIDADE
INTRODUTOR DE PUNCAO 6FR COM AGULHA	UNIDADE
INTRODUTOR DE PUNCAO 7FR COM AGULHA	UNIDADE
JARRA UMIDIFICADORA PARA BASE AQUECIDA	UNIDADE
KIT CATETER EPIDURAL 18G COM SERINGA /COMPLETO/	UNIDADE
KIT CATETER EPIDURAL MINIPACK 16G COM AGULHA /COMPLETO/	UNIDADE
KIT CATETER TENCKHOFF NEONATAL 15FR X 31CM	UNIDADE
KIT CATETER TENCKHOFF PEDIATRICO 15FR X 32CM	UNIDADE
KIT CIRURGICO DE ARTROSCOPIA	UNIDADE
KIT CIRURGICO UNIVERSAL P/CIRURGIA GERAL MULTI CAMPOS	UNIDADE
KIT CIRURGICO UROLOGICO E PARTO NORMAL	UNIDADE
KIT DE LIGADURA DE VARIZES ESOFAGICAS	UNIDADE
KIT DE PUNCAO INTRA-OSSEA BIG PEDIATRICO	UNIDADE
KIT ESCOVA DENTAL *PEDIATRICO* (FIO DENTAL + PASTA + SABORIZADA)	UNIDADE
KIT ESCOVA DENTAL ADULTO (FIO DENTAL + PASTA)	UNIDADE
KIT ESPECULO VAGINAL TAM G	UNIDADE
KIT ESPECULO VAGINAL TAM M	UNIDADE



Produto	Embalagem
KIT ESPECULO VAGINAL TAM P	UNIDADE
KIT INTERNAÇÃO SABONETE LIQUIDO 50ML SHAMPOO 50ML CONDICIONADOR 50ML HIDRATANTE 50ML PENTE E DESODORANTE ROLLON MINI	UNIDADE
KIT MICRONEBULIZADOR ADULTO // C/ ROSCA	UNIDADE
KIT MICRONEBULIZADOR PEDIATRICO // C/ ROSCA	UNIDADE
LÂMINA DE BISTURI 22	UNIDADE
LÂMINA DE BISTURI N. 10	UNIDADE
LÂMINA DE BISTURI N. 11	UNIDADE
LÂMINA DE BISTURI N. 12 CARBONO	UNIDADE
LÂMINA DE BISTURI N. 15 CARBONO	UNIDADE
LÂMINA DE BISTURI N. 20	UNIDADE
LÂMINA DE BISTURI N. 23	UNIDADE
LÂMINA DE BISTURI N. 24	UNIDADE
LÂMINA P/ TRICOTOMIZADOR	UNIDADE
LANCETA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA	UNIDADE
LANTERNA DE BOLSO CIRURGICA	UNIDADE
LENCOL DESCARTAVEL 70 CM X 50 M PAPEL	ROLO
LENCOL DESCARTAVEL C/ ELASTICO 0,9 X 2M	UNIDADE
LINHA DE AMOSTRAGEM DE 2,5 M PARA CAPNOGRAFO - EMAI	UNIDADE
LUVA CIRURGICA 7.0 SEM LATEX	PAR
LUVA CIRURGICA 8,0 SEM LATEX	PAR
LUVA CIRURGICA ESTERIL N. 6,5	PAR
LUVA CIRURGICA ESTERIL N. 7,0	PAR
LUVA CIRURGICA ESTERIL N. 7,5	PAR
LUVA CIRURGICA ESTERIL N. 8,5	PAR
LUVA CIRURGICA ESTERIL S/ PO TAM. 7,0 - PAR	PAR
LUVA CIRURGICA ESTERIL S/ PO TAM. 7,5 - PAR	PAR
LUVA CIRURGICA ESTERIL S/ PO TAM. 8,0 - PAR	PAR
LUVA CIRURGICA ESTERIL S/ PO TAM. 8,5 - PAR	PAR
LUVA NITRILICA TAMANHO G	UNIDADE
LUVA P/ PROCEDIMENTO LATEX TAM M	UNIDADE
LUVA P/ PROCEDIMENTO LATEX TAM. G	UNIDADE
LUVA P/ PROCEDIMENTO LATEX TAM. P	UNIDADE



Produto	Embalagem
LUVA VERDE DE LATEX TAM G	UNIDADE
LUVA VERDE DE LATEX TAM M	UNIDADE
MACERADOR E CORTADOR DE COMPRIMIDOS	UNIDADE
MALHA TUBULAR 10CM	ROLO
MALHA TUBULAR 15CM	UNIDADE
MALHA TUBULAR 20CM	UNIDADE
MAMADEIRA 240ML	UNIDADE
MAMADEIRA 50 ML - UNIDADE	UNIDADE
MANTA TERMICA //PEDIATRICA// FULLBODY	UNIDADE
MANTA TERMICA ALUMINIO	UNIDADE
MANTA TERMICA CORPO INTEIRO FULLBODY	UNIDADE
MANTA TERMICA INFERIOR	UNIDADE
MANTA TERMICA SUPERIOR	UNIDADE
MASCARA CIRURGICA TRIPLA DESCARTAVEL	UNIDADE
MASCARA DE ANESTESIA COM COXIM N0 (VNI)	UNIDADE
MASCARA DE ANESTESIA COM COXIM N1 (VNI)	UNIDADE
MASCARA DE ANESTESIA COM COXIM N2 (VNI)	UNIDADE
MASCARA DE ANESTESIA COM COXIM N3 (VNI)	UNIDADE
MASCARA DE ANESTESIA COM COXIM N4 (VNI)	UNIDADE
MASCARA DE ANESTESIA COM COXIM N5 (VNI)	UNIDADE
MASCARA LARINGEA 3 GERACAO N1	UNIDADE
MASCARA LARINGEA 3 GERACAO N1,5	UNIDADE
MASCARA LARINGEA 3 GERACAO N2	UNIDADE
MASCARA LARINGEA 3 GERACAO N2,5	UNIDADE
MASCARA LARINGEA 3 GERACAO N3	UNIDADE
MASCARA LARINGEA 3 GERACAO N4	UNIDADE
MASCARA LARINGEA 3 GERACAO N5	UNIDADE
MASCARA N95	UNIDADE
MATRIZ ORGANICA DE COLAGENO PURIFICADO ESPONJA 10X10X0,4CM	UNIDADE
MATRIZ ORGANICA DE COLAGENO PURIFICADO ESPONJA 5X5X0,4CM	UNIDADE
MATRIZ ORGANICA DE COLAGENO PURIFICADO ESPONJA 7,5X7,5X0,4CM	UNIDADE
MEIA DE COMPRESSAO TAMANHO (P) AES AGH 18MMHG	PAR
MICROAPLICADOR CAVIBRUSH FINO AZUL	UNIDADE
OCLUSOR COMBI RED	UNIDADE



Produto	Embalagem
OCCLUSOR TAMPA LUER C/ DISPOSITIVO ANTI REFLUXO ENTRADA PARA SERINGA	UNIDADE
OCULOS DE PROTECAO TRANSPARENTE EM ACRILICO	UNIDADE
OXIMETRO DE PULSO DE DEDO ADULTO	UNIDADE
PA ADESIVA ADULTA REANIMADOR CARDIOMAX/ISIS	PACOTE
PAPEL MILIMETRADO 58MM X 30M T-16 CARDIOVERSOR	UNIDADE
PAPEL MILIMETRADO P/ ECG 210X280MM UNIDADE (DIXTAL EP-3)	UNIDADE
PAPEL MILIMETRADO P/ ECG 80MM X 15M	UNIDADE
PAPEL USG 210MM PARA IMPRESSORA SONY MODELO991AD	UNIDADE
PEDIATRICA - FRALDA DESCART. PEDIATRICA TAM. G	UNIDADE
PEDIATRICA - FRALDA DESCART. PEDIATRICA TAM. M	UNIDADE
PEDIATRICA - FRALDA DESCART. PEDIATRICA TAM. P	UNIDADE
PEDIATRICA - FRALDA DESCART. PEDIATRICA TAM. RN	UNIDADE
PERNEIRA PNEUMATICA ATE COXA (G)	PAR
PERNEIRA PNEUMATICA ATE COXA (M)	PAR
PERNEIRA PNEUMATICA ATE COXA (P)	PAR
PINCA BASKET 2.3X2300MMX25	UNIDADE
PINCA CORPO ESTRANHO (JACARE) 2,3X230	UNIDADE
PINCA DE BIOPSIA COLONO 2,3X2,8X230 (IMAGEM)	UNIDADE
PLACA PARA BISTURI ADESIVA BIPARTIDA DESCARTAVEL 150X120MM	UNIDADE
POTE PALADON DE SILICONE COM TAMPA	UNIDADE
PRESERVATIVO SEM LUBRIFICANTE	UNIDADE
PRESILHA DE MASCARA ADULTO	UNIDADE
PRESILHA DE MASCARA INFANTIL	UNIDADE
PROTETOR AURICULAR POMP	UNIDADE
QUICKTRACH 1 C BALAO PEDIATRICO	UNIDADE
QUICKTRACH 2 C BALAO	UNIDADE
REANIMADOR MANUAL DE SILICONE C/ RESERVATORIO NEONATAL	UNIDADE
REANIMADOR MANUAL DE SILICONE MD COM RESERVATORIO ADULTO	UNIDADE
REANIMADOR MANUAL DE SILICONE MD COM RESERVATORIO PEDIATRICO	UNIDADE
RESERVATORIO DE BOLSA DE COLOSTOMIA	UNIDADE
RESTRITOR DE MEMBROS LIMB FIX ADULTO	UNIDADE
RESTRITOR DE MOVIMENTO TORAXICO	UNIDADE
RETOSIGMOIDOSCOPIO DESCARTAVEL	UNIDADE



Produto	Embalagem
SACO PARA OBITO ADULTO GG (COBRE CORPO)	UNIDADE
SACO PARA OBITO NEONATAL	UNIDADE
SACO PARA OBITO PEDIATRICO	UNIDADE
SAPATILHA DESCARTAVEL SANFONADA EM TNT (PROPE)	UNIDADE
SCALP 23 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	UNIDADE
SCALP 25 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	UNIDADE
SCALP ESTERIL DESCART. 23G // PEDIATRIA // BD	UNIDADE
SCALP ESTERIL DESCART. 25G // PEDIATRIA // BD	UNIDADE
SENSOR DE FLUXO PEDIATRICO INTERMED	
SERINGA DE ALTA PRESSAO 200ML PARA CONTRASTE	UNIDADE
SERINGA ESTERIL DESCART 50 ML LUER LOCK **BOMBA PEDIATRIA**	UNIDADE
SERINGA ESTERIL DESCART 60 ML LUER LOCK **BOMBA PEDIATRIA**	UNIDADE
SERINGA ESTERIL DESCART. 1 ML COM AGULHA E DISP SEGURANCA	UNIDADE
SERINGA ESTERIL DESCART. 10 ML S/ AGULHA LUER LOCK **PEDIATRIA**	UNIDADE
SERINGA ESTERIL DESCART. 10 ML S/ AGULHA LUER SLIP	UNIDADE
SERINGA ESTERIL DESCART. 20 ML S/ AGULHA LUER LOCK **PEDIATRIA**	UNIDADE
SERINGA ESTERIL DESCART. 20 ML S/ AGULHA LUER SLIP	UNIDADE
SERINGA ESTERIL DESCART. 3 ML S/ AGULHA LUER LOCK **PEDIATRIA**	UNIDADE
SERINGA ESTERIL DESCART. 3 ML S/ AGULHA LUER SLIP	UNIDADE
SERINGA ESTERIL DESCART. 5 ML S/ AGULHA LUER LOCK **PEDIATRIA**	UNIDADE
SERINGA ESTERIL DESCART. 5 ML S/ AGULHA LUER SLIP	UNIDADE
SERINGA ESTERIL DESCART. 60 ML S/ AGULHA COM BICO CATETER	UNIDADE
SERINGA ESTERIL DESCARTAVEL. 60 ML S/ AGULHA LUER SLIP	UNIDADE
SISTEMA DE ASP. FECHADO OROTRAQUEAL N 10	UNIDADE
SISTEMA DE ASP. FECHADO OROTRAQUEAL N 10 PEDIATRICO 41CM	UNIDADE
SISTEMA DE ASP. FECHADO OROTRAQUEAL N 5 NEO/PED 32 CM	UNIDADE
SISTEMA DE ASP. FECHADO P/ TRAQUEOSTOMIA N 10(TRACH CARE)	UNIDADE
SISTEMA DE ASP. FECHADO TRAQUEOSTOMIA N 12 (TRACH CARE)	UNIDADE
SISTEMA DE ASP. FECHADO TRAQUEOSTOMIA N 14 (TRACH CARE)	UNIDADE
SISTEMA DE ASP. FECHADO TRAQUEOSTOMIA N 16 (TRACH CARE)	UNIDADE
SISTEMA DE ASP. FECHADO TRAQUEOSTOMIA N 6 TRACH CARE	UNIDADE
SISTEMA DE ASP. FECHADO TRAQUEOSTOMIA N 6 TRACH CARE	UNIDADE
SISTEMA DE ASP. FECHADO TRAQUEOSTOMIA N 8	UNIDADE
SISTEMA DE ASP. FECHADO TRAQUEOSTOMIA N 8	UNIDADE



Produto	Embalagem
SISTEMA DE ASP. FECHADO TUBO OROTRAQUEAL N 12 (TRACK CARE)	UNIDADE
SISTEMA DE ASP. FECHADO TUBO OROTRAQUEAL N 6 (TRACK CARE) PEDIATRICO	UNIDADE
SISTEMA DE ASP. FECHADO TUBO OROTRAQUEAL N 8 (TRACK CARE) PEDIATRICO	UNIDADE
SISTEMA DE ASP.FECHADO TUBO OROTRAQUEAL N14(TRACK CARE) (NP)	UNIDADE
SISTEMA DE ASP.FECHADO TUBO OROTRAQUEAL N16 (TRACK CARE)	UNIDADE
SONDA ASP. TRAQUEAL N.10	UNIDADE
SONDA ASP. TRAQUEAL N.12	UNIDADE
SONDA ASP. TRAQUEAL N.14	UNIDADE
SONDA ASP. TRAQUEAL N.16	UNIDADE
SONDA ASP. TRAQUEAL N.18	UNIDADE
SONDA ASP. TRAQUEAL N.20	UNIDADE
SONDA ASP. TRAQUEAL N.22	UNIDADE
SONDA ASP. TRAQUEAL N.4	UNIDADE
SONDA ASP. TRAQUEAL N.6	UNIDADE
SONDA ASP. TRAQUEAL N.8	UNIDADE
SONDA END. ARAMADA C/BL. 3,5MM	UNIDADE
SONDA END. ARAMADA C/BL. 4,0MM	UNIDADE
SONDA END. ARAMADA C/BL. 4,5MM	UNIDADE
SONDA END. ARAMADA C/BL. 5,0MM WELL LEAD	UNIDADE
SONDA END. ARAMADA C/BL. 5,5MM WELL LEAD	UNIDADE
SONDA END. ARAMADA C/BL. 6,0MM WELL LEAD	UNIDADE
SONDA END. ARAMADA C/BL. 6,5MM WELL LEAD	UNIDADE
SONDA END. ARAMADA C/BL. 7,0MM WELL LEAD	UNIDADE
SONDA END. ARAMADA C/BL. 7,5MM WELL LEAD	UNIDADE
SONDA END. ARAMADA C/BL. 8,0MM WELL LEAD	UNIDADE
SONDA END. ARAMADA C/BL. 8,5MM WELL LEAD	UNIDADE
SONDA END. ARAMADA C/BL. 9,0 MM WELL LEAD	UNIDADE
SONDA END. ARAMADA C/BL. 9,5MM WELL LEAD	UNIDADE
SONDA FOLLEY ///3/// VIAS C/ BALAO N. 16	UNIDADE
SONDA FOLLEY ///3/// VIAS C/ BALAO N. 18	UNIDADE
SONDA FOLLEY ///3/// VIAS C/ BALAO N. 18	UNIDADE
SONDA FOLLEY ///3/// VIAS C/ BALAO N. 20	UNIDADE

Produto	Embalagem
SONDA FOLLEY ///3/// VIAS C/ BALAO N. 20	UNIDADE
SONDA FOLLEY ///3/// VIAS C/ BALAO N. 22	UNIDADE
SONDA FOLLEY ///3/// VIAS C/ BALAO N. 24	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS C/ BALAO N. 10	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS C/ BALAO N. 12	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS C/ BALAO N. 14 (SONDA VESICAL)	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS C/ BALAO N. 16	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS C/ BALAO N. 18	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS C/ BALAO N. 20	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS C/ BALAO N. 22	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS C/ BALAO N. 24	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS C/ BALAO N. 6	UNIDADE
SONDA MASCARA LARINGEA N. 1	UNIDADE
SONDA MASCARA LARINGEA N. 1,5	UNIDADE
SONDA MASCARA LARINGEA N. 2	UNIDADE
SONDA MASCARA LARINGEA N. 2,5	UNIDADE
SONDA MASCARA LARINGEA N. 3	UNIDADE
SONDA MASCARA LARINGEA N. 4	UNIDADE
SONDA MASCARA LARINGEA N. 5	UNIDADE
SONDA NASAL P/ ALIMENTACAO ENTERAL C/ GUIA N.10	UNIDADE
SONDA NASAL P/ ALIMENTACAO ENTERAL C/ GUIA N.12	UNIDADE
SONDA NASAL P/ ALIMENTACAO ENTERAL C/ GUIA N.6	UNIDADE
SONDA NASAL P/ ALIMENTACAO ENTERAL C/ GUIA N.8	UNIDADE
SONDA NASOFARINGEAL 3.0MM 14FR	UNIDADE
SONDA NASOFARINGEAL 4.0MM 18FR	UNIDADE
SONDA NASOFARINGEAL 5.0MM 22FR	UNIDADE
SONDA NASOFARINGEAL 6.0MM 24FR	UNIDADE
SONDA NASOFARINGEAL 7.0MM	UNIDADE
SONDA NASOFARINGEAL 7.5MM	UNIDADE
SONDA NASOFARINGEAL 8.0MM	UNIDADE
SONDA NASOGASTRICA N. 04 LONGA	UNIDADE
SONDA NASOGASTRICA N. 06 LONGA	UNIDADE
SONDA NASOGASTRICA N. 08 LONGA	UNIDADE
SONDA NASOGASTRICA N. 10 LONGA	UNIDADE



Produto	Embalagem
SONDA NASOGASTRICA N. 12 LONGA	UNIDADE
SONDA NASOGASTRICA N. 14 LONGA	UNIDADE
SONDA NASOGASTRICA N. 16 LONGA	UNIDADE
SONDA NASOGASTRICA N. 18 LONGA	UNIDADE
SONDA NASOGASTRICA N. 20 LONGA	UNIDADE
SONDA PARA ALIMENTACAO ENTERAL 24FR-2,5 GASTROSTOMIA MIC-KEY	UNIDADE
SONDA SILICONE FOLEY 06	UNIDADE
SONDA SILICONE FOLEY 08	UNIDADE
SONDA SILICONE FOLEY 10	UNIDADE
SONDA SILICONE FOLEY 12	UNIDADE
SONDA SILICONE FOLEY 14	UNIDADE
SONDA SILICONE FOLEY 16	UNIDADE
SONDA SILICONE FOLEY 16	UNIDADE
SONDA SILICONE FOLEY 18	UNIDADE
SONDA SILICONE FOLEY 20	UNIDADE
SONDA SILICONE FOLEY 22	UNIDADE
SONDA SILICONE FOLEY 24	UNIDADE
SONDA T (DRENO KEHR) N12	UNIDADE
SONDA T (DRENO KEHR) N14	UNIDADE
SONDA TUBO DE GASTROSTOMIA EM SILICONE 14FR	UNIDADE
SONDA TUBO DE GASTROSTOMIA EM SILICONE 18FR	UNIDADE
SONDA TUBO DE GASTROSTOMIA EM SILICONE 18FR	UNIDADE
SONDA TUBO PARA GASTROSTOMIA EM SILICONE 16FR	UNIDADE
SONDA TUBO PARA GASTROSTOMIA EM SILICONE 20FR	UNIDADE
SONDA TUBO PARA GASTROSTOMIA EM SILICONE 22FR	UNIDADE
SONDA TUBO PARA GASTROSTOMIA EM SILICONE 24FR	UNIDADE
SONDA URETRAL N. 04	UNIDADE
SONDA URETRAL N. 06	UNIDADE
SONDA URETRAL N. 08	UNIDADE
SONDA URETRAL N. 10	UNIDADE
SONDA URETRAL N. 12	UNIDADE
SONDA URETRAL N. 14	UNIDADE
SONDA URETRAL N. 16	UNIDADE
SONDA URETRAL N. 18	UNIDADE



Produto	Embalagem
SONDA URETRAL N. 20	UNIDADE
SUGADOR CIRURGICO DESCARTAVEL CX 40 UN.	CAIXA
SUPORTE PARA CIRURGIA DE COLUNA	UNIDADE
SWAB DE ALCOOL 8,7 CM X4,5 CM - UNIDADE / SACHE	SACHE
TALA IMOBILIZADORA DE PERNA AD KIT COM 10 (KIT SPLIT)	UNIDADE
TALA IMOBILIZADORA DE PERNA INF KIT COM 10 (KIT SLIPT INFANTIL)	UNIDADE
TALA IMOBILIZADORA EVA COM 4 (TALA ARAMADA)	UNIDADE
TALA METALICA P IMBOLIZACAO 16X180	UNIDADE
TALA METALICA P IMOBILIZACAO 12X250	UNIDADE
TAMPA OCLUSOR P/ Sonda FOLEY URO-STOP	UNIDADE
TAMPAO VAGINAL ESTERIL	UNIDADE
TELA HEMOSTATICA	UNIDADE
TERMO HIGROMETRO	UNIDADE
TERMOMETRO CLINICO DIGITAL	UNIDADE
TERMOMETRO DE GELADEIRA	UNIDADE
TIRA P/AFERICAO GLICEMIA CAPILAR HGT ON CALL	UNIDADE
TOALHA PRE ENSABOADA PARA BANHO 20X20CM INDIVIDUAL	UNIDADE
TORNEIRINHA 3 VIAS	UNIDADE
TOUCA DESCARTAVEL EM TNT SANFONADA PARA CABELOS VOLUMOSOS	UNIDADE
TRANSDUTOR DE PAM DESCARTAVEL (9504 T)	UNIDADE
TRANSDUTOR MONITORIZACAO PAM GABMED TP00971	UNIDADE
TRANSDUTOR PRESSAO INVASIVA DESCART DT4812	UNIDADE
TRANSFER FILL 2 VIAS	UNIDADE
TRAVESSEIRO HOSPITALAR	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL C/BALAO N. 2,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL C/BALAO N. 3	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL C/BALAO N. 3,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL C/BALAO N. 4,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL C/BALAO N. 4,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL C/BALAO N. 5,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL C/BALAO N. 5,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL C/BALAO N. 6,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL C/BALAO N. 6,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL C/BALAO N. 7,0	UNIDADE



Produto	Embalagem
TUBO ENDOTRAQUEAL C/BALAO N. 7,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL C/BALAO N. 8,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL C/BALAO N. 8,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL C/BALAO N. 9,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL C/BALAO N. 9,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL S/BALAO N. 2	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL S/BALAO N. 2,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL S/BALAO N. 3,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL S/BALAO N. 3,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL S/BALAO N. 4,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL S/BALAO N. 4,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL S/BALAO N. 5,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL S/BALAO N. 5,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL S/BALAO N. 6,0	UNIDADE
TUBO LARINGEO C/ASPIRACAO N0	UNIDADE
TUBO LARINGEO C/ASPIRACAO N1	UNIDADE
TUBO LARINGEO C/ASPIRACAO N2	UNIDADE
TUBO LARINGEO C/ASPIRACAO N2,5	UNIDADE
TUBO LARINGEO C/ASPIRACAO N3	UNIDADE
TUBO LARINGEO C/ASPIRACAO N4	UNIDADE
TUBO LARINGEO C/ASPIRACAO N5	UNIDADE
URINOL MASCULINO PAPAGAIO PLASTICO 1000ML PATINHO	UNIDADE
VALVULA FONATORIA 15MM	UNIDADE

• **Medicamentos**

PRODUTO	EMBALAGEM
ACETILCISTEINA 100MG/ML 3ML	AMPOLA
ACETILCISTEÍNA 600 MG GRANULADO 5G	ENVELOPE
ACICLOVIR 50MG/G 10G CREME	BISNAGA
ACICLOVIR, SODICO 250 MG	FRASCO AMPOLA
ACIDO ACETILSALICILICO 100MG	COMPRIMIDO
ACIDO ACETILSALICILICO 500MG (NAO PADRAO)	COMPRIMIDO
ACIDO ASCORBICO 100MG/ML 5ML AMP	AMPOLA
ACIDO FOLICO 5 MG CP	COMPRIMIDO



PRODUTO	EMBALAGEM
ACIDO HIALURONICO 2% 30G	BISNAGA
ACIDO TRANEXAMICO 50 MG/ML 5ML AMP	AMPOLA
ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS 100ML (AGE)	FRASCO
ADENOSINA 3 MG/ML 2 ML AMP	AMPOLA
ÁGUA DESTILADA P/ INJECAO - AMPOLA 10 ML	AMPOLA
ÁGUA DESTILADA P/ INJECAO SISTEMA FECHADO - FRASCO 250 ML	FRASCO
ÁGUA OXIGENADA 10 VOL 100ML	ALMOTOLINA
ÁGUA PARA INJETAVEIS 1000ML	FRASCO
ÁGUA PARA INJETAVEIS 500ML	FRASCO
ALBENDAZOL 40MG/ML 10ML SOLUCAO ORAL	FRASCO
ALBUMINA HUMANA 20% SOLUCAO INJETAVEL - FRASCO-AMPOLA 50 ML	FRASCO AMPOLA
ALCOOL 70% 1000ML	FRASCO
ALCOOL 70% 100ML	ALMOTOLINA
ALOPURINOL 100MG	COMPRIMIDO
ALPRAZOLAM 0,5MG	COMPRIMIDO
ALTEPLASE 50MG+DILUENTE 50 ML F/A	FRASCO AMPOLA
AMBROXOL, CLORI. 6MG/ML XAROPE ADULTO 120ML	FRASCO
AMICACINA, SULFATO 250MG/ML 2ML AMP	AMPOLA
AMINOFILINA 24MG/ML 10ML AMP	AMPOLA
AMIODARONA 200 MG CP	COMPRIMIDO
AMIODARONA, CLOR. 50 MG/ML 3ML AMP	AMPOLA
AMITRIPTILINA, CLOR. 25MG	COMPRIMIDO
AMOXICILINA (1G) +CLAVULANATO DE POTASSIO (200MG) F/A	FRASCO AMPOLA
AMOXICILINA +CLAVULANATO 250MG/5ML 75ML	FRASCO
AMPICILINA 1G INJETAVEL FR/AMP	FRASCO AMPOLA
ANFOTERICINA B 50 MG INJETAVEL - FRASCO-AMPOLA	FRASCO AMPOLA
ANLODIPINO 5 MG - COMPRIMIDO	COMPRIMIDO
ARTICAINA+EPINEFRINA 72MG+18UI	TUBO
ATENOLOL 25 MG CP	COMPRIMIDO
ATROPINA, SULFATO 0,25MG/ML 1ML AMP	AMPOLA
ATROPINA, SULFATO 10 MG/ML SOLUCAO OFTALMICA - FR 5 ML	FRASCO
AZITROMICINA 200MG/5ML 15ML	FRASCO
AZITROMICINA 500 MG - COMPRIMIDO	COMPRIMIDO
AZUL DE METILENO CORANTE 0,01%	SERINGA



PRODUTO	EMBALAGEM
BAMIFILINA 300 MG CP	COMPRIMIDO
BECLOMETASONA, DIPROPIONATO 50MCG/DOSE AEROSOL - PUFF	FRASCO
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000UI F/A	FRASCO AMPOLA
BICARBONATO DE SODIO 8,4% 10ML	AMPOLA
BICARBONATO DE SODIO 8,4% 250ML	FRASCO
BISACODIL 5MG CP	COMPRIMIDO
BISOPROLOL 1,25MG	COMPRIMIDO
BISOPROLOL 2,5MG (NAO PADRAO)	COMPRIMIDO
BROMOPRIDA 4MG/ML SOL. ORAL 20ML	FRASCO
BROMOPRIDA 5MG/ML 2ML AMP	AMPOLA
BUDESONIDA 0,50MG/ML 2ML FLAC	FLACONETE
BUPIVACAINA CLOR 0,5% + GLICOSE 8% 4ML SOL. INJETAVEL	FRASCO AMPOLA
BUPIVACAINA ISOBARICA 0,5% (20MG/4ML)	FRASCO AMPOLA
CAPTOPRIL 25 MG - COMPRIMIDO	COMPRIMIDO
CAPTOPRIL 50MG CP	COMPRIMIDO
CARBAMAZEPINA 200MG CP	COMPRIMIDO
CARBOMERO 2MG/G +SORBITOL 10G GEL OFTALMICO	TUBO
CARBONATO DE CALCIO 500MG CP	COMPRIMIDO
CARBOXIMALTOSE FERRICA 50MG/ML 10ML	FRASCO
CARVAO ATIVADO ENV 10G	ENVELOPE
CARVEDILOL 12,5MG CP	COMPRIMIDO
CARVEDILOL 3,125 MG - COMPRIMIDO	COMPRIMIDO
CEFALOTINA 1G F/A	FRASCO AMPOLA
CEFAZOLINA 1G F/A	FRASCO AMPOLA
CEFEPIMA 1G F/A	FRASCO AMPOLA
CEFTAZIDIMA 2000MG + AVIBACTAM 500MG F/A (NAO PADRAO)	FRASCO
CEFTRIAXONA 1G F/A (EV)	FRASCO AMPOLA
CEFUROXIMA SODICA 750MG F/A	FRASCO AMPOLA
CETOCONAZOL 2% CREME 30G	BISNAGA
CETOPROFENO 100MG IV F/A	FRASCO AMPOLA
CICLOSSILICATO DE ZIRCONIO SODICO HIDRATADO 5G	SACHE
CILOSTAZOL 100 MG CP	COMPRIMIDO
CINARIZINA 75MG CP	COMPRIMIDO
CIPROFLOXACINO, CLOR. 2MG/ML 100ML	BOLSA



PRODUTO	EMBALAGEM
CISATRACURIO, BESILATO 2MG/ML 5ML AMP	AMPOLA
CLARITROMICINA 500MG F/A	AMPOLA
CLINDAMICINA 150MG/ML 4ML AMP	AMPOLA
CLONAZEPAM 0,5 MG CP	COMPRIMIDO
CLONIDINA 0,100MG CP	COMPRIMIDO
CLONIDINA 150MCG/ML 1ML AMP	AMPOLA
CLOPIDOGREL 75 MG CP	COMPRIMIDO
CLORETO DE POTASSIO 10% 10ML	AMPOLA
CLORETO DE SODIO 0,9% 1000ML	FRASCO
CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML	FRASCO
CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML	AMPOLA
CLORETO DE SODIO 0,9% 250ML	FRASCO
CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML	FRASCO
CLORETO DE SODIO 20% 10ML	AMPOLA
CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% 100 ML	ALMOTOLINA
CLOREXIDINA AQUOSA 0,2% 100ML	ALMOTOLINA
CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% 100 ML	ALMOTOLINA
CLOREXIDINA, DICLONATO 0,12% SOLUCAO BUCAL 250 ML	FRASCO
CLORPROMAZINA 25MG CP	COMPRIMIDO
CLORPROMAZINA 5MG/ML 5ML AMP	AMPOLA
CODEINA FOSFATO 30MG CP	COMPRIMIDO
COLAGENASE 0,6U/G POMADA 30G	BISNAGA
CONTRASTE NAO IONICO 50ML	FRASCO
DANTROLENO SODICO 20MG	FRASCO AMPOLA
DAPAGLIFLOZINA 10MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO
DESLANOSIDEO 0,2MG/ML 2ML AMP	AMPOLA
DEXAMETASONA 1MG/G (1%) CREME 10G	BISNAGA
DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML AMP	AMPOLA
DEXCLORFENIRAMINA 2MG CP	COMPRIMIDO
DEXMEDETOMIDINA 100MCG/ML 2ML (PRECEDEX)	FRASCO AMPOLA
DEXTRANA+HIPROMELOSE COLÍRIO 15ML	FRASCO
DIAZEPAM 5MG CP	COMPRIMIDO
DIAZEPAM 5MG/ML 2ML AMP	AMPOLA
DIETA PARENTERAL 1026ML (AMINOACIDO+GLICOSE+LIPIDIO)	BOLSA



PRODUTO	EMBALAGEM
DIETA PARENTERAL 2053ML	BOLSA
DIFENIDRAMINA CLORIDRATO 50MG/ML 1ML	AMPOLA
DIMENIDRATO 3MG/ML + PIRIDOXINA 5MG/ML - 10ML	AMPOLA
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML / 2ML AMP	AMPOLA
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML SOLUCAO ORAL GOTAS - FRASCO 10 ML	FRASCO
DIPIRONA SODICA 500MG - COMPRIMIDO	COMPRIMIDO
DOBUTAMINA, CLOR. 12,5MG/ML 20ML AMP	AMPOLA
DOLUTEGRAVIR 50MG CP	COMPRIMIDO
DOMPERIDONA 10MG	COMPRIMIDO
DOPAMINA 5MG/ML 10ML AMP	AMPOLA
DROPERIDOL 2,5MG/ML 1ML AMP	AMPOLA
EFEDRINA, SULFATO 50 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL - AMPOLA 1 ML	AMPOLA
ENALAPRIL 10MG CP	COMPRIMIDO
ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML	SERINGA
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML	SERINGA
EPINEFRINA 1MG/ML 1ML AMP	AMPOLA
ERITROPOETINA 4000UI F/A	FRASCO AMPOLA
ESCETAMINA CLOR. 50MG/ML 2ML	AMPOLA
ESCINA 10MG/G + SALICILATO DE DIETILAMONIO 50MG/G 30G	BISNAGA
ESCITALOPRAM 10 MG	COMPRIMIDO
ESCOPOLAMINA, BUTIL. 20MG/ML 1ML AMP	AMPOLA
ESMOLOL CLOR. 10MG/ML - 10ML	AMPOLA
ESPIRONOLACTONA 25MG CP	COMPRIMIDO
ETILEFRINA 10MG/ML 1ML	AMPOLA
ETOMIDATO 2MG/ML 10ML AMP	AMPOLA
FENILEFRINA CLORIDRATO 10MG/ML 1ML	AMPOLA
FENITOINA 100MG CP	COMPRIMIDO
FENITOINA 50 MG/ML 5ML AMP	AMPOLA
FENOBARBITAL 100MG	COMPRIMIDO
FENOBARBITAL SODICO 40 MG/ML SOLUCAO ORAL GOTAS - FRASCO 20 ML	FRASCO
FENOTEROL 100MCG/DOSE 10ML	FRASCO
FENTANILA 0,05MG/ML 2ML AMP	AMPOLA
FENTANILA 50MCG/ML 5ML	AMPOLA
FENTANILA, CITRATO 0,05MG/ML 10 ML F/A	FRASCO AMPOLA



PRODUTO	EMBALAGEM
FINASTERIDA 5MG	COMPRIMIDO
FITOMENADIONA 10MG/ML IM/SC 1ML AMP	AMPOLA
FLUCONAZOL 2 MG/ML 100 ML BOLSA	BOLSA
FLUMAZENIL 0,1MG/ML 5ML AMP	AMPOLA
FUROSEMIDA 10MG/ML 2ML AMP	AMPOLA
FUROSEMIDA 40MG CP	COMPRIMIDO
GABAPENTINA 300MG CP	COMPRIMIDO
GENTAMICINA 40MG/ML 2ML AMP	AMPOLA
GLIBENCLAMIDA 5MG CP	COMPRIMIDO
GLICEROL 12% ENEMA 500ML	FRASCO
GLICOSE 5% 100ML	FRASCO
GLICOSE 5% 250ML	FRASCO
GLICOSE 5% 500ML	FRASCO
GLICOSE HIPERTONICA 25% 10ML	AMPOLA
GLICOSE HIPERTONICA 50% 10ML	AMPOLA
HALOPERIDOL 1MG	COMPRIMIDO
HALOPERIDOL 5MG (NAP PADRAO)	COMPRIMIDO
HALOPERIDOL 5MG/ML 1ML	AMPOLA
HEPARINA 5.000UI /0,25ML AMP	AMPOLA
HEPARINA 5000UI/ML 5ML F/A	FRASCO AMPOLA
HIDRALAZINA 20MG/ML 1ML AMP	AMPOLA
HIDRALAZINA 25MG CP	COMPRIMIDO
HIDROCLOROTIAZIDA 25MG CP	COMPRIMIDO
HIDROCORTISONA 100MG F/A	FRASCO AMPOLA
HIDROCORTISONA 500MG F/A	FRASCO AMPOLA
HIDROXIDO DE ALUMINIO 37MG/ML + HIDROXIDO DE MAGNESIO 40MG/ML + SIMETICONA 5MG/ML 240ML (NAO PADRAO)	FRASCO
HIDROXIDO FERRICO, SACARATO 100MG/5ML AMP	AMPOLA
HIDROXIETILAMIDO 6% SOLUCAO INJETAVEL - BOLSA 500 ML	BOLSA
IBUPROFENO 50MG/ML SUSP ORAL 30ML	FRASCO
INSULINA HUMANA NPH 100 UI/ML 10ML	FRASCO AMPOLA
INSULINA HUMANA REGULAR 100 UI/ML 10ML	FRASCO AMPOLA
IPRATROPIO 0,25MG/ML 20 ML	FRASCO
ISOSSORBIDA, DINITRATO 5MG CP SL	COMPRIMIDO



PRODUTO	EMBALAGEM
ISOSSORBIDA, MONONITRATO 20MG CP	COMPRIMIDO
IVERMECTINA 6MG	COMPRIMIDO
LACTULOSE 667 MG/ML XAROPE 120 ML	FRASCO
LEVOBUPIVACAÍNA, CLOR. 0,5% 20ML S/V	FRASCO
LEVOFLOXACINO 500MG (NAO PADRAO)	COMPRIMIDO
LEVOFLOXACINO 5MG/ML 100ML	BOLSA
LEVONORGESTREL 1,5MG COMP	COMPRIMIDO
LEVOTIROXINA SODICA 25 MCG - CP	COMPRIMIDO
LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG - CP	COMPRIMIDO
LIDOCAINA 1% 20ML S/VASO	FRASCO
LIDOCAINA 10% SPRAY 50ML	FRASCO
LIDOCAINA, CLOR. 20MG/G (2%) GEL	BISNAGA
LIDOCAINA, CLOR. 20MG/G (2%) GEL + SERINGA PREENHIDA 10G	TUBO
LIDOCAINA, CLOR. S/V 20MG/ML (2%) 5ML AMP	AMPOLA
LIDOCAINA, CLOR. S/V 20MG/ML 20ML F/A	FRASCO AMPOLA
LINEZOLIDA 2MG/ML 300ML	BOLSA
LOPERAMIDA 2MG CP	COMPRIMIDO
LORATADINA 1MG/ML 100ML	FRASCO
LORATADINA 1MG/ML 100ML	FRASCO
LOSARTANA POTASSICA 50 MG - CP	COMPRIMIDO
MANITOL + SORBITOL 1000ML	FRASCO
MANITOL 200MG/ML 20% 250ML	FRASCO
MEROPENEM 500MG F/A	FRASCO AMPOLA
METADONA 10MG	COMPRIMIDO
METFORMINA 500MG CP	COMPRIMIDO
METFORMINA 850MG CP	COMPRIMIDO
METILPREDNISOLONA, ACETATO 40MG/ML - 2ML F/A	FRASCO AMPOLA
METILPREDNISOLONA, SUCCINATO 125MG F/A	FRASCO AMPOLA
METOCLOPRAMIDA, CLOR. 5MG/ML 2ML AMP	AMPOLA
METOPROLOL 25 MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO
METRONIDAZOL 250 MG - CP	COMPRIMIDO
METRONIDAZOL 5MG/ML 100ML	BOLSA
MICAFUNGINA 50 MG	FRASCO
MIDAZOLAM 1MG/ML 5ML AMP	AMPOLA



PRODUTO	EMBALAGEM
MIDAZOLAM 5MG/ML 10ML AMP	AMPOLA
MIDAZOLAM 5MG/ML 3ML AMP	AMPOLA
MILRINONA, LACTATO 1MG 10ML	AMPOLA
MORFINA 0,2MG/ML 1ML AMP	AMPOLA
MORFINA 10MG/ML 1ML AMP	AMPOLA
MORFINA 1MG/ML 2ML	AMPOLA
NALOXONA, CLOR. 0,4MG/ML 1ML AMP	AMPOLA
NEOMICINA, SULFATO 5MG/G+ BACITRACINA ZINCICA 250 UI/G 15G	BISNAGA
NEOSTIGMINA 0,5MG/ML 1ML AMP	AMPOLA
NIFEDIPINO 10 MG - COMPRIMIDO	COMPRIMIDO
NIMODIPINO 30MG	COMPRIMIDO
NISTATINA 100.000UI/ML SUSPENSAO ORAL 50ML	FRASCO
NISTATINA 25000UI/G CREME VAGINAL 60G	BISNAGA
NITROPRUSSETO 25MG/ML 2ML F/A	FRASCO AMPOLA
NOREPINEFRINA, HEMITRATARATO 2 MG/ML SOL. INJETAVEL - AMP 4 ML	AMPOLA
OLEO MINERAL PURO 100ML	FRASCO
OLIGOELEMENTOS 2ML (ZINCO 2,5MG, COBRE 0,8MG, MANGANES 0,4MG, CR10MCG)	FRASCO AMPOLA
OMEPRAZOL 20MG CP	COMPRIMIDO
OMEPRAZOL 40MG F/A	FRASCO AMPOLA
ONDANSETRONA, CLORIDRATO 2 MG/ML INJETAVEL - AMPOLA 2 ML	AMPOLA
OXACILINA 500 MG INJETAVEL - FRASCO-AMPOLA	FRASCO AMPOLA
OXIDO DE ZINCO + VITAMINA A +VITAMINA D 45G	BISNAGA
PANTOPRAZOL 40MG F/A	FRASCO AMPOLA
PARACETAMOL 200 MG/ML SOLUCAO ORAL - FRASCO 15 ML	FRASCO
PARACETAMOL 500 MG - COMPRIMIDO	COMPRIMIDO
PARECOXIBE SODICO 40MG	FRASCO AMPOLA
PERMETRINA 1% 10MG/ML 60ML	FRASCO
PIPERACILINA 4G + TAZOBACTAM 500MG	FRASCO/AMPOLA
POLIDOCANOL 0,5% 10ML	FRASCO AMPOLA
POLIDOCANOL 3% 10ML	FRASCO AMPOLA
POLISTIRENOSSULFONATO DE CALCIO 900MG/G 30G	UNIDADE
POLIMIXINA B 500.000UI/FA	FRASCO/AMPOLA
PREDNISOLONA 3MG/ML 60ML	FRASCO



PRODUTO	EMBALAGEM
PREDNISONA 20 MG	COMPRIMIDO
PROMETAZINA 25MG	COMPRIMIDO
PROMETAZINA, CLORIDRATO 25 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL - AMPOLA 2 ML	AMPOLA
PROPOFOL 10 MG/ML EMULSAO INJETAVEL - AMPOLA 20 ML	AMPOLA
PROPOFOL 10 MG/ML EMULSAO INJETAVEL - SERINGA 50ML	SERINGA
PROPRANOLOL, CLORIDRATO 40 MG - COMPRIMIDO	COMPRIMIDO
PROTAMINA 10MG/ML 5ML	AMPOLA
QUETIAPINA 25 MG	COMPRIMIDO
REMIFENTANILA, CLORIDRATO 2 MG INJETAVEL - FRASCO-AMPOLA	FRASCO AMPOLA
RIFAMPICINA 150MG+ISONIAZ.75MG+PIRAZINAM.400MG+ETAMB 275MG	COMPRIMIDO
RINGER + LACTATO DE SODIO SOLUCAO INJETAVEL SISTEMA FECHADO - FRASCO 500 ML	FRASCO
RISPERIDONA 1MG	COMPRIMIDO
RIVAROXABANA 10MG	COMPRIMIDO
ROCURONIO, BROMETO 10 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL - FRASCO-AMPOLA 5 ML	FRASCO AMPOLA
ROPIVACAINA CLOR. 10MG/ML 20ML (1%)	FRASCO AMPOLA
ROPIVACAINA CLOR. 2MG/ML 20ML (0,2%)	FRASCO AMPOLA
ROPIVACAINA CLOR. 7,5MG/ML 20ML (0,75%)	FRASCO/AMPOLA
SACCHAROMYCES BOULARDI 200MG PO ORAL 1G	ENVELOPE
SALBUTAMOL 0,5MG/1ML AMP	AMPOLA
SALBUTAMOL 100MCG / DOSE AEROSOL ORAL - FRASCO 200 DOSES	FRASCO
SALIVA ARTIFICIAL 50ML	FRASCO
SELANTE DE FIBRINA 2ML	FRASCO
SEVOFLURANO LIQUIDO INALANTE - FRASCO 100 ML	FRASCO
SEVOFLURANO LIQUIDO INALANTE - FRASCO 250 ML	FRASCO
SIMETICONA 40MG	COMPRIMIDO
SIMETICONA 75 MG/ML SUSPENSÃO ORAL GOTAS - FRASCO 15 ML	FRASCO
SINVASTATINA 20MG	COMPRIMIDO
SUBGALATO DE BISMUTO ENV 10G	ENVELOPE
SUGAMADDEX SODICO 100MG/ML 2ML	FRASCO/AMPOLA
SULFADIAZINA DE PRATA 10MG/G 1% CREME 50G	BISNAGA
SULFAMETOXAZOL 400MG+ TRIMETOPRIMA 80MG AMPOLA	AMPOLA



PRODUTO	EMBALAGEM
SULFAMETOXAZOL 400MG+ TRIMETOPRIMA 80MG CP	COMPRIMIDO
SULFATO DE MAGNESIO 10% SOLUCAO INJETAVEL - AMPOLA 10 ML	AMPOLA
SULFATO FERROSO 125MG/ML 30ML	FRASCO
SULFATO FERROSO 40MG	COMPRIMIDO
TANSULOSINA 0,4MG CLOR.	COMPRIMIDO
TEICOPLANINA 200 MG (NAO PADRAO)	FRASCO AMPOLA
TEICOPLANINA 400MG	FRASCO/AMPOLA
TENOFORVIR 300MG+LAMIVUDINA 300MG	COMPRIMIDO
TENOXICAM 20MG EV F/A	FRASCO AMPOLA
TIAMINA 100MG/ML AMPOLA IM/IV	AMPOLA
TIAMINA 300MG CP	COMPRIMIDO
TRAMADOL 50MG/ML 2 ML (NAO PADRAO)	AMPOLA
TRAMADOL, CLORIDRATO 50 MG/ML 1 ML AMP	AMPOLA
TRIANCINOLONA 20MG/ML 1ML	AMPOLA
TRIANCINOLONA ACETONIDA 1MG/G 10G	BISNAGA
TROMETAMOL CETOROLACO 30MG/ML	AMPOLA
VALPROATO DE SODIO 250MG/5ML 100ML	FRASCO
VALPROATO DE SODIO 500MG	COMPRIMIDO
VANCOMICINA, CLORIDRATO 500 MG INJETAVEL - FRASCO-AMPOLA	FRASCO AMPOLA
VARFARINA 5MG	COMPRIMIDO
VASELINA SOLIDA 30G	BISNAGA
VASOPRESSINA 20 UI/ML SOLUCAO INJETAVEL - AMPOLA 1ML	AMPOLA
VITAMINA DO COMPLEXO B 2ML AMPOLA	AMPOLA

3.4.5. APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E MANUTENÇÃO PREDIAL

As contratações de prestação de serviços do FAS para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial serão regidas pelos princípios básicos da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e economicidade, com busca permanente de qualidade, bem como pelo respeito de sua adequação aos seus objetivos.

Ainda que a proposta escolhida para a contratações de serviços não seja efetivamente a mais econômica a curto prazo, mas demonstre ser a melhor opção a longo prazo, levando-se em conta sua qualidade comprovada (melhor custo/benefício a longo prazo), estará o FAS respeitando o princípio da economicidade e, sobretudo, o princípio da eficiência.

O procedimento de contratação dos serviços compreende o cumprimento das etapas



especificadas a seguir:

- Solicitação, pelo responsável direto, da contratação de serviço, indicando motivo da solicitação/necessidade e aplicabilidade e descrição do serviço;
- Encaminhamento da solicitação ao Gerente responsável pela área de contratações, que poderá ser por meio eletrônico (e-mail);
- A Gerência responsável pela área de contratações dará início do procedimento externo para a contratação, de acordo com a modalidade, realizando as pesquisas de preço ou publicação de Edital, conforme o caso;
- A Gerência responsável pela área de contratações irá receber, avaliar e julgar as propostas;
- Havendo dúvidas, a Gerência responsável pela área de contratações deverá encaminhar questionamentos, pedidos de esclarecimentos ou documentos complementares aos fornecedores;
- Com a definição da melhor proposta, a Gerência responsável pela área de contratações encaminhará os dados e parâmetros para a formalização do Contrato;
- O processo de contratação será encaminhado para o Diretor Administrativo com todos os documentos apresentados, inclusive o Contrato a ser assinado, quando aplicável;
- Publicação no site ou por e-mail da FAS do resultado da seleção do "Fornecedor".

A Gerência responsável pela área de contratações deverá selecionar criteriosamente os "Fornecedores" que participarão das modalidades de contratações, considerando sua idoneidade, a qualidade do serviço e custo total a longo prazo, além da garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso.

Para fins de julgamento, considera-se menor custo total a longo prazo, aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre tantos outros possíveis, exemplificativamente, os seguintes critérios:

- Custos de transporte e seguro, quando houver;
- Forma de pagamento;
- Custos para operação da prestação de serviço, eficiência e compatibilidade;
- Credibilidade mercadológica da empresa proponente;
- Disponibilidade de serviços;
- Eventual necessidade de treinamento de pessoal;
- Diferenciais de nível de serviço.

Os contratos firmados estabelecerão, com clareza e precisão, ao menos:

- Qualificação das partes;
- Objeto;



- Valor;
- Condições para a sua execução;
- Obrigações e responsabilidades das partes;
- Prazo de vigência.

Avaliação da prestação de serviços:

Os prestadores de serviço, serão avaliados conforme os critérios a seguir.

- Para a locação de mão obra terceirizada, devem ser entregues mensalmente as comprovações no pagamento de salários e seus encargos. No caso de obras ou reformas, deve haver a apresentação de todos os documentos e seguros pertinentes;
- Relacionamento e Comunicação: Facilidade de comunicação e rápido retorno quando acionado para a resolução de problemas ou esclarecimento de questionamentos;
- Qualidade dos Serviços Prestados: Realização das atividades, com qualidade, seguindo o escopo e prazos previstos em contrato;
- Avaliação técnica: No caso de serviços técnicos realizados, haverá posterior avaliação técnica para constatar a conformidade do serviço prestado.

Os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial deverão seguir os pré-requisitos da norma ISO 9001, que tem como objetivo garantir a qualidade no atendimento aos requisitos estabelecidos pelo cliente, seja na prestação de serviços ou na fabricação de produtos.

Os pré-requisitos que devem ser observados são:

- A empresa deve estar formalizada, possuir um CNPJ;
- Atendimento à legislação pertinente ao seu negócio;
- Implementação de 6(seis) procedimentos obrigatórios:
 - controle de documentos;
 - controle de registros;
 - ação preventiva;
 - ação corretiva;
 - controle de produtos não conformes e auditoria interna);
 - Implementação do manual da qualidade, política e objetivos da qualidade;
- Mapeamento e interação entre processos.

3.4.5.1. Limpeza Hospitalar Especial

Limpeza em Serviços de Saúde é a atividade desenvolvida que objetiva realizar e promover a higienização, conservação e desinfecção dos ambientes das instituições de saúde e das superfícies fixas e móveis das unidades, de forma a remover inclusive pragas, por meios físicos, químicos ou mecânicos, promovendo o bem-estar dos pacientes, acompanhantes, visitantes, colaboradores e demais pessoas que transitam nesses ambientes.

As superfícies objeto da higienização nas Unidades de Pronto Atendimento compreendem as



diversas áreas, incluindo tetos, pisos, paredes, divisórias, portas, janelas, mobiliários, equipamentos, instalações sanitárias, grades do ar condicionado e/ ou exaustor, como as demais áreas.

O plano de higienização da unidade se baseará a partir das atividades:

- Limpeza de Áreas críticas: são as áreas que oferecem maior risco de transmissão de infecções, ou seja, áreas que realizam um grande número de procedimentos invasivos e/ou que possuem pacientes de alto risco com sistema imunológico comprometido, ou ainda, aquelas áreas que por suas especificidades necessitam que seja minimizada a presença de microrganismos patogênicos, tais como Central de Material e Esterilização, Isolamento, Expurgos, Laboratório de Análises Clínicas, áreas de preparo e manipulação de alimentos, Salas de Procedimentos Invasivos, Farmácia, área suja de Rouparia, Necrotério e similares.
- Limpeza de Áreas Semicríticas: são áreas ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas, tais como: Sala de Triagem e SADT e similares.
- Limpeza de Áreas Não-críticas: são áreas ocupadas ou não por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção, tais como Refeitórios, área limpa de Rouparia e similares.
- Limpeza Concorrente: trata-se da limpeza realizada diariamente de forma a manter/ conservar os ambientes isentos de sujidade e risco de contaminação. Por exemplo, nas salas de procedimentos invasivos a limpeza concorrente será realizada imediatamente após cada procedimento e sempre que necessário.
- Limpeza Terminal: em leitos de internação será realizada a qualquer momento, após alta, transferência ou óbito ou em períodos programados. Nas salas de procedimentos invasivos, a limpeza terminal será realizada ao término da programação cirúrgica, diária ou semanal, de acordo com a definição da Unidade Assistencial de Saúde.
- Controle de Pragas: atividade de combate aos insetos, aracnídeos e mamíferos peçonhentos em todas as áreas internas e externas das unidades assistenciais de saúde, especialmente as baratas, cupins, formigas, lagartas, moscas, mosquitos, pernilongos (*aedes aegypti*), aracnídeos (aranhas, carrapatos, escorpiões), mamíferos (camundongos, ratos, ratazanas, morcegos) que se desenvolve por meio das desinsetização, desratização e descumpinização realizadas por pessoal devidamente preparado e equipado para esta finalidade. Tal atividade se faz de forma planejada em período mensal nas áreas de alimentação e a cada três meses nas demais áreas construídas, internas e externas, observando cronograma de ações.

- **Forma de Ingresso na Equipe Terceirizada**

Considerando os papéis e habilidades que são atribuídos aos profissionais da Higienização, a proposta para o ingresso dos membros da equipe é sempre de muito cuidado para assegurar o padrão de Qualidade que se quer para o serviço, onde se observa as fases seguintes:

- **Qualificação:** Esta atividade visa melhorar a qualificação do trabalhador, capacitando-o para o exercício da função, incentivando maior participação e engajamento organizacional e estimulando a criatividade, compromisso e inovação do servidor, objetivando padronizar o processo de trabalho de cada setor, além de aprimorar a qualidade de atendimento dos serviços, aliando-os à Política de Gestão da Unidade Assistencial de Saúde.
- **Verificação da Qualidade:** A verificação de Qualidade do Serviço terá procedimentos específicos inclusive em visitas técnicas periódicas definidas junto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Coordenadores. Mediante “check list” serão avaliadas as atividades como: pesquisa de satisfação aos pacientes perante o serviço de atendimento, cumprimento do cronograma, cumprimento das suas atividades de rotina, presença nos pontos de serviços determinados, uso de equipamento de comunicação manual e eletrônico, bem como apresentação pessoal e com uso correto do uniforme. Os indicadores levantados acima descritos serão apresentados em relatórios ao responsável da Unidade.
- **Gestão Sustentável:** O uso de produtos e procedimentos de Gestão Sustentável, obedecendo aos critérios do “Green Cleaning” ou “limpeza ecologicamente correta” será uma prática associada às atividades laborais. Será elaborado e mantido um programa interno de treinamento para redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos, observadas as normas ambientais vigentes.
- **Gestão e Execução dos Serviços:** A programação, execução e supervisão dos serviços serão desenvolvidas pelo Encarregado em conjunto com o Coordenador Administrativo e orientação do Serviço Controle de Infecção – SCI. Os parâmetros e rotinas indicados em Manual de Higienização definirão os produtos, materiais, inclusive sacos plásticos para acondicionamento de resíduos, recipientes para coleta de perfuro cortantes, utensílios e equipamentos em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas, com observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação vigente e em quantidades necessárias à boa execução dos serviços.

A execução de Serviços de Higienização em Serviços de Saúde engloba os seguintes setores e atividades:

- Limpeza e conservação dos ambientes de superfície fixa interno e externo;
- Limpeza de caixa d'água;
- Abastecimento, sempre que necessário, de dispensadores e saboneteiras;



- Limpeza e desinfecção de terminais de leitos, camas, colchões, travesseiros, mobiliários e móveis, seguindo protocolo padronizado;
- Limpeza e desobstrução de ralos de escoamento, desentupindo-os quando necessário desde que isto não implique em mão de obra de bombeiro ou pedreiro;
- Varredura de pátios internos e externos, calçadas, entradas e saídas;
- Recolhimento das caixas de acondicionamento de materiais perfuro cortantes (que deverá estar lacrada) e repor outra caixa montada no momento do recolhimento;
- Lavagem geral de áreas internas e externas, incluindo calçadas e pátios;
- Limpeza e polimento de metais tais como: válvulas, registros, sifões, fechaduras e etc.;
- Limpeza das geladeiras (partes interna e externa) em uso nos setores, sob orientação de preposto da manutenção;
- Limpeza de Fachadas;
- Remoção, redução ou destruição de microrganismos patogênicos;
- Controle de disseminação de contaminação biológica, química;
- Fornecimento de saneantes sanitários, com suas respectivas fichas técnicas, aprovadas pelo CCIH, assim como a disponibilização dos equipamentos (carros de limpeza, container para os diversos resíduos, papeleiras dentre outros), ferramentas e utensílios necessários para a perfeita execução dos serviços de limpeza e demais atividades correlatas.

A periodicidade da limpeza deverá ser feita conforme necessidade e criticidade da área, devidamente apresentado relatório mensal com comprovação das mesmas, bem como acompanhamento do gestor da unidade.

O serviço de Limpeza e Higienização da Unidade deverá funcionar durante 24 horas, 07 dias da semana.

3.4.5.2. Vigilância

O objetivo da Vigilância Patrimonial é atuar na prevenção contra qualquer incidente que possa atentar contra a integridade das instalações, patrimônio e colaboradores do hospital.

Os serviços são planejados integrando a vigilância humana, equipamentos de ponta e procedimentos, de forma a oferecer uma solução integrada que atenda as características da instituição.

O trabalho inicia-se pelo levantamento das características do local e identificação de vulnerabilidades de forma a propor uma estrutura adequada de segurança, elaborando-se Procedimentos e Instruções de Trabalho.

O levantamento preliminar permite elaborar o perfil dos funcionários prévio à seleção dos mesmos e o plano de capacitação inicial e contínuo na instituição hospitalar.

A gestão é um diferencial para oferecer retaguarda para nossos funcionários, acompanhar a execução dos serviços e aprimorar constantemente os procedimentos operacionais.



Deverá atuar de forma sistemática (planejamento, avaliação e monitoramento), preventiva e permanente por meio de rapidez, tecnologia e ética profissional para proteger a integridade física de pacientes, acompanhantes, visitantes, colaboradores, bens patrimoniais e estruturas físicas da instituição.

- **Objetivo:**

- Assegurar o controle e o fluxo de pessoas na unidade (visitantes, acompanhantes, colaboradores, terceiros);
- Garantir o registro de entrada de fornecedores;
- Monitorar através de câmeras a movimentação interna, acionando a liderança imediata, no caso de movimentação suspeita;
- Garantir que todos os usuários (colaboradores, pacientes, acompanhantes) sintam-se protegidos, enquanto frequentam a unidade;
- Realizar rondas periódicas internas e externas com registro em sistema específico;
- Responsabilizar-se pelo fluxo de recebimento e liberação de membros e óbitos, através de registro em livro específico;
- Controle de claviculário.

- **Os principais fatores que justificam o Serviço de Vigilância e Segurança Patrimonial:**

- Estoque de mercadorias: O hospital possui estoques com grande número de itens, o vigilante atuará fazendo a segurança desses estoques, protegendo-o contra furtos e roubos.
- Controle de acessos: O hospital possui um grande fluxo de pessoas em vários acessos, sendo primordial um sistema de controle rigoroso de acesso dessas pessoas.

- **Regras Gerais**

A Vigilância será responsável pelo cumprimento das seguintes proibições:

- Fumar em qualquer local;
- Sentar em calçada/ balcão;
- Circular com roupa inadequada nas áreas comuns e externas da instituição;
- Sair do hospital com enxoval da instituição (lençol/ camisola/ cobertor, etc);
- Movimentação de recém-nascidos sem acompanhamento de vigilante;
- Circular sem crachá funcional;
- Acessar a instituição pelas recepções central e da emergência (colaboradores).

- **Composição de equipe mínima e horário de trabalho**

O Serviço de Vigilância do hospital será responsável pelo controle de acesso e segurança das

áreas internas e externas do hospital. O funcionamento do serviço será de 24 horas todos os dias da semana incluindo sábados, domingos e feriados.

O quadro de funcionários será dimensionado de acordo com as necessidades do hospital quando da assunção do contrato.

• **Principais atividades do Vigilante:**

- Acompanhar a movimentação de pacientes, acompanhantes e visitantes;
- Acompanhar a movimentação de colaboradores, terceirizados e fornecedores;
- Não permitir casos de evasão ou agressão;
- Realizar as rondas noturnas nas áreas internas e externas da instituição;
- Realizar passagem de plantão diária e periódica, com anotação de intercorrências e adversidades do plantão no livro de passagem de plantão;
- Realizar rondas periódicas em todo perímetro interno e externo da instituição;
- Receber e liberar óbitos e membros;
- Realizar a cobertura de postos em horários de descanso dos controladores;
- Realizar o apoio e contenção em caso de evasão ou agressão;
- Controlar altas hospitalares;
- Realizar rondas diárias para averiguar situações que possam acarretar qualquer tipo de adversidades nas áreas internas e externas da instituição;
- Ser responsável pelo claviculário institucional que ficará sob guarda da segurança patrimonial, com objetivo de garantir backups de chaves das áreas da instituição para que em ocasiões de necessidade não prejudique o atendimento.

• **Normas e rotinas para segurança de acesso e circulação de pessoas**

O Serviço de Vigilância deverá ser informado previamente pelo setor competente quando da entrada de pessoas para participação em eventos, reuniões, grupos educativos, imprensa e outros na Unidade.

O profissional que receber visitas, ou solicitar qualquer prestação de serviço externo afeto ao Hospital, ficará responsável pela permanência destes na instituição, devendo encaminhá-los à recepção na sua saída.

O acesso de colaboradores e terceirizados do hospital deverá se dar exclusivamente pela portaria destinada a tal, mediante apresentação e porte de crachá, em local visível, independentemente do sistema de biometria.

As ambulâncias que vierem transportando pacientes de outras unidades para internação deverão estacionar em área específica. Somente serão liberadas as ambulâncias mediante a autorização da equipe.

As visitas aos pacientes internados, bem como de visitantes e fornecedores, somente poderão



adentrar ao hospital, após cadastro e autorizações específicas, conforme o caso.

O acesso dos pacientes externos para consulta no Ambulatório, assim como o de seus acompanhantes, e os pacientes para realização de exames, serão exclusivamente pela portaria e horários específicos.

Durante todo o decorrer do expediente e, principalmente ao final das atividades diárias, as Coordenações/Supervisões ficarão incumbidas de verificar o devido fechamento dos portões internos que interligam as alas do hospital.

Na área destinada à cargas ou descargas na unidade, todas as entradas e saídas de veículos, materiais, equipamentos, deverão ser registradas em formulário específico, contendo pelo menos o horário de entrada e saída, dados da placa do veículo, nome da empresa e identificação do condutor, sendo vedada a pernoite no pátio por veículos de prestadores de serviços (limpeza, segurança, manutenções, etc).

- **Corredores, rampas, escadas e áreas comuns**

O trânsito e permanência de pessoas sem identificação nos corredores, rampas, escadas e áreas comuns do hospital deverá ser imediatamente comunicada à Diretoria Administrativa e ao Serviço de Vigilância, que tomará as medidas cabíveis.

Autoridades e visitantes, somente poderão transitar no hospital devidamente identificados e acompanhados de profissional responsável.

3.4.5.3. Manutenção Predial

Os Serviços a serem executados deverão obedecer às diretrizes estabelecidas nesta sistematização.

- a) Profissionais da Contratada: Engenheiro responsável pelo Contrato e outros, a critério da empresa;
- b) Profissionais da Contratante: Responsável pelo Serviço de Manutenção e outros profissionais do Serviço a critério deste.

- **Etapas de Trabalho**

1ª Semana

- a) Reunião Geral de todos os componentes do Grupo de Trabalho para apresentação e discussão de experiências com resultados positivos na área e divisão dos trabalhos;
- b) Levantamento e Sistematização das normas e rotinas existentes no âmbito do objeto do Contrato;

2ª Semana

- a) Levantamento e sistematização do estado geral do prédio, com relatório fotográfico dos



pontos críticos, para o estabelecimento de prioridades de intervenção corretiva e planejamento da manutenção preventiva.

3ª Semana

- a) Reunião Geral de todos os componentes do Grupo de Trabalho para conhecimento e avaliação dos Trabalhos realizados até o momento e apresentação de uma Minuta Padrão de Plano de Manutenção.
- b) Elaboração dos Planos de Manutenção.

4ª Semana

- a) Reunião Geral de todos os componentes do Grupo de Trabalho para conhecimento e avaliação dos Planos de Manutenção;
- b) Correção das possíveis alterações;
- c) Reunião Geral de todos os componentes do Grupo de Trabalho para aprovação final dos Planos de Manutenção.

OBSERVAÇÃO: Durante a elaboração do Plano de Manutenção, a empresa contratada procederá à execução dos serviços de emergência de qualquer espécie no âmbito do objeto do contrato, tanto no horário comercial como durante o período coberto pela equipe permanente, bem como, dos serviços de manutenção preventiva e corretiva preestabelecidos pela contratante.

• Equipe da Contratada para Prestação de Serviços Terceirizados **Engenheiro Supervisor**

Profissional com formação superior em Engenharia Civil ou Engenharia Elétrica com experiência comprovada mínima 05 (cinco) anos em Manutenção Predial Corretiva e Preventiva e cujas principais atribuições serão: garantir na sua totalidade a existência de Recursos Humanos capacitados para a execução dos serviços contratados; supervisionar a execução de orçamentos dos serviços relacionados com a execução de serviços de manutenção; gerenciar os contratos administrativos firmados pela empresa com prestadores de serviços por ela contratados; fazer cumprir rigorosamente a execução dos serviços previstos no Plano de Manutenção; Levar ao conhecimento, por escrito, da Fiscalização do contrato os problemas observados de manutenção, operação e nos equipamentos; Manter permanente contato com a Fiscalização do contrato sobre a execução do mesmo, informando imediatamente, por escrito, qualquer irregularidade que possa comprometer as instalações das Unidades; Supervisionar e coordenar o bom andamento e execução dos serviços de manutenção e operação das instalações, responsabilizando-se civil e tecnicamente pelos serviços efetuados pelos profissionais contratados; Orientar toda a equipe de manutenção na execução das tarefas diárias de manutenção e operação; Controlar a movimentação e frequência de pessoal; Controlar o uso e distribuição de materiais,



equipamentos, ferramentas e EPIs; Apresentar mensalmente o relatório dos serviços programados e realizados no período em conformidade com o preconizado neste plano de trabalho; Executar outras tarefas correlatas;

Coordenador de refrigeração

Profissional com formação Técnica em Engenharia Mecânica com comprovada experiência em manutenção preventiva e corretiva de sistemas de refrigeração, cujas principais atribuições serão: elaboração do Plano de Manutenção Operação e Controle (PMOC); coordenação das equipes de manutenção; elaboração de laudos técnicos de equipamentos de refrigeração; elaboração de relatórios; supervisão a execução dos serviços realizados informando imediatamente qualquer irregularidade que possa comprometer o funcionamento dos sistemas; execução das demais tarefas correlatas.

Encarregado

Profissional com experiência comprovada nas atividades inerentes à função. Dentre as quais se destacam: acompanhar e orientar a execução dos serviços de acordo com a programação pré-definida; programar a distribuição de materiais e ferramentas; garantir o bom uso e conservação dos equipamentos e ferramentas, controlando sua entrega e verificando seu estado quando da devolução; supervisionar a atuação com relação a normas de segurança, uso adequado dos equipamentos e prevenção de acidentes; comunicar imediatamente ao Engenheiro Supervisor qualquer irregularidade observada; executar outras tarefas correlatas.

Eletricista

Deverá possuir experiência comprovada na área de manutenção de instalações prediais. Conhecimentos práticos e teóricos de circuitos de iluminação, tomadas, interruptores, disjuntores, quadros de distribuição gerais, parciais e de comando, aterramentos, para-raios em instalações elétricas de Baixa Tensão.

• Horário e Equipes de Prestação de Serviços

Deverão permanecer 24 horas por dia, inclusive sábado, domingos e feriados, o eletricista e o mecânico em refrigeração.

• Escopo dos Serviços

Os serviços a serem estabelecidos no plano de manutenção, objeto do presente, deverão ser executados, obedecendo aos seguintes Procedimentos e Rotinas de Conservação e Manutenção.

Arquitetura



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

Os serviços de conservação e manutenção em arquitetura normalmente restringem-se à substituição de elementos quebrados ou deteriorados. Esta substituição deve ser feita após a remoção do elemento falho e da reconstituição original, se assim for o caso, de sua base de apoio, adotando-se então o mesmo processo construtivo.

Conforme o caso será necessário a substituição de toda uma área ao redor do elemento danificado, de modo que, na reconstituição do componente, não sejam notadas áreas diferenciadas, manchadas ou de aspecto diferente, bem como seja garantido o mesmo desempenho do conjunto.

Se a deterioração do elemento for derivada de causas ou defeitos de base, deverá também ser substituída. Outras causas decorrentes de sistemas danificados de áreas técnicas diversas, como hidráulica, elétrica e outras deverão ser verificadas e sanadas antes da correção da arquitetura. Durante a execução dos serviços deverão ser tomados os cuidados necessários quanto ao isolamento e limpeza da área onde houver as intervenções.

- Serviços Preliminares: demolições, transportes, remoções e tapumes de vedações deverão ser executados de modo a minimizar os estragos nas áreas não danificadas, preservando a integridade dos demais elementos, sem interferir nas rotinas de funcionamento da Unidade;
- Pinturas - piso, parede e teto: Na constatação de falhas ou manchas, ou mesmo em caso de conservação preventiva de qualquer pintura de componente da edificação, deverá ser realizado o lixamento completo da área ou componente afetado, tratamento da base ou da causa do aparecimento das manchas ou falhas, quando houver;
- Revestimento Cerâmico, vinílico / melamínicos e/ou piso, parede e teto: Se placas ou peças do revestimento se destacarem deverão ser retirados o revestimento de toda a área em volta e verificar a existência ou não de problemas na estrutura do piso. Se houver problemas de dilatação excessiva, recomendar-se-á a substituição de todo o piso por elementos mais flexíveis. Se não, proceder-se-á à recomposição do piso adotando-se o mesmo processo construtivo;
- Coberturas: As recomposições de elementos da cobertura deverão ser feitas sempre que forem observados vazamentos ou telhas quebradas. Seguir rotina de visita e limpeza de telhados, canaletas, ralos tipo "abacaxi", calhas de águas pluviais embutidas e aparentes. Deverá ser seguido sempre os manuais do fabricante, e nunca fazer a inspeção ou troca de elementos com as telhas molhadas;
- Esquadrias, vidros e ferragens: Substituição e/ou recuperação das portas, janela, portões e demais elementos de vedação, nos materiais usualmente disponíveis no mercado - PVC, Ferro, Madeira e Alumínio;
- Mobiliário, bancadas e outros: Recuperação do mobiliário de madeira existente com substituição das partes danificadas ou confecção de pequenas peças (prateleiras,



bancadas e outros), quando solicitado.

- Pavimentação:

- a) Pavimentos em blocos de concreto: A inspeção periódica da superfície deverá delimitar os pontos com afundamentos. Nestes locais será realizada a remoção dos blocos, a reconstrução da camada de base e a recolocação dos blocos que não estiverem danificados, de conformidade com os procedimentos mencionados nas Práticas de construção;
- b) Pavimentos em Paralelepípedo: A inspeção periódica da superfície deverá delimitar os pontos e áreas com afundamentos. Nestes locais, será realizada a remoção dos paralelepípedos e a reconstrução da camada de base, seguida da recomposição das peças removidas e rejuntamento. Mesmo em áreas ou pontos sem afundamentos, o rejuntamento deverá ser feito sempre que necessário. Os serviços deverão ser executados de conformidade com os procedimentos indicados nas Práticas de Construção;
- c) Pavimentos em Pedra Portuguesa: A inspeção periódica da superfície deverá delimitar os pontos e áreas com afundamentos. Nestes locais, será realizada a remoção das pedras portuguesas e a reconstrução da camada de base, seguida da recomposição das peças removidas e rejuntamento. Mesmo em áreas ou pontos sem afundamentos, o rejuntamento deverá ser feito sempre que necessário. Os serviços deverão ser executados de conformidade com os procedimentos indicados nas Práticas de Construção.

- Estruturas Metálicas

- a) Pontos de Corrosão: Será realizada a limpeza da área afetada, que poderá ser manual, através de escovas de aço, ou mecânica, através de esmeril ou jateamento com areia. Após a limpeza deverá ser medida a espessura da chapa na região afetada para avaliação das condições de segurança e da necessidade de reforço da estrutura. A recomposição da pintura, através de procedimentos análogos ao da aplicação original e recomendações dos fabricantes;
- b) Parafusos frouxos: A existência de parafusos frouxos indica uma estrutura com movimentação atípica, não prevista no projeto. De início, os parafusos deverão ser novamente apertados. Os afrouxamentos constantes de um mesmo parafuso justificam uma avaliação e eventual reforço estrutural, pois tal comportamento poderá levar a estrutura à ruína por fadiga do material;
- c) Deslocamentos Excessivos: Deslocamentos dos componentes da estrutura fora do padrão normal deverão ser observados para verificação e acompanhamento adequado. Um parecer Técnico, do autor do projeto, será importante para determinar a necessidade de instalação de instrumentos de medida e avaliação



estrutural;

- d) Trincas em soldas e chapas de base: As trincas que vierem a ser detectadas tanto em soldas quanto nos materiais de base, deverão ser recuperadas de acordo com as recomendações da AWS. O frequente aparecimento de trincas na mesma região justifica uma avaliação e eventual reforço da estrutura;
- e) Falhas na Pintura: As falhas ou manchas na pintura da estrutura deverão ser recuperadas de conformidade com os procedimentos originais e recomendações dos fabricantes. Deverá ser pesquisada a causa do aparecimento das falhas e manchas, a fim de evitar a sua reincidência. De preferência, a interpretação das anomalias deverá ser realizada através de parecer técnico do autor do projeto;
- f) Segurança: Todos os procedimentos deverão ser precedidos dos cuidados de segurança, sendo adotados as proteções e isolamentos necessários durante a execução dos serviços.

• **Instalações hidráulicas e sanitárias**

Os serviços de manutenção de instalações hidráulicas e sanitárias serão realizados exclusivamente por profissionais da empresa contratada.

Água fria

Reservatórios - semestrais

- Inspeção e reparos do medidor de nível, torneira de boia, extravasor, sistema automático de funcionamento das bombas, registros de válvulas de pé e de retenção;
- Inspeção de ventilação do ambiente e das aberturas de acesso;
- Controle do nível de água para ventilação de vazamentos;
- Inspeção de tubulações imersas na água.

Bombas Hidráulicas - mensais

- Inspeção de gaxetas, manômetros, ventilação do ambiente;
- Lubrificação de rolamentos, mancais e outros;
- Verificação de funcionamento do comando automático.

Válvulas e Caixas de Descargas - mensal

- Inspeção de vazamento;
- Regulagens reparos dos elementos componentes;
- Teste de vazamento nas válvulas ou nas caixas de descarga.

Registro, Torneiras e Metais Sanitários - mensal



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

- Inspeção de corrosão;
- Inspeção de vazamento com troca de guarnição, aperto de gaxeta e substituição do material completo.

Tubulações (tubos, conexões, fixações e acessórios) – trimestral

- Inspeção de corrosão;
- Inspeção de vazamento;
- Serviços de limpeza e desobstrução;
- Reparos de trecho e de fixações, inclusive repintura;
- Inspeção das uniões dos tubos x conexões.

Ralos e aparelhos sanitários - mensal

- Inspeção de funcionamento;
- Serviços de limpeza e de desobstrução.

Válvulas reguladoras de pressão - mensal

- Inspeção de funcionamento;
- Reparos necessários.

Água quente

Bombas hidráulicas - mensais

- Inspeção de gaxetas, manômetros, ventilação do ambiente;
- Lubrificação de rolamentos, mancais e outros;
- Verificação de funcionamento do comando automático.

Registros, torneiras e metais sanitários - mensais

- Inspeção de funcionamento;
- Reparos de vazamentos com troca de guarnição, aperto de gaxeta e substituição do material danificado ou gasto.

Tubulações (tubo, conexões, fixação e acessórios) – trimestrais

- Inspeção de vazamento;
- Serviço de limpeza e desobstrução;
- Reparos de trechos e de fixações;
- Inspeção das uniões dos tubos x conexões;
- Inspeção do estado de conservação do isolamento térmico.



Aquecedores e acessórios - Trimestrais

- Inspeção do estado de conservação;
- Inspeção de válvula de segurança, termostato, queimadores ou resistências térmicas;
- Inspeção da sala de aquecedores, controle do nível de ventilação e exaustão;
- Inspeção de funcionamento dos equipamentos de comandos;
- Reparos necessários;
- Verificação dos tanques de acumulação
- Verificação dos boilers elétricos.

Válvulas reguladoras de pressão - mensal

- Inspeção de funcionamento;
- Reparos necessários.

Esgotos sanitários

Poço de recalque - semestrais

- Inspeção e reparo das tampas herméticas, chaves de acionamento das bombas, válvulas de gaveta e válvula de retenção;
- Inspeção da ventilação do ambiente e das aberturas de acesso, controle das trincas nas paredes para verificação de vazamentos.

Bombas de recalque e esgoto - mensais

- Verificar o alinhamento dos eixos das bombas;
- Medição de folga das luvas de acoplamento;
- Medição da resistência de isolamento dos motores;
- Inspeção das conexões hidráulicas;
- Inspeção de gaxetas, manômetros e ventilação do ambiente;
- Lubrificação de rolamentos, mancais e outros;
- Verificação de funcionamento do comando automático.

Tubulações (tubo, conexões, fixações e acessórios) - trimestrais

- Inspeção de corrosão;
- Inspeção de vazamento;
- Serviços de limpeza e de desobstrução;
- Reparos de trechos de fixações, inclusive repintura;
- Inspeção das uniões dos tubos x conexões.

Ralos, sifões e aparelhos sanitários - mensais



- Inspeção periódica de funcionamento;
- Serviços de limpeza e de desobstrução.

Fossas sépticas – semestrais

- Inspeção de tampas e transbordamentos;
- Reparos necessários.

Limpeza de fossa - anual

Caixas coletoras e Caixas de gorduras - trimestrais

- Inspeção geral;
- Retirada dos materiais sólidos;
- Retirada dos óleos e gorduras.

Águas pluviais

Poços de recalque - semestrais

- Inspeção e reparo das tampas herméticas, chaves de acionamento das bombas, válvulas de gaveta e válvula de retenção;
- Inspeção da ventilação do ambiente e das aberturas de acesso, controle periódico das trincas nas paredes para verificação de vazamentos.

Bombas de recalque - mensais

- Inspeção de gaxetas, manômetros, ventilação do ambiente;
- Lubrificação de rolamentos, mancais e outros;
- Verificação de funcionamento do comando automático.

Tubulações (tubos, conexões, fixações e acessórios) - trimestrais

- Inspeção de corrosão;
- Inspeção de vazamento;
- Serviços de limpeza e de desobstrução;
- Reparos de trechos de fixações, inclusive repintura;
- Inspeção das uniões dos tubos x conexões.

Ralos - mensais

- Inspeção periódica de funcionamento;
- Serviços de limpeza e de desobstrução.



Calhas e condutores - Mensais

- Inspeção de vazamentos;
- Serviços de limpeza e de desobstrução;
- Reparos de trechos e de fixações;
- Inspeção das uniões x tubos;
- Pintura das calhas e condutores metálicos.

Caixas de inspeção e de Areia - trimestral

- Inspeção de funcionamento;
- Serviço de limpeza e de desobstrução.

- **Instalações elétricas e eletrônicas**

Deverá ser executada anualmente inspeção termográfica para detectar e diagnosticar elevadas temperaturas, bem como, acréscimos de temperatura em componentes elétricos tais como: quadros elétricos, subestação, grupos geradores, central de ar condicionado, iluminação, entre outros. Deverão ser emitidos laudos indicando as correções necessárias, ilustrados com os respectivos termogramas e registros fotográficos dos pontos de calor excessivo, visando o prolongamento da eficiência operacional dos sistemas.



3.5. Política de Recursos Humanos

O FAS acredita que as Pessoas constituem o maior patrimônio da empresa e o principal instrumento de realização de sua missão e visão organizacional. Por essa razão, desde o início vem buscando estabelecer políticas inovadoras na Gestão de Pessoas a fim de promover cada vez mais a valorização e o reconhecimento de seus profissionais.

As Políticas de Recursos Humanos, aplicado através da Gestão de Pessoas, propõe alinhar-se de forma compartilhada para as melhorias de resultados, baseando-se em orientação e na construção de atitudes positivas com os clientes internos e externos do FAS.

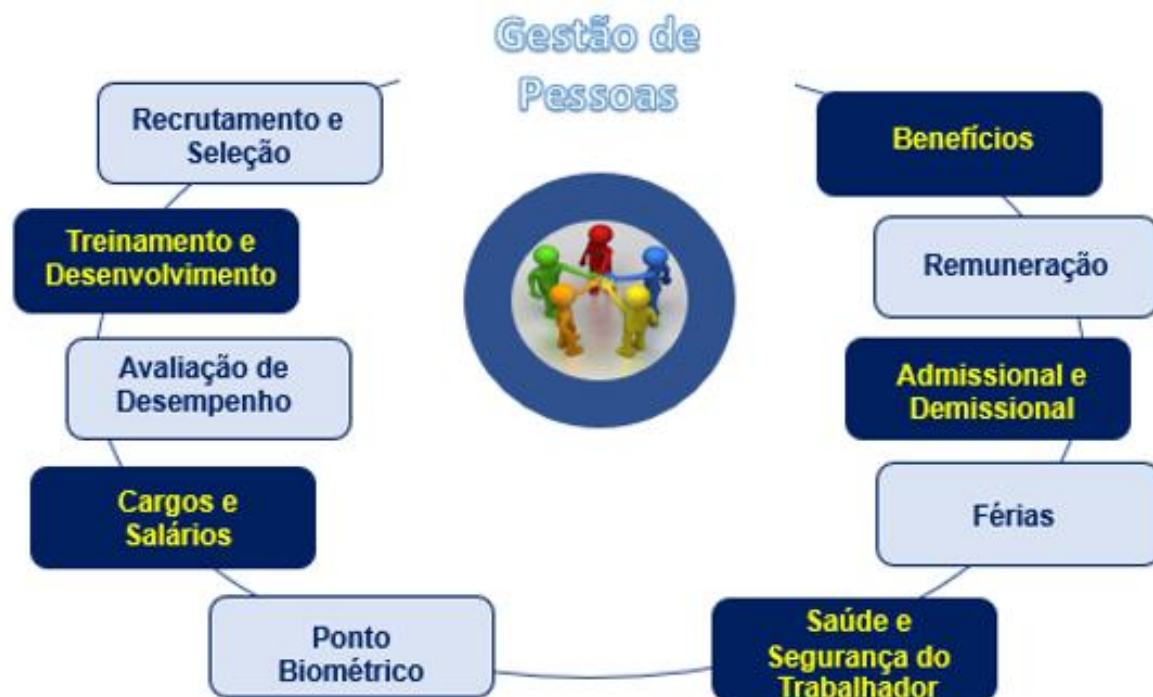
De forma estruturada, são delegadas às coordenações e direções, objetivos e responsabilidades, que buscam permanentemente facilitar uma abordagem mais próxima dos gestores e equipes para:

- Orientações e apoio às lideranças;
- Identidade de gerenciamento participativo, num modelo de liderança empreendedora;
- Fortalecimento da importância de prover um ambiente de clima motivacional e reter talentos que agreguem valor aos resultados;
- Estimular um ambiente criativo e inovador.

Nossas diretrizes sobre Recursos Humanos se expressam através de:

- Competência e profissionalismo na seleção, contratação, integração, alocação e promoção dos Recursos Humanos;
- Busca constante da excelência dos serviços prestados aos clientes, por programas sistematizados de acompanhamento e avaliação de resultados;
- Manutenção de programas de treinamento, reciclagem e desenvolvimento técnico gerencial que proporcionem conhecimentos profissionais aprimorados e atualizados;
- Prioridade aos integrantes do seu quadro de provimento de funções mais complexas, desde que demonstrem a qualificação e as competências necessárias;
- Busca de melhoria da qualidade de vida pela manutenção de programas de benefícios sociais;
- Promoção e manutenção do bom ambiente de trabalho e suprimento dos meios adequados à execução dos trabalhos.





As responsabilidades da gestão dos processos, projetos e programas estão inseridas nas ações da Gerência de Gestão de Pessoas e na Gerência de Administração de Pessoal, voltadas para as atividades de: Recrutamento e Seleção, Treinamento e Desenvolvimento, Avaliação de Desempenho, Cargos e Salários, Benefícios, Admissão e Rescisão, Remuneração, Saúde e Segurança do Trabalhador, além das ferramentas que possibilitam analisar os indicadores da área.

Adotando um conceito de parceria com as lideranças, a área desenvolve, avalia e implementa os programas alinhados as metas e objetivos do FAS.

3.5.1. APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES

Dada a complexidade e dinamismo da Saúde, são necessárias constantes adequações da forma em que é concebida a rede de atenção à saúde, mediante as múltiplas demandas da sociedade, dos aspectos demográfico, políticos e culturais, bem como epidemiológicos. Mas sem perder de vista a defesa de um sistema único de saúde universal e integral. A educação profissional em saúde, sob os preceitos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), permite a inovação da prática do cuidado a partir destes determinantes e promove o bem-estar da população.

Cabe ao gestor do serviço de saúde, aqui contratualizado na figura desta Organização, contribuir com a institucionalização da educação permanente em saúde. Para tal, o FAS, oferece à equipe interdisciplinar, o Núcleo de educação continuada e permanente, oferecendo treinamentos presenciais nas áreas de trabalho, em salas de treinamentos e treinamentos online, ao vivo e

gravações, para criação e acompanhamento dos cursos, controle de presença, emissão de certificados e relatórios.

O Núcleo de Educação Permanente e Continuada vai além da simples oferta de cursos, pois visa provocar mudanças na realidade a partir da formação e qualificação profissional no cotidiano do seu trabalho. Adquirindo, neste sentido, papel essencial que integra o serviço de saúde e o ensino, além de repercutir sobre o controle social, dado o seu potencial transformador da realidade. Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”.

A Educação Permanente deve pressupor um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). É, portanto, a educação profissional em saúde, ferramenta fundamental para o aperfeiçoamento do serviço prestado aos usuários.

• **Objetivos Gerais:**

- Fortalecer e qualificar a assistência à saúde da mulher em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, das diversas orientações sexuais, com deficiência, dentre outras);
- Apoiar e subsidiar o processo de Formação de profissionais de saúde sob as diretrizes do SUS;
- Desenvolver as competências para a atuação numa perspectiva que contemple a promoção da saúde de forma humanizada, as necessidades de saúde da população, o controle de patologias mais prevalentes e a garantia do direito à saúde;
- Contribuir com a elaboração e revisão de diretrizes clínicas e protocolos em saúde para utilização pela multidisciplinar;
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade no Brasil e estado de Goiás, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;
- Colaborar com o desenvolvimento de produtos e estratégias que possam subsidiar as equipes multidisciplinares para ações de comunicação e educação em saúde;



- Apoiar a reflexão sobre métodos inovadores de ensino;
 - Discutir propostas pedagógicas dos processos formativos;
 - Vincular ofertas pedagógicas às necessidades de formação;
 - Qualificar processos/desenhos estratégicos pedagógicos voltados para problematização, transformação da realidade e qualificação para o SUS.
- **Objetivos Específicos:**
- Promover ações de educação em saúde para os profissionais, a partir das diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e das metas pactuadas pela gestão estadual;
 - Planejar e executar atividades educativas junto à equipe multidisciplinar e coordenações, com o objetivo do cumprimento das metas do Termo de Colaboração/Fomento;
 - Contribuir no acompanhamento de indicadores, fluxos e processos de trabalho;
 - Contribuir junto à direção e coordenações multidisciplinares, na construção de estratégias para a otimização dos indicadores de saúde, elaboração de normas, rotinas, procedimentos e fluxos na maternidade e cegonha carioca;
 - Promover atividades educativas que contribuam com a prática do cuidado à população usuária do serviço de saúde, pautando-se nos protocolos e normas municipais, estaduais e federais, assim como a realidade específica da unidade;
 - Planejar, contribuir e executar cursos, oficinas, treinamentos, aperfeiçoamentos e eventos de atualização profissional;
 - Contribuir com o desenvolvimento da relação ensino-pesquisa, estimulando e apoiando a construção de trabalhos, pesquisas, artigos e a participação dos trabalhadores em eventos científicos que permitam visibilidade/importância do cuidado em saúde e experiências inovadoras/exitosas, bem como o crescimento individual e conjunto que contribua com a humanização deste cuidado;
 - Construir materiais educativos interativos para os colaboradores e contribuir com a construção destes para a população usuária do serviço de saúde;
 - Capacitar a equipe multiprofissional sobre o uso do Prontuário Eletrônico, bem como otimizar a qualidade das informações que o alimentam;
 - Criar e manter uma cultura de análise crítica e atualização de conhecimentos disseminados de forma transprofissional e ostensiva;
 - Realizar momentos transversais entre os temas abordados e as possibilidades de desenvolvimento apresentadas nas Avaliações de Desempenho por competência;
 - Aprender com os erros.

- **Produtos finais:**

- ATENDIMENTO ASSISTENCIAL - Melhoria da qualidade do atendimento assistencial, como um todo;
- PROCESSOS DE DESENVOLVIMENTO DE POTENCIAIS MULTIPLICADORES - Identificação de multiplicadores e preparo destes para a prática pedagógica, de forma descentralizada, contudo, obedecendo as diretrizes centrais do planejamento básico;
- INDICADORES DE DESEMPENHO - Identificação de indicadores de desempenho em educação, qualitativos e quantitativos, pactuados ou não;
- PRODUTOS PEDAGÓGICOS - Desenvolvimento de manuais de apoio pedagógico através de produção científica própria, adaptado à realidade contextual e customizados;
- PRÁTICA "on the job" - Inovação educacional através de prática pedagógica no formato *on the job training*, com discussão de casos (educação e treinamento durante o trabalho).

- **Produtos adicionais:**

- VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL - junto à melhora da autoestima do profissional;
- CONDUTAS E PROTOCOLOS - Reavaliação permanente e através do processo de educação permanente e continuada;
- AÇÕES ASSISTENCIAIS CORRETIVAS - Desdobramentos das situações-problema identificadas, proporcionando facilitação das finalidades assistenciais corretivas;
- PARCERIA JUNTO À COMISSÃO DE QUALIDADE - Contribuição junto à Comissão Interna de Qualidade e melhoria contínua.

- **Operacionalização:**

As principais demandas da área deverão estar atreladas à articulação e inserção nos processos de educação profissional já existentes, bem como o levantamento das demandas atuais por ações educativas.



Todo o processo de educação profissional deverá passar pelo ciclo de PDCA, onde se apresenta a possibilidade de otimização, controle e melhoria dos processos de trabalho.

- PLANEJAMENTO: O planejamento dos processos de aprendizagem ocorre em dois momentos:



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

- Planejamento anual de diretrizes e prioridades de atuação;
- Planejamentos mensais/trimestrais a partir de novas possibilidades de desenvolvimento profissional, através da leitura de indicadores, visualização de possibilidades de melhoria em processos, novas determinantes de saúde pública, entre outras variantes.
- PÚBLICO-ALVO: As atividades de educação profissional poderão variar desde ações que venham a abranger profissionais específicos e/ou dos diversos setores, bem como equipes multidisciplinares;
- MATERIAIS DE APOIO: Materiais educativos, informativos e de complementação à distância deverão ser produzidos a fim de darem suporte aos objetivos propostos;
- ANÁLISE PÓS TREINAMENTOS: Em relação ao processo de garantia de aprendizagem, pós-testes deverão ser realizados para avaliação da reação aos treinamentos;
- CONSOLIDAÇÃO DE EFICÁCIA: A fim de Consolidar a eficácia do treinamento, a avaliação *in loco* dos processos treinados deverá ser realizada em prazo, com ferramentas adequadas e nas condições físicas para tal;
- FERRAMENTAS DIDÁTICAS: Poderão ser realizadas, conforme escopo e necessidade oficinas de prática, gamificação presencial, entre outras técnicas possíveis para aplicação, dentro do processo de inovação com custos possíveis;
- METODOLOGIAS APLICADAS: Todas as metodologias propostas são participativas e aplicadas às práticas em Educação Permanente em Saúde, trabalhando um caráter experimental da situação vivenciada; embora seja uma experiência real.

A aprendizagem colaborativa ou participativa é uma das estratégias mais eficazes para que o processo de educação se concretize. Nesse tipo de aprendizagem a ênfase está na interação entre os participantes do grupo. Cabe às(os) facilitadoras(es) ou moderadoras(es) criar situações de aprendizagem em que todos aprendam com todos. Essa estratégia é principalmente útil quando os participantes são adultos e portadores de conhecimentos e experiências diversificados, adquiridos e construídos, além de possuírem uma grande diversidade de interesses. A aprendizagem colaborativa ou participativa permite que o indivíduo faça uma combinação dos seus objetivos pessoais com os objetivos do coletivo.

- CERTIFICAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO: Emissão de certificados para os profissionais treinados;
- RELATÓRIOS MENSAIS e ANÁLISE DE OPORTUNIDADES DE MELHORIA: As atividades desenvolvidas irão gerar relatórios mensais e prestação de contas conforme os indicadores municipais pautados na PNEPS, indicadores de saúde e contrato de gestão.

- **Levantamento de necessidades de treinamento**

O processo de levantamento de necessidades resultará em um conjunto de informações relativas



ao treinamento e desenvolvimento de pessoal, tais como:

- Justificativa das necessidades;
- Pessoas envolvidas no processo;
- Tipos de ações possíveis;
- Prioridade de atendimento;
- Sugestões de instituições patrocinadoras do evento;
- Matriz de Competências, Perfil ocupacional de entrada x Qualificação Profissional: Síntese das responsabilidades, escolaridade, experiência, conhecimentos básicos, habilidades e requisitos desejáveis para o ocupante do cargo e a qualificação de cada colaborador neste perfil;
- Diagnóstico: Análise das causas de déficits de desempenho ou da diferença entre o nível real e o nível desejado das competências profissionais dos colaboradores do FAS. O diagnóstico irá abranger dois níveis:
 - I. Organizacional – Análise em nível macro organizacional das necessidades de treinamento, voltado ao atendimento dos objetivos estratégicos;
 - II. Individual e de Equipe – Voltado para o estabelecimento das competências necessárias para cada colaborador ou para cada área, com vistas ao Plano Estratégico estabelecido pelo FAS.

- **Avaliação de eficácia do programa**

É posterior a realização da ação, realizada pela liderança do colaborador que participou do evento. Objetiva verificar a aplicação dos conteúdos ministrados.

Trata-se de averiguar até que ponto o treinamento produziu as modificações desejadas e se os resultados obtidos contribuíram efetivamente para os objetivos do FAS.

Para efeito de análise, deverão ser considerados:

- Avaliações do aprendizado;
- Avaliação de satisfação;
- Produtividade alcançada antes e depois;
- Resultado da avaliação de desempenho;
- Clima de trabalho;
- Relacionamento interpessoal;
- Aplicação dos conhecimentos obtidos.

3.5.1.1. Educação Permanente

A área de Educação Permanente do FAS, tem por finalidade promover a melhoria da qualidade da assistência, buscando oportunidades de ensino, mediante o desenvolvimento dos profissionais do corpo assistencial.



A importância da educação permanente do profissional no local de trabalho facilita a transformação do potencial em comportamento e atitudes objetivas, através, de constantes reciclagens e atualizações, gerando melhorias e otimizando os resultados da assistência e todas as demais áreas.

A Educação Permanente é o componente essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições. O desenvolvimento da equipe de saúde é um dos fatores que deve assegurar a qualidade do atendimento ao usuário e a sobrevivência da unidade de saúde neste cenário de mudanças e competitividade.

A garantia da qualidade dos serviços prestados se dá através de programas de capacitação bem-organizados com monitorização e avaliação dos resultados dos cuidados, com declínio de riscos através da padronização do processo e equipes adequadamente treinadas.

Desta forma percebemos a necessidade de incorporar na prática o eixo pedagógico que se trata de uma mudança paradigmática, no sentido de perceber o trabalhador na sua totalidade, compreendendo que este necessita estar continuamente em processo de crescimento pessoal e profissional, elaborando um diagnóstico do perfil da sua práxis. A busca pelo aprimoramento daqueles que trabalham nas unidades de saúde dar-se-á não apenas pela oferta de educação continuada, mas também pela oportunidade de os profissionais sentirem-se agentes do seu próprio aprendizado.

Proporcionar o desenvolvimento pessoal e profissional da equipe, ampliando seus conhecimentos e habilidades técnicas, através de um cronograma de treinamentos teóricos e práticos, bem como selecionar e capacitar pessoas para atender e levar ao paciente a assistência de qualidade. Estruturar um serviço que atenda às necessidades dos profissionais da assistência, e conscientizar da importância do desenvolvimento prático, qualificando e capacitando profissionais buscando reter talentos para a empresa.

Desta forma, percebendo a necessidade de incorporar na prática o eixo pedagógico que se trata de uma mudança paradigmática, o responsável de cada setor se encarregará de levantar as necessidades de treinamentos buscando abranger os seguintes critérios:

- Rotinas de trabalho relacionadas ao setor e rotinas sistêmicas, que serão aplicáveis a toda organização;
- Demandas identificadas nas Avaliações de Desempenho de cada colaborador;
- Comportamentais;
- Treinamentos obrigatórios por Lei;
- Melhoria de processos referentes os indicadores de resultado, relatos de não conformidade, pesquisa de satisfação do cliente interno e pesquisa de clima.

No modelo de Gestão do FAS, a educação é fundamentada pela prática, através de estágios curriculares, visitas técnicas, pós-graduação, além de um programa de educação permanente para os colaboradores. Todos os profissionais da Unidade, estarão em constante atualização,



seja através de literatura especializada, problematização em serviço, ensino à distância, participação em congressos e outros eventos relacionados. Mantendo os colaboradores atualizados, os profissionais deverão estudar a aplicabilidade dos novos conceitos ou tecnologias no âmbito da saúde hospitalar e coletiva.

Neste contexto, propomos um Setor de Educação Permanente, especificamente para promover ensino, pesquisa e atividade de extensão.

A qualificação do cuidado e a ampliação do acesso estão entre os principais temas trabalhados pelo FAS. Pensando na qualificação dos profissionais e dos processos de trabalho e do cuidado em saúde, propomos a realização de atividades formativas para discussão de temas relevantes ao Sistema Único de Saúde e ao município do Rio, listados a seguir, não se limitando a:

- Acolhimento e Humanização: Política Nacional de Humanização e integralidade no cuidado à saúde. Esta atividade visa ampliar o acesso aos serviços de saúde, qualificando o acolhimento realizado pelas equipes, principalmente para os profissionais que atuam na recepção e triagem, fortalecendo, assim, o vínculo usuário-serviço-trabalhador;
- Acidentes com perfuro-cortantes: prevenção de acidentes com perfuro-cortantes, reforçando as diretrizes treinamento da NR32;
- DSTs: protocolos de atendimento, diagnóstico e testes rápidos, acompanhamento e encaminhamento na rede;
- Classificação de risco segundo Protocolo de Manchester. Esta atividade visa qualificar o atendimento na Emergência, diminuindo o tempo de espera para atendimento, bem como a orientação do usuário;
- Protocolos, fluxos e rotinas: comunicação de óbito, alta hospitalar, registro e organização do prontuário;
- Indicadores de saúde e faturamento;
- Lavagem de mãos: campanha de conscientização para o correto procedimento de lavagem de mãos. Essa atividade visa atuar no controle de infecção hospitalar;
- Assistência farmacêutica: Uso de medicamentos específicos (antibióticoterapia), fluxos de medicamentos não atendidos pela REMUME, medicamentos com condições específicas de prescrição e dispensa.

• **Premissas metodológicas do programa**

O processo de mudança organizacional é estruturado na educação construtivista, na consultoria de procedimentos, nos valores individuais e na convergência dos objetivos.

A Alta administração – Diretor, Coordenação, Corpo Clínico devem estar cientes e comprometidas com a proposta, cedendo um tempo para isto, tendo vontade para promover mudança e se responsabilizem por todo o processo, sendo este um fator crítico de sucesso.

O aprendizado é baseado na experiência e não só em conhecimentos intelectualizados.



As atividades serão orientadas para a ação dentro da Organização, tendo o coordenador como um facilitador do processo e a organização como o sujeito das ações, ou seja, vivenciamos os métodos e ferramentas e as pessoas da organização praticam e concretizam as ações de mudanças. Há ênfase em mudar atitudes e comportamentos.

- **Objetivo geral**

Capacitar todas as forças produtivas para o desenvolvimento de um processo planejado de mudanças organizacionais, envolvendo gestão estratégica, humanização do atendimento, gestão do ambiente e processos.

- **Objetivos específicos**

- Contribuir ativamente para a modernização e desenvolvimento do setor saúde;
- Proporcionar o desenvolvimento científico, gerencial, técnico e emocional dos profissionais;
- Contribuir para a oferta de serviços eficazes, capazes de satisfazer as reais necessidades dos pacientes;
- Identificar, compreender e facilitar os processos e fatores críticos presentes na relação entre profissionais e administração;
- Refletir sobre os fatores intra e interpessoais que afetam as relações humanas;
- Desenvolver um sistema de gestão do ambiente que promova o bem-estar, a segurança e satisfação dos usuários;
- Desenvolver um sistema de gestão de processos com vistas à melhoria contínua.

- **Estrutura Necessária**

O programa de educação permanente contará com uma área dedicada ao Ensino e pesquisa, sob gestão da Diretoria Científica e contará com apoio de um comitê científico constituído por responsáveis de serviços que fazem parte da nossa equipe. Este Núcleo será responsável por todo o Programa de Educação Permanente.

- **Perfil técnico da liderança em educação permanente**

- Experiência e Domínio em métodos de Gestão pela Qualidade;
- Domínio de ferramentas de qualidade, Ciclo de Aprendizagem e condução de reuniões;
- Habilidade e conhecimento científico/técnico na aplicação de diversos modelos de intervenção, conforme as fases e os ciclos da organização e do indivíduo;
- Conhecimento e prática na aplicação de dinâmicas e técnicas vivenciais de grupo;
- Habilidades para lidar com estratégias e atitudes comportamentais e com os conflitos existentes entre grupos x organização;



- Conhecimento científico e técnico em modelos de intervenção de educação construtivista;
- Habilidade interpessoal e experiência na resolução de conflitos e métodos de tomadas de decisão.

- **Dinâmica Inicial de trabalho**

De acordo com a metodologia sugerida, a liderança em questão seguirá os seguintes passos:

- Entrevista com Diretoria Geral, Diretoria Administrativa e Gerência Operacional;
- Entrevista com os Coordenadores e demais profissionais;
- Observação à estrutura física da Unidade, os processos de trabalho, e a cultura organizacional;
- Reunião para apresentação das percepções levantadas pela liderança em Educação permanente durante o processo de diagnóstico.

- **Prazo**

Nos primeiros 6 meses já espera-se obter os primeiros resultados, tendo em vista o amplo conhecimento que o FAS tem em ensino e pesquisa, nos mais de 50 anos de existência.

3.5.1.2. Programa de Retenção de Talentos

O programa concede meios atrativos de crescimento, incentivo e desenvolvimento profissional e pessoal, valorizando, reconhecendo e motivando os nossos colaboradores, fortalecendo o vínculo do FAS com os colaboradores a fim de diminuir a perda de recursos qualificados para outras instituições, obter melhores resultados organizacionais, reduzir o *turnover*, os custos e gerar maior credibilidade e confiança da instituição perante os colaboradores.

A retenção de talentos inicia-se desde o momento da admissão, onde o colaborador é acolhido e orientado através do Programa de Integração do Novo Colaborador. O intuito é proporcionar uma inserção eficaz que lhe possibilite efetuar o seu desenvolvimento e a sua aculturação aos valores éticos, profissionais e à missão do FAS. Posteriormente ele é supervisionado por um profissional mais experiente, que será responsável por orientá-lo durante a execução de suas atividades nos primeiros meses de trabalho, assim como ajudá-lo a se inserir socialmente na empresa.

A área de Gestão de Pessoas cria condições para a retenção de talentos a partir do momento em que proporciona aos colaboradores pleno conhecimento das oportunidades de crescimento profissional dentro do FAS na divulgação de todos os processos seletivos públicos externos e internos.

Buscamos valorizar, reconhecer, motivar e encorajar o colaborador na exploração de sua capacidade potencial em busca de maior conhecimento e desenvolvimento através do Programa de Avaliação e Acompanhamento de Resultados. Esta ferramenta permite identificar aspectos



de natureza interpessoal, organizacional, ambiental que influenciam no desempenho dos colaboradores.

O programa possibilita avaliar e acompanhar o desempenho dos trabalhos das equipes envolvidas e da eficácia organizacional, definir metas e objetivos dos colaboradores com o seu superior imediato e levantar os dados necessários para tornar efetiva a promoção dos colaboradores. Possibilita, ainda, apontar os índices de qualidade de vida, condições de trabalho e as necessidades de treinamento.

Através do levantamento de necessidade de treinamento é possível definir os investimentos necessários no desenvolvimento das competências estratégicas para atender aos objetivos organizacionais a curto, médio e longo prazo.

Incentivamos a multiplicação de palestras ou treinamentos realizados pelos próprios colaboradores sobre temas que dominam, reconhecendo e destacando mensalmente os melhores funcionários.

Promovemos, ainda, reuniões periódicas entre gestores para multiplicação de boas práticas para discussão do Planejamento Estratégico da organização e apresentação de críticas e sugestões. Adotamos práticas de visitas semanais às unidades, onde aplicamos o *check list* com os Gerentes e colaboradores, para que tenhamos um retrato fiel da realidade daquela unidade e possamos corrigir e ajudar nas soluções dos problemas levantados. Realizamos uma breve pesquisa de clima com colaboradores externos e com usuários a fim de descobrir como estão suas expectativas, intensificar a credibilidade da organização e ouvir sugestões de melhoria.

Por fim, no intuito de integrar as pessoas, possuímos um canal direto de comunicação com a área de gestão de pessoas, onde os funcionários podem debater sobre assuntos diversos, tirar dúvidas, fazer críticas, sem a obrigatoriedade de identificação.

O nosso maior objetivo é proporcionar satisfação no ambiente de trabalho onde o equilíbrio entre as obrigações profissionais e pessoais estejam presentes.

3.5.1.3. Programa Jovem Aprendiz

O FAS em cumprimento do Decreto Lei 8.622/46 aderiu ao Programa Jovem Aprendiz com o fim de propiciar ao Jovem a formação necessária para a qualificação profissional, com conhecimentos gerais e tecnológicos para o desempenho das atividades administrativas do mercado de trabalho. Esta parceria é realizada pelo SENAC, referência em programas de aprendizagem no país.

Nosso Programa tem como objetivo proporcionar conhecimento prático alinhado ao teórico, além de responsabilidades através das atividades, tais como: prestar apoio logístico às rotinas administrativas na unidade de saúde e sede, auxiliar na execução das rotinas administrativas e apoio aos gestores das unidades.

3.5.2. APRESENTAÇÃO DE PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS

Em atendimento a este critério de pontuação apresentamos o Plano de Cargos e Salários no **Anexo XI - Plano de Cargos e Salários**.

O Plano de Cargos e Salários do FAS preza pela organização de um RH estratégico, que se forma, a partir da missão e atribuições essenciais de cada cargo e suas respectivas grades de classe e nível salarial, trazendo mobilidade e com foco nas competências profissionais.

De forma prática, com o Plano de Cargos e Salários se garante:

- Desenho do perfil e competências necessárias para desenvolver o escopo salarial horizontal e vertical;
- Definição da Política Salarial e os modelos estratégicos de remuneração baseados em competências;
- Equilíbrio no escopo de responsabilidades, cargos e resultados esperados com consequente satisfação profissional.

3.5.2.1. Metodologia Estrutural

A configuração para a construção dos cargos e salários de nossa atividade meio segue a seguinte metodologia estrutural:

- Separação de funcionários em pequenos grupos multidisciplinares com objetivos específicos;
- Conjunto de atividades de natureza semelhantes, amplas e estratégicas, permitindo flexibilidade no exercício de atribuições corporativas, com igual responsabilidade e flexibilidade. Possibilita a diminuição de desvios de função e a facilidade na administração;
- Evolução funcional por competência.

3.5.2.2. Gratificação

- **Gratificação Funcional**

Conforme a geração de responsabilidades e volume de experiência para as especificidades da função e do negócio.

- **Gratificação por Habilidade**

Gratificação que está ligada à natureza de incentivo à qualificação dos profissionais. Poderá vincular aos níveis de especialização, direcionando a formação para suprir as necessidades organizacionais.

- **Gratificação por Tempo de Serviço**

Gratificação concedida por atuar por mais de 5 anos dentro da organização em cargos de gestão (Gerente, Superintendência e Direção) atuando diretamente em nossa atividade fim (unidades) e possuir avaliação positiva da Direção.

- **Percentuais estipulados**

Os percentuais pagos giram em torno de 30% a 50% mediante nível de especialização e experiência na função.

3.5.2.3. Criação de Novos Cargos

Com o objetivo decorrente da necessidade de ampliação dos serviços, de demandas tecnológicas e/ou de novas possibilidades mercadológicas e de estrutura gerencial, novos cargos poderão ser criados no escopo raiz da tabela de cargos e salários ou dentro dos aditivos de contrato acordados entre CONTRATANTE E CONTRATADO.

3.5.3. PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO, SUGESTÃO DE CONDUTAS PARA COMBATER ABSENTISMO DOS PROFISSIONAIS E ESTIMULAR PRODUÇÃO

3.5.3.1. Proposta para estabelecimento de normas para seleção de pessoal

A Política para execução do processo seletivo compreende divulgação em larga escala, período de inscrição, homologação e etapas de seleção, os quais devem atender os princípios da transparência, da moralidade e da economicidade, devidamente compatibilizado com a natureza e os termos legais, com os padrões de mercado e com a necessidade do serviço.

A área de Gestão de Pessoas do FAS é responsável pela execução e coordenação dos Processos de Recrutamento e Seleção.

O Processo Seletivo é pautado em critérios objetivos de avaliação e poderá ser realizado com pelo menos duas etapas – prova e entrevista, atendendo os princípios constitucionais da administração pública, documentado através de Edital de seleção pública.

O FAS convocará os candidatos para a contratação de acordo com a ordem final de classificação, dentro do prazo de validade do Processo Seletivo.

No caso de impossibilidade de convocação do candidato por ausência de dados suficientes ou sua inconsistência, este será desclassificado do Processo Seletivo e será convocado o candidato subsequente.

A área de gestão de pessoas do FAS cuidará para que não haja contratações de colaboradores em detrimento à ordem de classificação de Processos Seletivos em aberto. Constará expressamente em todas as informações do Processo Seletivo Público a data de sua divulgação no meio elegido pelo Edital.

Será assegurado aos portadores de necessidades especiais direito de reserva de percentual de vagas do Processo de Recrutamento e Seleção, sempre que a natureza da função permitir.

Não será exigido Processo Seletivo Público para contratação de cargos de chefia, direção e de confiança.

O FAS poderá contratar terceiros para organizar e realizar o Processo de Seletivo Externo e



poderá cobrar taxa de inscrição destinada ao custeio dos processos seletivos públicos.

A execução e coordenação dos processos seletivos deverão ser de responsabilidade da Área de Gestão de Pessoas, que selecionará os profissionais que demonstrarem maior qualificação e capacidade para o exercício do segmento de carreira e/ou função a ser preenchido, através de um conjunto de técnicas previamente selecionadas e ajustadas à melhor forma de avaliação dos requisitos definidos para cada cargo. Entretanto em todos os processos seletivo a chefia requisitante deverá participar desde a definição / complementação dos requisitos da vaga, ao acompanhamento das etapas de avaliação e na decisão final da escolha dos profissionais.

No provimento, através de recrutamento e seleção externa, de qualquer posição, o enquadramento salarial, como regra, ocorrerá nos moldes do plano de cargos e salários, podendo excepcionalmente ser aprovado pela área de Gestão de Pessoas em conjunto com a Direção, o enquadramento em degrau superior, quando houver comprovação da necessidade de profissional com devida especialização, valores diferenciados e experiência anterior de alto interesse para a organização e atender plenamente aos critérios de qualificação profissional para o cargo.

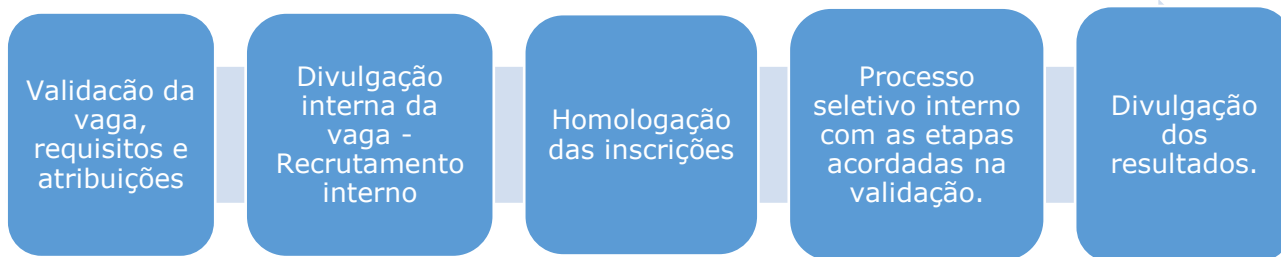
• **Processo Seletivo Interno**

A fim de dar ação aos valores institucionais o FAS utiliza das diretrizes institucionais, aliadas aos objetivos de toda a gestão, para gerar possibilidades de crescimento e retenção de talentos em sua equipe de trabalho. Desta forma, o processo seletivo interno é valorizado e possui suas regras de aplicabilidade e de participação:

Regras de aplicabilidade	• Análise da vaga e possibilidades internas.
Regras de participação	• Tempo de empresa (1 ano); • Tempo na função (6 meses); • Avaliação de Desempenho; • Registros de Feedback; • Avaliação de faltas, advertências/suspensões; • Cumprimento dos requisitos exigidos para a vaga em aberto.

As regras reforçam à importância do foco nas competências para a sustentabilidade organizacional e os princípios de transparência, impessoalidade e economicidade.

Etapas:



• **Processo Seletivo para Médico**

O caso dos médicos, como há baixa adesão aos processos seletivos públicos no modelo citado, há necessidade de adotar estratégias para garantir o quadro de equipes completas. Desta forma, as vagas são divulgadas em sites dos conselhos médicos, redes sociais, hospitais e instituições de ensino. Contamos também com a atividade de *Hunting* ativo na captação de profissionais médicos, divulgando presencialmente nas principais universidades, participamos de congressos na área da saúde e eventos como colação de grau, onde divulgamos nossos programas, ofertando as vagas disponíveis. Interagimos também com outras organizações onde há uma ajuda mútua na captação dos profissionais médicos.

No processo de Recrutamento e Seleção utilizamos critérios pré-estabelecidos de perfis que atendam às expectativas internas e dos usuários.

Priorizamos o perfil de profissionais com foco em atendimento humanizado, acolhedor e com competências técnicas exigidas para exercer tal função. Utilizamos ferramentas que nos auxiliam numa análise mais assertiva do perfil comportamental, objetivando a qualidade dos serviços prestados e a retenção desses profissionais.

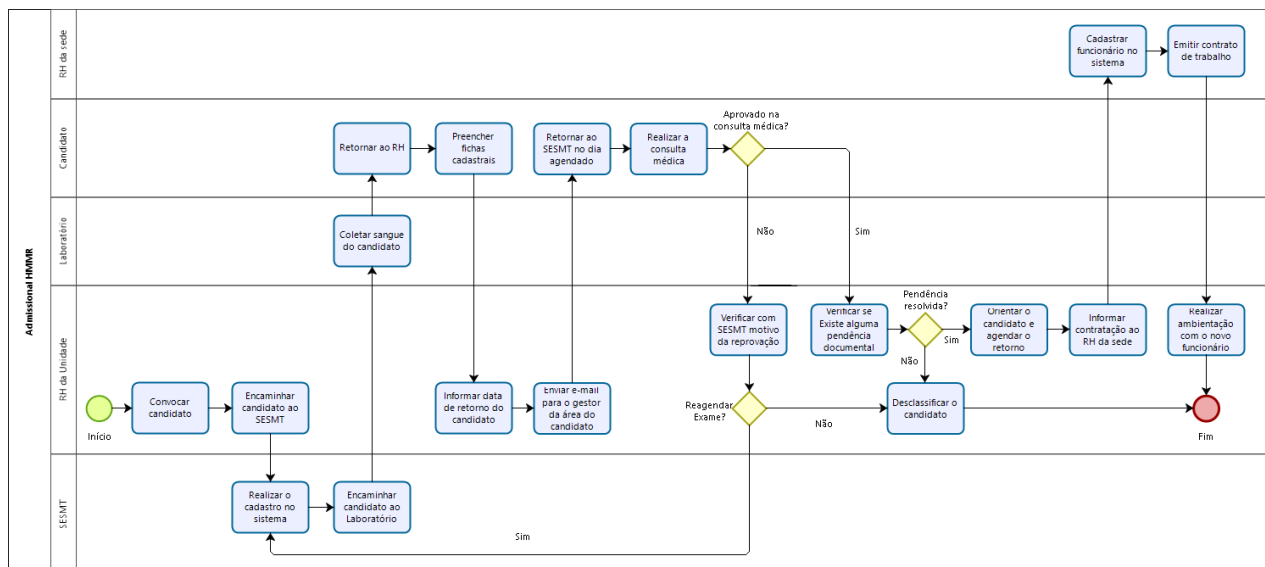
Todos os profissionais médicos passam por uma dupla avaliação, técnica e comportamental, e são apresentados aos programas antes da oficialização da contratação, para que conheçam a realidade da Unidade de saúde. Desta forma, o FAS consegue captar com agilidade e eficiência profissionais compatíveis ao perfil pelo cargo e garantir que as equipes estejam sempre completas.

• **Processo admissional**

A importância da organização e planejamento nos processos admissionais se apresenta na comunicação e formatação entre as áreas parceiras a fim de oferecer clareza, objetividade e cumprimento dos procedimentos necessários durante todo o percurso desta etapa.

A proposta para o fluxo de admissão apresenta as ações necessárias para a qualidade do processo.





• Orientação e ambientação do Novo Colaborador

A fim de atender as necessidades específicas da Unidade, a Área de Gestão de Pessoas é responsável por conduzir a integração dos novos colaboradores e treinar os representantes de Gestão de Pessoas da Unidade.

O novo colaborador é recepcionado pela Área de Gestão de Pessoas recebendo, como principais orientações:

NÍVEL INSTITUCIONAL	NÍVEL FUNCIONAL GERAL	NÍVEL FUNCIONAL ESPECÍFICO
- Histórico e atuação do FAS; - Estrutura Organizacional do FAS e da Unidade; - Ferramentas informativas para o colaborador; - Benefícios e regras institucionais; - Ferramentas de avaliação; - Processos e procedimentos institucionais; - Mapeamento dos	- Diretrizes do SUS; - Ética Profissional; - Mapeamento dos setores; - Treinamento de Higienização de mãos e paramentação e desparamentação; - Tour pela Unidade.	- Visita ao setor de atuação; - Apresentação à equipe e responsáveis hierárquicos; - Especificidade e funcionalidade dos setores de trabalho, com a apresentação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) específicos para a função a ser exercida.



setores.

- **Folha de pagamento**

O Setor de Folha de Pagamento tem como principais responsabilidades mensais o pagamento salarial de toda a força de trabalho, pagamento de autônomo, envio e pagamento de FGTS e INSS, recolhimento de INSS e IRRF, pagamento de PIS e envio das informações de admissão e demissão através do CAGED.

Como obrigações anuais o setor deve declarar todos os Recolhimentos Tributáveis à Receita Federal (DIRF) e a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) para o Ministério do Trabalho.

Pagamento Salarial

Todo o empregado deverá receber seu salário até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao trabalhado, mediante crédito em conta salário ou corrente aberta no processo admissional.

Demonstrativo Salarial – O demonstrativo salarial será disponibilizado, mensalmente, pelo e-mail cadastrado na admissão, logo após o pagamento.

3.5.3.2. Contrato de trabalho e Avaliação de desempenho

3.5.3.2.1. Introdução

As organizações estão inseridas em ambientes competitivos e dinâmicos, onde precisam se adaptar às transformações que muitas vezes são rápidas e agressivas. Em busca de maior eficiência, as técnicas e mecanismos de avaliação de desempenho vêm se transformando em importantes instrumentos de medição e controle da gestão contemporânea, servindo como apoio aos gestores em suas tomadas de decisão.

Segundo Nelly (2002), A avaliação do desempenho é um tópico muitas vezes discutido, mas raramente definido. Literalmente, consiste no processo de quantificar a ação passada, em que a avaliação é o processo de quantificação e a ação passada determina o desempenho atual. De acordo com Pereira (1993) Avaliar desempenho constitui um processo complexo que incorpora, além das características informativas necessárias para se julgar adequadamente um desempenho, requisitos essenciais para se integrar ao processo de gestão, em suas fases de planejamento, execução e controle. Dutra e Ensslin (2008), citam algumas ferramentas de avaliação de desempenho disponíveis como o BSC – Balanced Scorecard, os critérios da FNQ e o EVA – Economic Value Added, entre outros.

Van Bellen (2002) afirma que o objetivo principal dos indicadores é o de agregar e quantificar informações de uma maneira que sua significância fique mais aparente. Os indicadores simplificam as informações sobre fenômenos complexos tentando melhorar com isso o processo de comunicação.

As metodologias de avaliação de desempenho passaram a ter uma fundamental importância no cotidiano das organizações, principalmente em face das mudanças no ambiente. Dutra (2003) a



conceitua como uma das funções essenciais da prática 'gerenciar', pois não existe gerenciamento efetivo sem que o gestor de uma organização utilize um processo de medição do desempenho organizacional.

Quando descrevemos um cargo específico, atribuímos a ele os deveres e responsabilidades a serem cumpridos por seus ocupantes, porém nem sempre aquilo que o colaborador faz corresponde ao que se espera dele, pode ocorrer o um hiato entre o desempenho real e o esperado, é o que chamamos de: "discrepância de desempenho".

A grande questão é: qual o nível ou extensão desta "discrepância de desempenho" para cada colaborador e seu reflexo para o alcance dos objetivos organizacionais?

A identificação e correção dos problemas de desempenho serão obtidas através da resposta a este questionamento. A avaliação de desempenho ajuda a identificar as causas do desempenho deficiente e/ou insatisfatório, possibilitando sua correção com a participação do colaborador avaliado.

Além disso, ela possibilita: definir o grau de contribuição de cada colaborador, identificar a eficácia dos programas de treinamento, obter subsídios para promoção e remuneração, obter subsídios para elaboração de planos de ação para desempenhos insatisfatórios, promover autodesenvolvimento e autoconhecimento dos colaboradores, obter subsídio para elaboração de planos de ação para corrigir desempenhos insatisfatórios.

Entre os benefícios da avaliação de desempenho podemos citar: melhora a produtividade do indivíduo à medida em que é aceita pelo funcionário e pela organização; analisa o desempenho do colaborador dentro do cargo ocupado, contribuindo assim para o alcance das metas e objetivos estabelecidos.

O FAS entende que a avaliação de desempenho focada na qualidade da assistência é uma necessidade de qualquer instituição de saúde, entretanto, é preciso mudar "*mind set*", rever rotinas e comportamentos, estabelecer processos que estimulem a ampliação da visão, traçar planos de desenvolvimento das equipes, lançar mão de novas experiências e tecnologias e conhecer profundamente as tendências e seus impactos. Na área hospitalar, o engajamento do corpo clínico é uma das tarefas mais desafiadoras para os gestores. É fundamental utilizar de estratégias para este engajamento.

De acordo com o Luiz De Luca, superintendente do Hospital Samaritano, em São Paulo, "É impossível falar de gestão sem falar de desempenho".

Portanto a avaliação de desempenho deve ser encarada como um meio para o desenvolvimento dos Recursos Humanos e para estimular a melhoria constante dos resultados da organização.

3.5.3.2.2. Objetivo

Contribuir para ampliação da performance global da Unidade constante deste edital, através de uma gestão permanente do desempenho individual e organizacional, proporcionando uma



melhoria consistente nos indicadores assistenciais e, conseqüentemente, uma alta satisfação dos nossos clientes e da SES.

3.5.3.2.3. Definições e embasamento teórico

- **Conceitos de avaliação de desempenho**

Segundo Dessler (2003), a avaliação de desempenho pode ser definida como a avaliação da relação entre o desempenho atual ou passada de um funcionário e seus padrões de desempenho. A avaliação de desempenho também presume que os padrões de desempenho foram estabelecidos e que você dará feedback ao funcionário para ajudá-lo a eliminar deficiências de desempenho ou a manter seu bom nível de desempenho.

Para Chiavenato (2004), a avaliação de desempenho é um processo de redução de incerteza e, ao mesmo tempo, de busca de consonância. A avaliação reduz a incerteza do funcionário ao proporcionar retroação a respeito do seu desempenho. Ela busca consonância na medida em que proporciona a troca de ideias e concordância de conceitos entre o funcionário e seu gerente. De acordo com Lucena (1992), o conceito de avaliação abrange como premissa básica a confrontação de algo que aconteceu (resultado) com algo que foi estabelecido antes (meta). Do ponto de vista da avaliação de desempenho no trabalho, este conceito assume outra dimensão, ou seja, não se trata apenas de confrontar o resultado alcançado com o objetivo estabelecido e chegar a uma conclusão positiva ou negativa. A organização, por meio da ação gerencial no dia a dia de trabalho, precisa assegurar que o desempenho produza o resultado esperado, atuando pró-ativamente no sentido de identificar os desvios de desempenho e agir sobre as causas que provocaram os desvios.

- **Por que avaliar o desempenho?**

Para Chiavenato (2004), toda pessoa precisa receber retroação a respeito de seu desempenho para saber como está fazendo seu trabalho. Sem essa retroação, as pessoas caminham às cegas. Também a organização precisa saber como as pessoas desempenham suas atividades para ter uma ideia de suas potencialidades. Assim, pessoas e organizações precisam conhecer algo a respeito de seu desempenho.

De acordo com Dessler (2003), os chefes avaliam o desempenho de seus funcionários por três razões principais: primeiro a avaliação traz informações importantes para as decisões sobre promoções e aumento de salário. Segundo, permite que chefes e funcionários desenvolvam um plano para corrigir qualquer deficiência que possa ter sido revelada por ela e também permite o reforço dos pontos positivos do desempenho dos funcionários. Finalmente, as avaliações podem ser úteis para o planejamento de carreira, pois oferecem a oportunidade de revisar os planos de carreira dos funcionários à luz das forças e fraquezas demonstradas.



- **Quem deve avaliar o desempenho?**

Autores como Dessler (2003) e Chiavenato (2004), afirmam que a avaliação pode ser feita pela própria pessoa (autoavaliação), pelo gerente, pela pessoa e o gerente, pela equipe de trabalho, pelos parceiros ao redor (360°), para cima, pelo órgão de RH ou pela comissão de avaliação.

Autoavaliação – É o próprio indivíduo o responsável pelo seu desempenho e sua monitoração, com a ajuda do seu superior. Cada pessoa se avalia constantemente quanto à sua performance, eficiência e eficácia, tendo em vista determinados parâmetros fornecidos pelo seu superior ou pela tarefa;

O gerente – O supervisor geralmente está na melhor posição para observar e avaliar o desempenho do seu funcionário, além de ser o responsável por esse desempenho;

O indivíduo e o gerente – Nessa alternativa, o gerente funciona como o elemento de guia e orientação, enquanto o funcionário avalia seu desempenho em função da retroação fornecida pelo gerente. Um intercâmbio no qual cada um contribui com algo para obtenção de resultados;

A equipe de trabalho – Nesta modalidade, é a própria equipe de trabalho que avalia o desempenho de cada um de seus membros e programa com cada um as providências necessárias para a sua melhoria. Esse tipo de avaliação tem se tornado mais popular e podem ser efetivas;

Avaliação 360° – Com a avaliação 360°, as informações sobre o desempenho são coletadas de todas as pessoas ao redor do funcionário: seus supervisores, funcionários, colegas e clientes internos ou externos. Em geral, avaliação 360° é usada para desenvolvimento, não para aumentos salariais. O processo normal é fazer com que várias pessoas preencham pesquisas de avaliação sobre um indivíduo; sistemas computadorizados compilam os dados em relatórios individualizados que são apresentados à pessoa que está sendo avaliada. Ela pode então se reunir com seu supervisor para desenvolver um plano de autodesenvolvimento;

Avaliação para cima – Algumas empresas fazem com que os funcionários avaliem o desempenho dos seus supervisores um processo que muitos chamam de feedback ascendente. Esse feedback pode ajudar os gerentes a diagnosticar estilos de gerenciamento, identificar potenciais problemas pessoais e executar ações corretivas com determinados gerentes quando for necessário;

Comissão de avaliação – Um comitê de avaliação é geralmente composto pelo supervisor imediato do funcionário e por três ou quatro outros supervisores. O uso de múltiplos avaliadores pode ser vantajoso, pois pode anular problemas como os vieses individuais dos avaliadores. Pode ser também uma maneira de avaliar as diferentes facetas do desempenho de um funcionário observadas por diferentes avaliadores. É provavelmente por isso que as avaliações compostas tendem a serem mais confiáveis, justas e validas do que aquelas feitas por apenas um supervisor;



O órgão de RH – Nesta alternativa, o órgão de RH assume totalmente a responsabilidade pela avaliação do desempenho de todas as pessoas da organização. Quase sempre, as informações sobre o desempenho são obtidas com cada gerente e processadas e interpretadas, gerando relatórios ou programas de providências que são coordenados pelo órgão de RH.

3.5.3.2.4. Métodos de avaliação de desempenho

- **Métodos tradicionais de avaliação de desempenho**

Segundo Chiavenato (2004), avaliar o desempenho de um grande número de pessoas dentro das organizações utilizando critérios de equidade e de justiça e, ao mesmo tempo, estimulando as pessoas, não é tarefa fácil. Por esta razão, muitas organizações constroem seus próprios sistemas de avaliação ajustados às características peculiares de seu pessoal.

- Método de escalas gráficas

De acordo com Dessler (2003), o método de escalas gráficas relaciona uma série de aspectos e suas respectivas escalas de desempenho. São listados os aspectos (como qualidade e confiabilidade) e uma escala de valores de desempenho (este caso, de insatisfatório a excelente) para cada aspecto. O supervisor avalia cada funcionário assinalando a classificação que melhor descreve o desempenho desde em cada aspecto. A pontuação final de todos os aspectos é então totalizada.

Segundo Chiavenato (2004), o método das escalas gráficas avalia o desempenho das pessoas através de fatores de avaliação previamente definidos e graduados. Para tanto, utiliza um formulário de dupla entrada, no qual as linhas horizontais representam os fatores e avaliação do desempenho, enquanto as colunas verticais representam os graus de variação daqueles fatores. Os fatores serão previamente selecionados e escolhidos para definir em cada pessoa as qualidades que se pretende avaliar. Cada fator é definido com uma descrição sumária, simples e objetiva. Quanto melhor esta descrição, tanto maior a precisão do fator.

- Método de classificação alternativa

Para Dessler (2003), classificar os funcionários segundo um ou vários aspectos é outro método de avaliação popular. Como é geralmente mais fácil distinguir entre os piores e os melhores funcionários do que pontuá-los, o método de classificação alternada é útil. Nele, usa-se um formulário para indicar o melhor funcionário quanto ao aspecto medido e também o que é o pior, alternando entre melhor e pior até que todos os funcionários tenham sido colocados.

- Método de comparação entre pares

Segundo Dessler (2003), com o método de comparação entre colegas, todos os funcionários a serem avaliados são comparados com cada um dos demais funcionários em cada aspecto. Por



exemplo, suponha que haja cinco funcionários a serem classificados por esse método. Um quadro mostra todos os possíveis pares de funcionários para cada aspecto. Então, para cada funcionário, o supervisor indica (com sinal de mais ou de menos) se ele é melhor ou pior que cada um dos demais funcionários naquele aspecto. Em seguida, soma-se o número de vezes que um funcionário foi classificado como melhor.

- Método de escolha forçada

Segundo Pontes (1996), o método parte do pressuposto que deve existir, em uma empresa, uma curva normal de desempenho, isto é, alguns funcionários com desempenhos ruins, certo número de funcionários com desempenhos bons e alguns outros com desempenhos excelentes. Consiste, portanto, na distribuição dos funcionários de uma empresa nesses grupos predefinidos de desempenho.

De acordo com Chiavenato (2004), o método consiste em avaliar o desempenho das pessoas através de frases descritivas que focalizam determinados aspectos do comportamento. Cada bloco é composto de duas, quatro ou mais frases. O avaliador deve escolher forçosamente apenas uma ou duas frases de cada bloco que mais se aplicam ao desempenho do funcionário avaliado. Ou então, escolher a frase que mais representa o desempenho do funcionário e a frase que mais se distancia dele.

- Método dos incidentes críticos

Segundo Dessler (2003), no método dos incidentes críticos, faz-se um registro de exemplo excepcionalmente bons ou indesejáveis dos comportamentos de trabalho de um funcionário e revisa-se esse registro com esse funcionário em períodos determinados. O método de incidentes críticos é frequentemente usado para suplementar um método de classificação. Ele garante que o supervisor pense sobre a avaliação do funcionário durante o ano todo, já que os incidentes precisam ser registrados; assim, a avaliação não reflete apenas o desempenho mais recente do funcionário. Uma lista de incidentes críticos pode também fornecer exemplos concretos do que os funcionários podem fazer especificamente para eliminar deficiências de desempenho.

Para Pontes (1996), o método dos incidentes críticos tem como pressuposto que no comportamento dos indivíduos existem certas características que podem levar a resultados normais, muito positivos, ou muito negativos. O método não tem a preocupação de avaliar as situações normais, mas, sim, os extremos de comportamento, tantos positivos quanto negativos no trabalho. O método pressupõe observação e registro sistemático, tanto dos fatos positivos quanto dos negativos, por parte do líder, sobre o comportamento das pessoas de sua equipe, nas situações de trabalho. A finalidade é encontrar as exceções entre os membros das equipes de trabalho.



- Críticas aos métodos tradicionais de avaliação

Os métodos tradicionais são burocratizados, rotineiros e repetitivos, tratando as pessoas como de forma homogênea e padronizada e, por essa razão, as empresas vêm buscando novos métodos, mais participativos e impulsionadores da avaliação.

A desburocratização nos processos de avaliação se reflete principalmente na redução de formulários e de material impresso. As avaliações vêm se tornando mais simples e descontraídas, menos formais e sem critérios complicados e genéricos impostos por um órgão centralizador e burocrático.

Os métodos modernos fazem uma nova abordagem da matéria, com maior participação do colaborador no planejamento de desenvolvimento pessoal, com foco no futuro e na melhoria contínua do desempenho.

3.5.3.2.5. Métodos modernos de avaliação de desempenho

Conforme Chiavenato (2004), as limitações dos métodos tradicionais de avaliação do desempenho têm levado as organizações a buscar soluções criativas e inovadoras. Estão surgindo novos métodos de avaliação do desempenho que se caracterizam por uma colocação totalmente nova do assunto: autoavaliação e auto direção das pessoas, maior participação do funcionário em seu próprio planejamento de desenvolvimento pessoal, foco no futuro e na melhoria contínua do desempenho.

- **Administração por objetivos (APO)**

De acordo com Pontes (1996), na APO os objetivos são definidos como os alvos que os indivíduos ou as organizações procuram alcançar em um determinado período. Portanto, os objetivos podem ser individuais, departamentais ou organizacionais. Quando, as organizações, os departamentos e as pessoas têm objetivos definidos, estes contribuem para o aumento da produtividade, qualidade dos produtos e serviços da empresa e, por outro lado, aumentam a motivação e o poder de realização dos indivíduos no trabalho.

Para Dessler (2003), o método de administração por objetivos (management by objectives) requer que o gerente estabeleça metas mensuráveis para cada funcionário e discuta periodicamente o processo deste em direção as metas. O termo APO em geral se refere a um programa de estabelecimento de metas e avaliações que abrange toda a empresa composta por seis etapas:

- Estabelecer as metas da organização;
- Estabelecer as metas departamentais;
- Discutir as metas departamentais;
- Definir resultados esperados;



- Conduzir revisões de desempenho e medir os resultados;
- Dar feedback.

- Avaliação Participativa por Objetivos (APPO)

Ainda segundo Chiavenato (2004), na moderna concepção, a avaliação do desempenho começa não pela apreciação do passado, mas pela focalização no futuro. Ou melhor, está mais orientada para o planejamento do desempenho futuro do que para o julgamento do desempenho passado. E não fica somente nisso: procura orientar o desempenho para fins e objetivos previamente negociados e fixados, cercá-lo de todos os recursos necessários para a sua adequada consecução, medi-lo com medições adequadas e comparativas e, sobretudo, procura dar-lhe consistência através de constante retroação e avaliação contínua. Tudo para assegurar um desempenho conforme as necessidades da organização e os objetivos de carreira do avaliado.

Chiavenato (2004) define seis etapas da avaliação do desempenho dentro da APPO:

- Formulação de objetivos consensuais;
- Comprometimento pessoal quanto ao alcance dos objetivos conjuntamente formulados;
- Negociação com o gerente sobre a locação dos recursos e meios necessários para o alcance dos objetivos;
- Desempenho;
- Constante monitoração dos resultados e comparação com os objetivos formulados;
- Retroação intensiva e contínua avaliação conjunta.

- Avaliação por competências

Competências são conhecimentos, habilidades e atitudes, independentes ou não entre si, que, afetando as atividades realizadas por uma pessoa ou por uma equipe, têm efeito sobre seu desempenho, podendo ser medidas por meio de padrões definidos e aperfeiçoadas por meio de treinamento e desenvolvimento.

A avaliação por competências visa ampliar a capacidade dos colaboradores, acrescentando algumas e aumentando as já existentes.

Procura identificar as competências essenciais para a eficácia profissional e as lacunas de qualificação do colaborador para a execução de suas tarefas e fornecer recursos para seu aperfeiçoamento.

Começa-se mapeando as competências para o bom desempenho das atividades e o perfil do colaborador quanto a estas competências, dividindo-as em três blocos:

- Conceituais (conhecimentos - conceitos e teorias que embasam as competências técnicas – informações, conceitos, ideias, experiências);



- Técnicas (habilidades - métodos e ferramentas específicas para determinada área de trabalho – saber fazer);
- Interpessoais (atitudes – formas de agir e valores pessoais que permitem que as pessoas se comuniquem e interajam de forma eficaz).

Baseia-se observar que, dependendo de sua abrangência, as competências podem ser classificadas de várias outras formas. Exemplos:



3.5.3.2.6. Escopo

Implementar um sistema de avaliação de desempenho que envolva toda a organização e que consiga mensurar o impacto do desempenho individual na qualidade da assistência, englobando indicadores assistenciais complementares aos propostos para o Termo de Colaboração/Fomento e possibilitando estabelecer parâmetros para melhoria contínua da gestão.

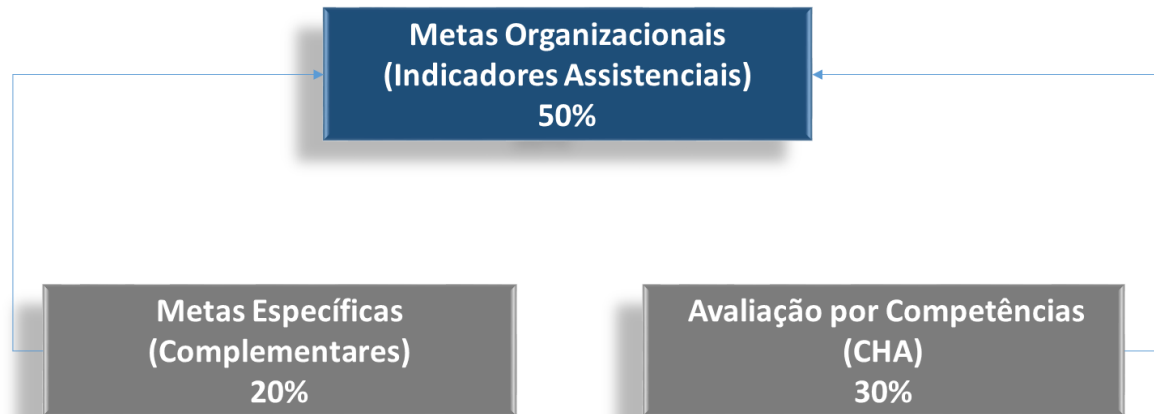
Os programas de avaliação de desempenho vêm, nos últimos tempos, sendo objeto de inúmeros aperfeiçoamentos, convivendo hoje nas organizações alguns modelos bastante tradicionais com outros mais evoluídos.

Para melhor atender a complexidade de uma unidade de saúde e ao mesmo tempo ter um alinhamento estratégico com os indicadores assistenciais definidos para o Termo de Colaboração/Fomento, utilizaremos um modelo híbrido que engloba os métodos de Administração por Objetivos e Avaliação por Competências.

No método de Administração por Objetivos as macros metas organizacionais são estabelecidas para toda a organização antecipadamente, a exemplo das metas definidas no Termo de Colaboração/Fomento e disseminadas para todas as áreas da empresa.

Entretanto, consideramos de vital importância avaliar também as Competências, ou seja, Conhecimentos, Habilidades e Atitudes (CHA) de cada indivíduo, que impactam no desempenho da equipe / departamento e, conseqüentemente, nas macros metas organizacionais.

Na avaliação de desempenho as metas estarão divididas em três blocos, com pesos / impactos diferentes para composição do resultado da avaliação de desempenho, conforme abaixo:



Metas Organizacionais (Peso 50%): É o conjunto de metas definidas para os indicadores assistenciais estabelecidos no Termo de Colaboração/Fomento.

Metas Específicas (Peso 20%): É conjunto de metas complementares que são diretamente impactadas por uma função, equipe específica ou equipe multidisciplinar.

Avaliação de Competências - CHA (Peso 30%): são conhecimentos, habilidades e atitudes fundamentais para alcance das metas organizacionais e específicas, fazendo uso de escalas gráficas. No entanto, as competências não serão agrupadas nos três grupos CHA, mas sim em áreas de competência, tanto quanto possíveis independentes entre si.

Isso vai possibilitar a identificação de pontos a serem fortalecidos para melhora do desempenho individual e é de simples e rápida implementação. Além disso, poderá ser avaliado também o potencial de evolução de cada colaborador, gestor ou não, ou seja, sua capacidade para assumir maiores responsabilidades a curto, médio e longo prazo.

3.5.3.3. Sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção

O FAS desenvolve ações a fim de diminuir o índice de absenteísmo, os atestados recebidos são validados através da área de Medicina e Saúde no Trabalho, realizando assim o mapeamento das causas de afastamento do trabalho.

Na gestão da Unidade, teremos um Analista de Gestão de Pessoas que acompanhará todos os casos dos colaboradores com alto índice de absenteísmo. Este profissional tem como missão ouvir, conversar, acolher e encaminhar a consultoria de medicina e saúde do trabalhador para uma consulta de assistência e monitoramento do seu bem-estar.

A ausência dos trabalhadores diminui a produção, o que pode refletir de forma negativa tanto nos indicadores quantitativos e qualitativos, quanto propriamente no atendimento à população.

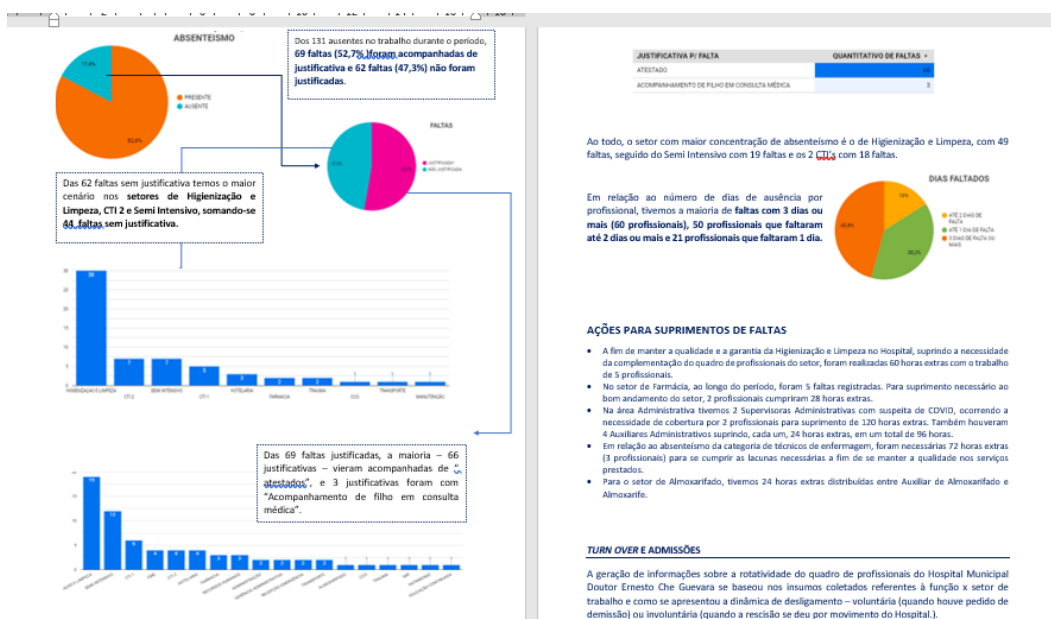
Adotaremos algumas medidas preventivas, que são:

- Medidas preventivas orientadas para o indivíduo:
 - Ex.: Exames médicos periódicos, vacinação, equipamento de proteção individual

contra os riscos ocupacionais, educação para a saúde;

- Medidas preventivas orientadas para o ambiente de trabalho físico e psicossocial:
 - Ex.: Criação de um ambiente de trabalho saudável, seguro e produtivo, incentivo à participação na organização do trabalho e na gestão, participação no sistema de gestão de pessoas;
- Medidas processuais, administrativas ou disciplinares:
 - Ex.: Perda de vencimento e/ou de prêmios de assiduidade, exames de alta feitos pelo médico do trabalho.
- **Relatórios de recursos humanos**
 - Mensalmente, o setor de RH da sede emite relatórios de acompanhamento dos números e atividades realizadas em cada contrato sob sua gestão;
 - Os principais objetivos do relatório é apresentar os números dos contratos referentes aos indicadores de absenteísmo, *turnover* e treinamentos realizados;
 - Os dados recolhidos para análise são referentes aos períodos de apuração do ponto.

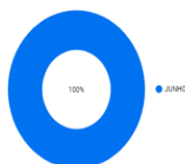
Exemplos de relatórios emitidos:



Das 33 faltas justificadas, 100% acompanhou a apresentação de atestados

JUSTIFICATIVA P/ FALTA	QUANTITATIVO DE FALTAS
ATESTADO	33
CASAMENTO	0
CONSULTA MÉDICA	0
DOAÇÃO DE SANGUE	0
LICENÇA MATERNIDADE	0
LICENÇA PATERNIDADE	0
ACOMPANHAMENTO DE FILHO EM CONSULTA MÉDICA	0
REUNIÃO ESCOLAR	0

QUANTITATIVO MENSAL



Em relação ao número de dias de ausência por profissional, tivemos a maioria de **faltas com 3 dias ou mais (27 profissionais)**, **4 profissionais que faltaram 2 dias** e **2 profissionais que faltaram 1 dia**.

DIAS FALTADOS



TURN OVER

A geração de informações sobre a rotatividade do quadro de profissionais do Hospital Municipal Doutor Ernesto Che Guevara se baseou nos insumos coletados referentes à função x setor de trabalho e como se apresentou a dinâmica de desligamento – voluntária (quando houve pedido de demissão) ou involuntária (quando a rescisão se deu por movimento do Hospital.).

Em relação à turn over, nossos dados são referentes ao quantitativo de profissionais CLT, que no período apresentou-se num total de 476 funcionários.

No período houveram **8 saídas de profissionais CLT, todas motivadas pelo próprio funcionário, 1,68% do quadro total de funcionários registrados.**

POR FUNÇÃO

FUNÇÃO	QUANTITATIVO
TECNICO DE ENFERMAGEM	6
AUXILIAR DE ROUPARIA	1
AUXILIAR DE FARMACIA	1



Os objetivos estão intrinsicamente ligados:



▪ À **FORMAÇÃO** e amadurecimento de equipes – Agregar a construção coletiva baseando-se nas necessidades das equipes, atuando com estratégias, planos de ação e metodologias que tragam alicerces às práticas.

▪ Ao desenvolvimento da **PRÁTICA** individual – Desenvolver o indivíduo no seu ambiente de trabalho e nas especificidades da sua função, que devem ser estimuladas e aguçadas para o aumento da qualidade técnica e a evolução do comportamento frente às situações e desafios profissionais.

▪ À **QUALIDADE** dos processos e procedimentos - cumprimento e aprimoramento de protocolos e assertividade dos resultados relativos às metas estipuladas nos indicadores de contrato.

Os controles para acompanhamento de toda a rede de treinamento contam com os seguintes formulários e registros online:

- Matriz de treinamento – com as principais informações relativas ao tema;
- Levantamento de Necessidades de Treinamento - descrevendo os pontos necessários para a construção e aplicação do tema solicitado;
- Agenda online – com o catálogo de treinamentos e previsão e realização mensal;
- Relatórios de efetividade;
- Listas de presença;
- Relatórios de pós capacitação.

A vigência do relatório, conforme descrito neste documento, é referente às atividades do mês de agosto.

SETORES ENVOLVIDOS / TURMAS / HORAS - TREINAMENTO

Os setores que se envolveram nesta estratégia e metodologia de desenvolvimento profissional no período são: CCIH, CME, SESMT, ENGENHARIA CLÍNICA, EDUCAÇÃO PERMANENTE/CONTINUADA E CTI.

Total de Turmas	Total de Horas	Temáticas	Setores responsáveis
177	169	32	6

Em agosto tivemos um aumento de mais de 54% de turmas de treinamentos, com um total de 177 turmas realizadas, com 1562 participações, 32 temáticas diferenciadas e com 169 horas dedicadas por 6 setores diferentes.



A maior quantidade de treinamentos se concentrou no SESMT, com 69 turmas e 121 horas de treinamento. A Engenharia Clínica aplicou capacitação em 33 turmas com 8 horas de duração. Já o CTI, também com 33 turmas, obteve um total de 25 horas de treinamento.

Em todos os relatórios são apresentadas todas as ações corretivas, melhorias realizadas e comparações em percentual relativas ao relatório do mês anterior. A fim de trazer transparência e visibilidade do escopo dos nossos recursos humanos e possibilidades de novas ações individuais, por setor e por função.

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)

3.5.4.1. Registro e controle de pessoal

O controle da frequência dos profissionais será por meio de ponto biométrico, cujo objetivo é oferecer, através da automatização, o melhor controle da jornada de trabalho, acompanhando, com maior fidedignidade e praticidade, a frequência de toda a equipe de profissionais e a garantia da segurança e melhor qualidade da informação no processo de documentação, pagamentos e registros, conforme previsto na legislação vigente.

A garantia da fidedignidade das informações se apresenta na implantação de câmeras de segurança em pontos estratégicos próximos ao local do ponto biométrico.

A manutenção do equipamento é acionada em um prazo de 24 horas, quando as possibilidades de resolução administrativas internas não extinguem o problema.



3.5.4.2. Modelo para escalas de trabalho

Manter o quantitativo necessário de profissionais, na escala de trabalho, observando o disposto nas Resoluções prevista em cada lei de exercício profissional, disponibilizando seu conhecimento em local acessível aos profissionais.

As unidades de internação devem funcionar de forma ininterrupta, por 24h. Os profissionais que atuam no setor devem seguir escala de trabalho definidas por suas respectivas coordenações/gerências.

As escalas de trabalho mensais serão elaboradas pela chefia imediata, respeitando o limite e regras estabelecidos por lei.

As mesmas serão entregues ao setor de RH até 15 de antecedência do mês de competência. Desta forma, o colaborador estará ciente e apondo a sua assinatura na escala de trabalho conhecendo os seus horário e folgas com pelo menos 15 dias de antecedência.

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

Em caso de falta, o colaborador que se comprometeu a fazer o plantão do colega será responsabilizado e sofrerá o desconto em seu salário.

3.5.4.3. Apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)

O FAS desenvolve ações a fim de diminuir o índice de absenteísmo, os atestados recebidos são validados através da área de Medicina e Saúde no Trabalho, realizando assim o mapeamento das causas de afastamento do trabalho.

Na gestão da Unidade de saúde, teremos um Analista de Gestão de Pessoas que acompanhará todos os casos dos colaboradores com alto índice de absenteísmo. Este profissional tem como missão ouvir, conversar, acolher e encaminhar a consultoria de medicina e saúde do trabalhador para uma consulta de assistência e monitoramento do seu bem estar.

Critérios e normas para férias:

- Organizar e submeter à aprovação do superior imediato a escala de férias dos funcionários;
- Elaborar escala de Férias anualmente;
- Responsável técnico deverá confeccionar mapa anual de férias em conformidade com rotina operacional padrão específica do seu Serviço.

A ausência dos trabalhadores diminui a produção, o que reflete de forma negativa nos indicadores tanto de qualidade quanto financeiro da empresa.

Adotaremos algumas medidas preventivas, que são:

- Medidas preventivas orientadas para o indivíduo:
 - Ex.: Exames médicos periódicos, vacinação, equipamento de proteção individual contra os riscos ocupacionais, educação para a saúde;
- Medidas preventivas orientadas para o ambiente de trabalho físico e psicossocial:
 - Ex.: Criação de um ambiente de trabalho saudável, seguro e produtivo, incentivo à participação na organização do trabalho e na gestão, participação no sistema de gestão de pessoas;
- Medidas processuais, administrativas ou disciplinares:
 - Ex.: Perda de vencimento e/ou de prêmios de assiduidade, exames de alta feitos pelo médico do trabalho.

3.6. Metodologia de Projetos

3.6.1. PROPOSTA DE TRABALHO COM ADEQUADO PLANEJAMENTO, VISÃO DE FUTURO, CRONOGRAMAS DE EXECUÇÃO, CUSTOS ESTIMADOS E RESULTADOS FACTÍVEIS

HOSPITAL: HEJ				Percentil adotado - P-50		
Descrição	Correspondência Painel Comparativo De Custos	Quantidade Projetada		Custo unitário P25	Custo unitário P50	Custo unitário P75
1. SERVIÇOS HOSPITALARES (c/ HM e c/ Mat/Med)		Leitos	Paciente-dia			
1.1 Internação						
1.1.1 Enfermaria Adulto Clínico	Pacientes-dia	34	931	684,57	934,48	1.227,91
1.1.2 Enfermaria Adulto Cirúrgica	Pacientes-dia	45	1.363	684,57	934,48	1.227,91
1.1.3 Enfermaria Pediátrica	Pacientes-dia Pediatria	5	130	932,46	1.160,29	1.653,95
1.1.4 Enfermaria Cirúrgica Pediátrica	Pacientes-dia Pediatria	1	26	932,46	1.160,29	1.653,95
1.1.5 Enfermaria Obstétrica	Pacientes-dia Clínica Ginecológica Obstétrica	11	285	788,03	940,91	1.394,99
1.1.6 Enfermaria Saúde Mental	Pacientes-dia Psiquiatria	10	259	662,07	924,92	1.336,39
1.1.7 UCN	Pacientes-dia Cuidados Intermediários Neonatal	2	52	715,54	1.060,30	1.747,91
1.1.8 UTI Adulto	Pacientes-dia UTI Adulto	20	548	1.985,48	2.422,96	2.864,42
		128	3.394			
1.2 Urgência e Emergência						
1.2.1 Pronto Atendimento	Pacientes atendidos de PA / PS		7.130	383,08	271,52	492,86
2. CIRURGIA ELETIVA AMBULATORIAL						
2.1 Cirurgia Oftalmológica	Horas de Centro Cirúrgico (45min ou 0,75h)	258	393,5	1.494,17	1.951,31	2.703,14
3. CIRURGIA (c/ HM e c/ Mat/Med)						
3.1 Cirurgia eletiva alto giro	Horas de Centro Cirúrgico (2h)	96	392,0	1.494,17	1.951,31	2.703,14
3.2 Cirurgia eletiva de média ou alta complexidade	Horas de Centro Cirúrgico (4h)	48	392,0	1.494,17	1.951,31	2.703,14
3.3 Cirurgia de alta complexidade e alto custo	Horas de Centro Cirúrgico (8h)	32	256,0	1.494,17	1.951,31	2.703,14
3.4 Demais cirurgias	Horas de Centro Cirúrgico (1,4)	387	261,8	1.494,17	1.951,31	2.703,14
3.5 Partos Cesáreos	Horas de Centro Cirúrgico (1,4)	62	86,8	1.494,17	1.951,31	2.703,14
3.6 Parto Natural	Partos	41		1.962,74	3.020,04	5.219,74
4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL (c/ HM e c/ Mat/Med)						
4.1 Consulta Médica	Consultas Ambulatoriais Médicas	1.700		98,00	146,80	207,21
4.2 Consulta Multiprofissionais	Consultas Ambulatoriais Não Médicas	1.300		39,39	65,85	114,22
4.3 Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais	Procedimentos Ambulatoriais	72		126,67	394,74	289,10
		3.072				
5. SERVIÇOS DE SADT - INTERNO (c/ HM e c/ Mat/Med)						
5.1 Análises Clínicas	Exames de Análises Clínicas	25.393		7,42	10,42	15,10
5.2 Ecocardiograma	Exames de Ecocardiografia	40		119,04	176,16	274,93
5.3 Eletrocardiograma	Exames de Eletrocardiografia	519		13,66	28,15	45,74
5.4 Endoscopia	Exames de Endoscopia	3		286,67	542,86	769,22
5.5 Radiografia	Exames de Radiografia	2.301		42,96	61,00	96,10
5.6 Tomografia computadorizada	Exames de Tomografia	1.462		128,17	175,17	228,27
5.7 Ultrassonografia	Exames de Ultrassonografia	326		73,59	107,11	162,63
5.8 Fisioterapia	Exames de Fisioterapia	3.688		15,72	28,18	45,69
5.9 Hemodiálise	Exames de Hemodiálise	155		317,15	529,40	871,36
5.10 Psicologia	Exames de Psicologia	2.794		26,19	49,13	73,39
		36.281				
6. SERVIÇOS DE SADT - EXTERNO (c/ HM e c/ Mat/Med)						
6.1 Biópsia de tireoide (PAAF)	Exame	25		291,24	319,35	612,79
6.2 Colonoscopia	Exames Endoscopia	50		286,67	542,86	769,22
6.3 Endoscopia digestiva alta	Exames Endoscopia	100		286,67	542,86	769,22
6.4 Tomografia com e sem contraste	Exames de Tomografia	20		128,17	175,17	228,27
6.5 Ultrassonografia convencional	Exames de Ultrassonografia	30		73,59	107,11	162,63
6.6 Ultrassonografia Doppler	Exames de Ecodoppler	45		158,18	174,69	237,92
		270				
7. OUTROS SERVIÇOS						
7.1 Escritório de Gestão de Alta	Exame	10		2.914,75	4.393,10	9.125,47
		10				
CUSTEIO MENSAL ESTIMADO						
Observações sobre base de preços utilizada:						
1.1.7. Custo unitário do Painel Comparativo de Custos do hospital Estadual de Formosa de 12/2022 a 11/2023.						
4.3. Custo unitário do Painel Comparativo de Custos do Hospital Estadual de Formosa 12/2022 a 11/2023.						
6.1. Custo unitário do Painel Comparativo de Custos do Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi - HGG de 11/2022 a 10/2023.						
7.1. Custo unitário do Painel Comparativo de Custos do próprio estabelecimento, referente aos Pacientes atendidos de PA/PS sem recursos externos, mat/med, honorários/serviços médicos, SADTs e custo fora da amostra. Os percentis extraídos foram P25 (R\$ 95,88), P50 (R\$ 144,51) e P75 (R\$ 300,18). A esses valores foi multiplicado o quantitativo de 30,4 dias do mês.						
				7.252.191,20	9.920.175,59	14.383.577,48

3.6.1.1. Estimativa de despesas

Apresentamos a seguir as estimativas de despesas para gestão da Unidade. Custo mensal de **R\$ 9.920.175,60** (nove milhões, novecentos e vinte mil, cento e setenta e cinco reais e sessenta centavos), o que representa **R\$ 357.126.321,60** (trezentos e cinquenta e sete milhões, cento e vinte e seis mil trezentos e vinte e um reais e sessenta centavos) para o período de 36 (trinta e seis) meses.



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

DESPESA	CUSTO MENSAL
1. PESSOAL	6.253.524,17
1.1. Salários	1.115.457,02
1.2. Outras formas de contratação	4.292.284,45
1.3. Encargos	410.488,06
1.4. Fundo de Reserva (13º salário e férias)	296.711,50
1.5. Fundo de Reserva (Rescisões)	94.069,54
1.6. Benefícios	44.513,60
2. MATERIAIS E MEDICAMENTOS	1.070.000,00
2.1. Medicamento	400.000,00
2.2. Material médico hospitalar	300.000,00
2.3. OPME	350.000,00
2.4. Material de expediente	20.000,00
3. CONTRATOS E SERVIÇOS	2.299.046,16
3.1. Água e Esgoto	30.000,00
3.2. Energia elétrica	100.000,00
3.3. Alimentação (Pacientes e funcionários)	350.000,00
3.4. Coleta de resíduos hospitalares	20.000,00
3.5. Esterilização	120.000,00
3.6. Exames laboratoriais e imagem	347.000,00
3.7. Lavanderia e roupa	120.000,00
3.8. Limpeza e higienização	180.000,00
3.9. Manutenção predial (preventiva e corretiva)	80.000,00
3.10. Engenharia clínica	80.000,00
3.11. Segurança patrimonial/vigilância	60.000,00
3.12. Controle de acesso	40.000,00
3.13. Seguros	10.000,00
3.14. Transporte de apoio à unidade	9.000,00
3.15. Transporte - Ambulância	50.000,00
3.16. Dedetização e limpeza da caixa D'agua	10.000,00
3.17. Manutenção dos equipamentos de climatização (preventiva e corretiva)	80.000,00
3.18. Manutenção do grupo gerador (preventiva e corretiva)	30.000,00



3.19. Uniformes e identificação	25.000,00
3.20. Gases medicinais	80.000,00
3.21. Serviços de hemoterapia	80.000,00
3.22. Serviço de nefrologia e hemodiálise	70.000,00
3.23. Serviço de lactário	15.000,00
3.24. Internet e telefonia	5.046,16
3.25. Tecnologia da Informação	40.000,00
3.26. Serviço de nutrição enteral e parenteral	20.000,00
3.27. Locação de Equipamentos Médico-Hospitalares	198.000,00
3.28. Locação de Equipamentos de Informática	50.000,00
4. GERENCIAIS E ADMINISTRATIVAS	297.605,27
4.1. Pagamento de diárias	25.000,00
4.2. Passagens aéreas	40.000,00
4.3. Serviço de telefonia e internet móvel	5.000,00
4.4. Hospedagem	15.000,00
4.5. Aluguel de veículos	10.000,00
4.7. Rateio administrativo	202.605,27

3.6.1.2. Dimensionamento de pessoal

Apresentamos abaixo o quadro de pessoal estimado, o que poderá ser revisado após assunção da gestão unidade e validação dos gestores locais, a fim de otimizar o uso dos recursos, sempre respeitando o limite orçamentário.

Categoria	Carga Horária Semanal	Quantidade	Custo Total
ALMOXARIFE - ROTINA	40	1	R\$ 6.842,21
ANALISTA ADMINISTRATIVO - ROTINA	40	4	R\$ 27.368,84
ANALISTA DE COMPRAS - ROTINA	40	1	R\$ 6.842,21
ANALISTA DE ENSINO - ROTINA	40	1	R\$ 6.842,21
ANALISTA DE FATURAMENTO - ROTINA	40	1	R\$ 6.842,21
ANALISTA DE PATRIMÔNIO - ROTINA	40	1	R\$ 6.842,21
ANALISTA DE RH - ROTINA	40	1	R\$ 6.842,21
ANALISTA DE SUPORTE TI - PLANTÃO DIA	40	2	R\$ 13.564,02
ANALISTA HOSPITALAR - ROTINA	40	1	R\$ 6.842,21
ASSESSOR DE DIRETORIA - ROTINA	40	1	R\$ 8.559,89



Categoria	Carga		
	Horária Semanal	Quantidade	Custo Total
ASSESSOR DE QUALIDADE - ROTINA	40	1	R\$ 8.559,89
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO - ROTINA	40	6	R\$ 24.675,00
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO NIR - PLANTÃO DIA	40	2	R\$ 8.104,60
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO NIR - PLANTÃO NOITE	40	2	R\$ 9.046,18
ASSISTENTE SOCIAL - PLANTÃO DIA	30	3	R\$ 16.008,78
ASSISTENTE SOCIAL - PLANTÃO NOITE	30	3	R\$ 16.008,78
ASSISTENTE SOCIAL - ROTINA	40	1	R\$ 7.115,02
AUXILIAR ADMINISTRATIVO - PLANTÃO DIA	40	4	R\$ 12.162,16
AUXILIAR ADMINISTRATIVO - PLANTÃO NOITE	40	2	R\$ 6.779,86
AUXILIAR ADMINISTRATIVO - ROTINA	40	4	R\$ 12.402,96
AUXILIAR ADMINISTRATIVO - ROTINA	40	2	R\$ 6.201,48
AUXILIAR DE ALMOXARIFADO - PLANTÃO DIA	40	4	R\$ 12.162,16
AUXILIAR DE ALMOXARIFADO - PLANTÃO NOITE	40	2	R\$ 6.779,86
AUXILIAR DE ALMOXARIFADO - ROTINA	40	1	R\$ 3.100,74
AUXILIAR DE FARMACIA - ROTINA	40	1	R\$ 3.100,74
AUXILIAR DE FARMACIA - PLANTÃO DIA	40	8	R\$ 24.324,32
AUXILIAR DE FARMACIA - PLANTÃO NOITE	40	8	R\$ 27.119,44
BIOLOGO/BIOQUIMICO - ROTINA	40	1	R\$ 7.115,02
BOMBEIRO CIVIL - PLANTÃO DIA	40	2	R\$ 8.035,48
BOMBEIRO CIVIL - PLANTÃO NOITE	40	2	R\$ 8.968,78
CIRURGIÃO BUCO-MAXILOFACIAL - PLANTÃO DIA/NOITE	24	7	R\$ 53.949,91
COORDENADOR ACADÊMICO - ROTINA	40	1	R\$ 10.359,76
COORDENADOR ADMINISTRATIVO - ROTINA	40	2	R\$ 28.687,48
COORDENADOR DE SADT - ROTINA	40	1	R\$ 10.359,76
COORDENADOR DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO CIRÚRGICA - ROTINA	40	1	R\$ 10.359,76
COORDENADOR DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO CLÍNICA - ROTINA	40	1	R\$ 10.359,76
COORDENADOR DE ENFERMAGEM CC/CME- ROTINA	40	1	R\$ 10.359,76
COORDENADOR DE ENFERMAGEM EMERGÊNCIA - ROTINA	40	1	R\$ 10.359,76



Categoria	Carga		
	Horária Semanal	Quantidade	Custo Total
COORDENADOR DE ENFERMAGEM MATERNIDADE E PEDIATRIA - ROTINA	40	1	R\$ 10.359,76
COORDENADOR DE ENFERMAGEM UTI- ROTINA	40	1	R\$ 10.359,76
COORDENADOR DE GESTÃO DE PESSOAS - ROTINA	40	1	R\$ 14.343,74
COORDENADOR DE INFRA ESTRUTURA - ROTINA	40	1	R\$ 14.343,74
COORDENADOR DE T.I. - ROTINA	40	1	R\$ 14.343,74
COORDENADOR MÉDICO CTIP - ROTINA	40	1	R\$ 21.836,87
COORDENADOR MÉDICO MATERNIDADE - ROTINA	40	1	R\$ 21.836,87
COORDENADOR MÉDICO PEDIATRIA - ROTINA	40	1	R\$ 21.836,87
COORDENADOR MULTIPROFISSIONAL - ROTINA	40	1	R\$ 10.359,76
COORDENADOR NIR - ROTINA	40	1	R\$ 10.359,76
DIRETOR ADMINISTRATIVO - ROTINA	40	1	R\$ 29.696,92
DIRETOR DE ENFERMAGEM - ROTINA	40	1	R\$ 29.696,92
DIRETOR GERA - ROTINA	40	1	R\$ 38.288,59
DIRETOR TÉCNICO - ROTINA	40	1	R\$ 34.851,92
ENFERMEIRO - PLANTÃO DIA	40	34	R\$ 241.910,68
ENFERMEIRO - PLANTÃO NOITE	40	28	R\$ 199.220,56
ENFERMEIRO - ROTINA	40	22	R\$ 156.530,44
ENFERMEIRO OBSTETRA - PLANTÃO DIA	40	4	R\$ 28.460,08
ENFERMEIRO OBSTETRA - PLANTÃO NOITE	40	4	R\$ 28.460,08
FARMACÊUTICO - PLANTÃO DIA	40	4	R\$ 28.460,08
FARMACÊUTICO - PLANTÃO NOITE	40	2	R\$ 14.230,04
FARMACÊUTICO - ROTINA	40	1	R\$ 7.115,02
FARMACÊUTICO RT - ROTINA	40	1	R\$ 8.538,02
FISIOTERAPEUTA - PLANTÃO DIA	40	4	R\$ 28.460,08
FISIOTERAPEUTA - PLANTÃO NOITE	40	4	R\$ 28.460,08
FISIOTERAPEUTA - ROTINA	40	6	R\$ 42.690,12
FONOAUDIOLOGO - ROTINA	40	2	R\$ 14.230,04
MAQUEIRO - PLANTÃO DIA	40	12	R\$ 36.486,48
MAQUEIRO - PLANTÃO NOITE	40	8	R\$ 27.119,44
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA - PLANTÃO DIA	12	10	R\$ 83.237,00
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA - PLANTÃO DIA/NOITE	24	14	R\$ 233.063,60



Categoria	Carga		
	Horária Semanal	Quantidade	Custo Total
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA - ROTINA	8	5	R\$ 27.745,65
MÉDICO ANGIOLOGISTA/VASCULAR - ROTINA	20	1	R\$ 13.872,83
MÉDICO CARDIOLOGISTA - ROTINA	20	3	R\$ 41.618,49
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - PLANTÃO DIA/NOITE	24	7	R\$ 116.531,80
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - ROTINA	20	3	R\$ 41.618,49
MÉDICO CIRURGIÃO GINECOLÓGICO - ROTINA	20	2	R\$ 27.745,66
MÉDICO CIRURGIÃO PEDIÁTRICO - ROTINA	20	1	R\$ 13.872,83
MÉDICO CIRURGIÃO UROLÓGICO - ROTINA	20	2	R\$ 27.745,66
MÉDICO CLÍNICO EMERGÊNCIA - PLANTÃO DIA/NOITE	24	35	R\$ 582.659,00
MÉDICO CLÍNICO INTERNAÇÃO - ROTINA	24	2	R\$ 33.294,80
MÉDICO DERMATOLOGISTA - ROTINA	20	1	R\$ 13.872,83
MÉDICO DO TRABALHO - ROTINA	20	1	R\$ 13.872,83
MÉDICO ENDOSCOPISTA - ROTINA	20	2	R\$ 27.745,66
MÉDICO EPIDEMIOLOGISTA - ROTINA	20	1	R\$ 13.872,83
MÉDICO GINECOLOGISTA - ROTINA	20	1	R\$ 13.872,83
MÉDICO INFECTOLOGISTA - ROTINA	20	1	R\$ 13.872,83
MÉDICO INFECTOLOGISTA (CCIH) - ROTINA	20	1	R\$ 13.872,83
MÉDICO INTENSIVISTA - ROTINA	20	4	R\$ 55.491,32
MÉDICO INTENSIVISTA ADULTO - PLANTÃO DIA/NOITE	24	14	R\$ 233.063,60
MÉDICO NEONATOLOGISTA - ROTINA	20	1	R\$ 13.872,83
MÉDICO NEUROLOGISTA - PLANTÃO DIA	12	7	R\$ 58.265,90
MÉDICO OBSTETRA EMERGÊNCIA - PLANTÃO DIA/NOITE	24	7	R\$ 116.531,80
MÉDICO OBSTETRA - ROTINA	20	1	R\$ 13.872,83
MÉDICO OBSTETRA CCO - PLANTÃO DIA/NOITE	24	14	R\$ 233.063,60
MÉDICO OBSTETRA INTERNAÇÃO - ROTINA	20	1	R\$ 13.872,83
MÉDICO OFTALMO - ROTINA	20	2	R\$ 27.745,66
MÉDICO OFTALMOLOGISTA - ROTINA	20	1	R\$ 13.872,83
MÉDICO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA EMERGÊNCIA - PLANTÃO DIA/NOITE	24	14	R\$ 233.063,60
MÉDICO ORTOPEDISTA - ROTINA	20	1	R\$ 13.872,83



Categoria	Carga		
	Horária Semanal	Quantidade	Custo Total
MÉDICO OTORINOLARINGOLOGISTA - ROTINA	20	1	R\$ 13.872,83
MÉDICO OTORRINO - ROTINA	20	1	R\$ 13.872,83
MÉDICO PEDIATRA - PLANTÃO DIA/NOITE	24	28	R\$ 466.127,20
MÉDICO PEDIATRA - ROTINA	20	2	R\$ 27.745,66
MÉDICO PSIQUIATRA - ROTINA	22	3	R\$ 47.167,63
MÉDICO REGULADOR - ROTINA	20	1	R\$ 13.872,83
MÉDICO UROLOGIA - PLANTÃO DIA	12	7	R\$ 58.265,90
MÉDICO UROLOGISTA - ROTINA	20	1	R\$ 13.872,83
MOTORISTA - ROTINA	40	1	R\$ 4.112,50
NUTRICIONISTA - PLANTÃO DIA	40	4	R\$ 28.460,08
NUTRICIONISTA - PLANTÃO NOITE	40	2	R\$ 14.230,04
NUTRICIONISTA RT - ROTINA	40	1	R\$ 7.115,02
ODONTÓLOGO - ROTINA	20	2	R\$ 12.845,22
OUVIDOR - ROTINA	40	1	R\$ 6.842,21
PSICÓLOGO - PLANTÃO DIA	40	4	R\$ 28.460,08
PSICÓLOGO - ROTINA	40	3	R\$ 21.345,06
RECEPCIONISTA - PLANTÃO DIA	40	8	R\$ 24.324,32
RECEPCIONISTA - PLANTÃO NOITE	40	6	R\$ 20.339,58
RECEPCIONISTA - ROTINA	40	5	R\$ 15.503,70
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM - PLANTÃO DIA	40	2	R\$ 17.076,04
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM - PLANTÃO NOITE	40	2	R\$ 17.076,04
SUPERVISOR DE HOTELARIA - ROTINA	40	1	R\$ 6.842,21
SUPERVISOR DE MANUTENÇÃO - ROTINA	40	1	R\$ 4.970,29
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO - PLANTÃO NOITE	40	2	R\$ 15.160,72
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO - PLANTÃO DIA	40	2	R\$ 13.564,02
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTÃO DIA	40	108	R\$ 627.297,48
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTÃO NOITE	40	96	R\$ 623.024,64
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - ROTINA	40	6	R\$ 35.211,06
TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO - PLANTÃO DIA	40	2	R\$ 11.477,30
TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO - ROTINA	40	1	R\$ 5.798,85
TERAPEUTA OCUPACIONAL - ROTINA	40	2	R\$ 14.230,04



3.6.1.3. Metas de produção

Serviço	Nº de consultas executadas/mês
Consulta Médica	1.700
Consulta multiprofissional	1.300
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais	72

Internação	Meta mensal	Meta 12 meses
Saídas Clínicas	186	2.232
Saídas Cirúrgicas	353	4.236
Saídas Pediátricas	52	624
Saídas Cirúrgicas Pediátricas	10	120
Saídas Obstétricas	114	1.368
Saídas Saúde Mental	17	204

Internação	Nº leitos	TOH	Quantidade dias do mês*	Pacientes Dia Projetado
Enfermaria Adulto Clínico	34	90%	30,4	931
Enfermaria Adulto Cirúrgico	45	85%	30,4	1.163
Enfermaria Pediátrica	05	85%	30,4	130
Enfermaria Cirúrgica Pediátrica	01	85%	30,4	26
Enfermaria Obstétrica	11	85%	30,4	285
Enfermaria Saúde Mental	10	85%	30,4	259
UCIN	02	85%	30,4	52
UTI Adulto	20	90%	30,4	548

Serviço	Nº de atendimentos projetados/mês
Pronto Atendimento	7.130

Serviço	Quantidade	Tempo Médio Operatório	Horas cirúrgicas projetadas
Cirurgia oftalmológica	258	45min = 0,75h	193,5
Cirurgia eletiva de alto giro	96	2h	192
Cirurgia eletiva de média ou alta complexidade	48	4h	192



Av. Embaixador Abelardo Bueno, nº 01, Blc 1, sala 216B,
Jacarepaguá - Rio de Janeiro / RJ - CEP 22775-022
CNPJ nº 33.927.377/0001-40

Cirurgia eletiva de alta complexidade e alto custo	32	8h	256
Demais cirurgias	187	1,4h	261,8
Partos Cesáreos	62	1,4h	86,8
Parto Natural		41 partos / mês	

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Nº de atendimentos projetados/mês
Análises Clínicas	25.193
Ecocardiograma	40
Eletrocardiograma	519
Endoscopia	3
Radiografia	2.101
Tomografia computadorizada	1.462
Ultrassonografia	326
Fisioterapia	3.688
Hemodiálise	155
Psicologia	2.794

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de 11/2022 a 10/2023.

Serviços	Nº de atendimentos projetadas/mês
Biópsia de tireoide (PAAF)	25
Colonoscopia	50
Endoscopia digestiva alta	100
Tomografia com e sem contraste	20
Ultrassonografia convencional	30
Ultrassonografia Doppler	45

***enquanto o serviço não estiver efetivamente implantado, os recursos financeiros específicos para essa linha de pactuação não será repassado.**

Serviços	Leitos
Escritório de Gestão de Altas	10



3.6.1.4. Síntese de metas de desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)	≥ 85%
Taxa Média/Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TMP)	≤ 5 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 24h
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	< 20%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS (exceto por motivo de habilitação e capacidade instalada)	≤ 7%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por Condições Operacionais	≤ 5%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAP (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano	< 50%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAP (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano	< 25%
Percentual de partos cesáreos	≤ 15%
Taxa de Aplicação da Classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea	100%
Percentual de Exames de Imagem com resultado liberado em até 72 horas	≥ 70%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias	≥ 80%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Investigadas Oportunamente - até 48 horas da data da notificação	≥ 80%
Taxa de acurácia do estoque	≥ 95%
Taxa de perda financeira por vencimento de medicamentos	≤ 2%
Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas	≥ 90%

4. ANEXOS DA PROPOSTA

- Anexo i - Currículo Institucional do FAS;
- Anexo ii - Comprovações de parcerias com instituições de ensino;
- Anexo iii - Experiência gestão em saúde – CER Leblon;
- Anexo iv - Experiência gestão em saúde – HMMR;
- Anexo v - Experiência gestão em saúde – HMECG;
- Anexo vi - Experiência gestão em saúde – HMNSN;
- Anexo vii - Experiência gestão em saúde – HMOGC;
- Anexo viii - Membros da Diretoria e Gerência;
- Anexo ix - Rotinas e Protocolos de Enfermagem;
- Anexo x - Rotinas e Protocolos Médicos;
- Anexo xi - Plano de Cargos e Salários.

Validade da proposta: 120 (cento e vinte) dias.

THAMIRES SILVEIRA COSTA KLEM
DIRETORA EXECUTIVA
CPF. 162.083.047-76

