



000001

**PLANO DE TRABALHO PARA O GERENCIAMENTO, A OPERACIONALIZAÇÃO E  
EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS UNIDADES DE CLÍNICA MÉDICA E  
CIRÚRGICA DO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DR. OSWALDO CRUZ, CONFORME  
EDITAL DO PROCESSO PÚBLICO DE SELEÇÃO 001/2022**



000000

**INDICE**

1	APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO PROPONENTE .....	10
1.1	Identificação .....	10
1.2	Representante Legal.....	10
1.3	Histórico .....	10
1.4	Quem Somos .....	12
1.5	Planejamento Estratégico .....	12
1.6	Estratégia de atuação .....	14
2	PERFIL DO ESTADO DO AMAPÁ .....	16
2.1	Perfil Epidemiológico do Estado do Amapá .....	16
3	MODELO DE GESTÃO A SER ADOTADO PELO IBGH PARA O GERENCIAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA DO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA.....	24
3.1	Estratégias para implantação do modelo de gerenciamento.....	25
3.2	Modelo de Certificação da Qualidade a ser implantado e os Indicadores e impactos propostos pelo IBGH .....	26
3.2.1	Acreditação ONA .....	27
3.3	Ferramentas gerenciais e instrumentos a serem adotados pelo IBGH.....	28
3.4	Instrumento de comunicação e informação para se relacionar com a SESA	29
3.5	Limites de responsabilidade do IBGH .....	30
3.6	Modelo de relacionamento com o Estado (SESA/CRCA) e municípios.....	30
3.7	Campo de atuação da Organização Social .....	31
3.7.1	Organização Social de Saúde – OS.....	31
3.7.2	O Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar (IBGH).....	32
3.8	Áreas de atuação especiais do IBGH.....	33
3.9	Estrutura Física .....	36
4	PROPOSTA TÉCNICA.....	38
4.1	Perfil Da Unidade De Saúde.....	38
4.1.1	Capacidade instalada da Clínica médica e cirúrgica do Hospital de Emergência	38
4.1.2	Localização das ambiências .....	39
4.2	ÁREA DE ATIVIDADE .....	40
4.2.1	Implantação de Fluxos.....	40
4.2.2	Implantação de Gestão.....	58
4.2.3	Implantação de processos .....	133
4.2.4	Incremento de atividade.....	174

000003

4.3	ÁREA DA QUALIDADE .....	181
4.3.1	Qualidade Objetiva .....	181
4.3.2	Qualidade Do Atendimento.....	304
4.4	QUALIFICAÇÃO TÉCNICA .....	344
4.4.1	Experiência Mínima Anterior em Gestão Em Serviços De Saúde.....	344
4.4.2	Estrutura Diretiva da Unidade de Clínica Médica e Cirúrgica do Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz.....	344
4.4.3	Implantação E Implementação Dos Serviços Da Equipe Interdisciplinar...379	
4.4.4	Implantação E Implementação Dos Serviços Administrativos, Financeiros E Gerais 425	
4.4.5	Ciência E Tecnologia .....	495
4.4.6	Organização dos Recursos Humanos.....	517
4.5	PROPOSTA ECONÔMICA-FINANCEIRA .....	570
5	ANEXOS .....	
5.1	ANEXO I.....	
5.2	ANEXO II – PROTOCOLOS.....	
5.3	ANEXO III – DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS.....	
5.4	ANEXO IV – COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA .....	
5.5	ANEXO V - COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DO CORPO CLÍNICO EM UNIDADE HOSPITALAR E DE UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DE MÉDIA A ALTA COMPLEXIDADE.....	
5.6	ANEXO VI - COMPROVAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO ONDE ESTÁ LOCALIZADA A SEDE DA OSS.	
5.7	ANEXO VII - COMPROVANTE DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO DE ESPECIALIZAÇÃO .....	
5.8	ANEXO VIII – DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL.....	
5.9	ANEXO IX – PROPOSTA ECONÔMICO-FINANCEIRA .....	
5.10	ANEXO X- PROPOSTA DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POPS) E FORMULÁRIOS.....	
5.11	ANEXO XI – PROPOSTA DE MANUAIS .....	
5.12	ANEXO XII – PROPOSTA DE ORGANOGRAMA.....	
5.13	ANEXO XIII - PROPOSTA DE REGIMENTO CORPO CLÍNICO .....	
5.14	ANEXO XIV – PROPOSTA DE REGIMENTO DE ENFERMAGEM.....	
5.15	ANEXO XV - PROPOSTA DE REGIMENTO DA UNIDADE .....	
5.16	ANEXO XVI - REGIMENTO CORPO CLÍNICO MULTIDISCIPLINAR .....	
5.17	ANEXO XVII - PROPOSTA DE MANUAL FATURAMENTO .....	
5.18	ANEXO XVIII – PROPOSTA DE MÉTODO PARA ANÁLISE DE RISCO .....	



000004

5.19	ANEXO XIV -PROPOSTA DE POLÍTICA GENTE E GESTÃO .....
5.20	ANEXO XX - MANUAL DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO .....
5.21	ANEXO XXI - PROPOSTA DE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO .....

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Histórico De Unidade Geridas Pelo IbgH .....	11
Figura 2 - Metodologia Bsc .....	13
Figura 3 - Identidade Organizacional Do IbgH .....	13
Figura 4 - Mapa Estratégico Do IbgH .....	14
Figura 5 - Pirâmide Populacional - Amapá/Br, 2018 E 2019 .....	17
Figura 6 - Proporção Da População Residindo Em Domicílios Com Acesso A Saneamento Básico, Segundo Região Do Brasil E Estado Do Amapá, 2017. ....	18
Figura 7 – Gráfico Da Proporção Da População Residindo Em Domicílios Com Acesso A Esgotamento Sanitário Por Rede Coletora Ou Pluvial – Amapá, Região Norte E Brasil, 2016 E 2017 .....	18
Figura 8 - Gráfico Da Proporção Da População Residindo Em Domicílios Segundo Acesso A Coleta Direta Ou Indireta De Lixo - Amapá. Brasil, 2017. ....	19
Figura 9 - Gráfico Da Expectativa De Vida Ao Nascer. Amapá. Projeção 2013 A 2023. ....	20
Figura 10 - Gráfico Do Índice De Envelhecimento No Brasil, Região Norte E Amapá, 2000, 2010 A 2015. ....	20
Figura 11 - Número De Óbitos De Residentes Por Causa Capítulo Cid 10 .....	22
Figura 12 - Gráfico Da Taxa De Mortalidade Por Causas Externas – Amapá, 2014 A 2018 ...	23
Figura 13 - Ciclo Pdca (Fonte: IbgH Adaptado).....	29
Figura 14 - Foto Do Hall Da Recepção Do IbgH .....	37
Figura 15 - Foto Do Prédio Comercial Onde Fica Localizada A Filial Administrativa Do IbgH. ....	37
Figura 16 - Fluxo Acesso De Visitantes .....	42
Figura 17 - Fluxo Acesso De Acompanhantes.....	42
Figura 18 - Fluxo Acesso De Funcionários .....	43
Figura 19 - Fluxo Acesso De Fornecedoros. ....	43
Figura 20 - Fluxo Acesso Ao Estacionamento .....	44
Figura 21 - Fluxo Operacional Nas Áreas Internas Críticas .....	45
Figura 22 - Fluxo Operacional Nas Áreas Internas Semi Críticas .....	45
Figura 23 - Fluxo Operacional Nas Áreas Internas Não Críticas .....	46
Figura 24 - Fluxo Operacional Nas Áreas Externas .....	46
Figura 25 - Atividades Realizadas Pela Unidade De Processamento De Roupas. Fonte Anvisa, 2009. ....	51
Figura 26 - Fonte Unidirecional De Roupas .....	51



000005

Figura 27 - Identificação Dos Resíduos Dos Serviços De Saúde Conforme O Grupo.....	54
Figura 28 – Fluxograma De Descarte De Produtos Químicos (Medicamentos)/ Parte 1 .....	55
Figura 29 – Fluxograma De Descarte De Produtos Químicos (Medicamentos)/ Parte 2 .....	55
Figura 30 -Fluxograma De Descarte De Resíduos Infectantes .....	56
Figura 31 - Fluxograma De Descarte De Materiais Recicláveis .....	56
Figura 32 - Fluxograma De Descarte De Resíduos Comuns .....	57
Figura 33 - Fluxograma: Etapas Do Manejo De Resíduos.....	57
Figura 34 - Tela Inicial Do Cnes.....	135
Figura 35 - Imagem Ilustrativa Do Cartão Sus.....	136
Figura 36 - Tela Ao Acessar A Tabela Sigtap.....	137
Figura 37 - Tela Ao Acessar O Bpa / Parte 1.....	138
Figura 38 - Tela Ao Acessar O Bpa / Parte 2.....	138
Figura 39 - Modelo De Laudo Apac .....	140
Figura 40 - Modelo De Sia Relatórios .....	140
Figura 41 - Modelo De Aih.....	141
Figura 42 - Tabela Cadastro Aih / Parte 1 .....	142
Figura 43 - Tabela Cadastro Aih / Parte 2 .....	143
Figura 44 - Tabela Cadastro Aih / Parte 3 .....	143
Figura 45 - Proposta De Educação Em Saúde/ Capacitação A Serem Desenvolvidas No Hospital De Emergência Dr Oswaldo Cruz. ....	173
Figura 46 - Pirâmide Do Guia Do Iasc Sobre Saúde Mental E Apoio Psicossocial Em Emergências Humanitárias. ....	179
Figura 47 - Prontuário Dígito Terminal Colorido .....	275
Figura 48 - Checklist Do Prontuário .....	276
Figura 49 - Manual De Orientações Do Paciente E Acompanhante / Parte 1 .....	284
Figura 50 - Manual De Orientações Do Paciente E Acompanhante / Parte 2 .....	285
Figura 51 - Protocolos Clínicos .....	286
Figura 52 - Hierarquia De Documentos.....	287
Figura 53 - Relação De Documentos Institucionais.....	288
Figura 54 - Mapa De Processo.....	289
Figura 55 - Hierarquia Dos Processos .....	290
Figura 56 - Ciclo Da Auditoria Clínica .....	293
Figura 57 - Modelo Conceitual De Rede Ethernet.....	302
Figura 58 - Tela Para Acesso Ao Boletim Médico .....	305
Figura 59 - Manual Do Paciente - Parte 1.....	306
Figura 60 - Manual Do Paciente - Parte 2.....	307



Figura 61 - Fluxograma Da Produção De Refeições .....	316
Figura 62 - Fluxograma Do Serviço De Nutrição .....	321
Figura 63 - Fluxograma De Descarte De Resíduos .....	337
Figura 64 - Sequência De Ações Para Implementação Do Sistema Appcc - Parte 1 .....	339
Figura 65 Sequência De Ações Para Implementação Do Sistema Appcc - Parte 2.....	340
Figura 66 - Fluxograma Do Serviço De Nutrição E Dietética .....	341
Figura 67 - Organograma Proposto .....	345
Figura 68 - Fluxograma De Atendimento Fonoaudiologia.....	392
Figura 69 - Prontuário Dígito Terminal Colorido .....	411
Figura 70 - Checklist Do Prontuário .....	412
Figura 71 - Organograma De Serviços De Apoio .....	416
Figura 72 - Atividades Realizadas Pela Unidade De Processamento De Roupas. Fonte Anvisa, 2009. ....	420
Figura 73 - Fluxo Unidirecional Para Roupas.....	420
Figura 74 - Identificação Dos Resíduos Dos Serviços De Saúde Conforme O Grupo.....	423
Figura 75 - Fluxo De Regulação Via Centro Cirúrgico.....	457
Figura 76 - Fluxo Regulação Via Central De Regulação Do Amapá .....	458
Figura 77 - Regulação Via Central Pronto Socorro .....	458
Figura 78 -Fluxo Transferência Via He-Oss.....	459
Figura 79 - Regulação Via Uti .....	459
Figura 80 - Ciclo De Manutenção Predial .....	465
Figura 81 - Atividades Para A Realização Das Manutenções Corretivas E Preventivas.....	466
Figura 82 - Ferramenta A Ser Utilizada Para O Gerenciamento Dos Indicadores De Desempenho.....	494
Figura 83 - Modelo De Escala Que Será Utilizado .....	526
Figura 84 - Vertentes Educacionais Voltadas Ao Trabalho Em Saúde.....	529
Figura 85 - Desenho Do Plano De Ação Ser Implantado Na Unidade Para O Serviço De Educação No Trabalho Em Saúde.....	531
Figura 86 - Desenho Dos Pontos A Serem Avaliados Durante A Execução Do Plano De Ação.....	531
Figura 87 - Organograma Até Terceiro Nível Da Unidade .....	534
Figura 10: Matriz De Avaliação Estratégica .....	594

## ÍNDICE DE TABELA

Tabela 1 - Distribuição Populacional Por Município E Região De Saúde Em Área Residente No Amapá, 2014 E 2018 .....	16
Tabela 2 - Número E Percentual De Óbitos De Residentes Por Causa Específica. Amapá, 2018. ....	21



000007

Tabela 3 - Número De Óbitos Maternos De Residentes Por Causa Específica – Amapá, 2014 A 2018.....	23
Tabela 4 - Histórico De Unidades Geridas Pelo IbgH .....	36
Tabela 5 - Cronograma De Implantação Das Comissões .....	183
Tabela 6 - Constituição Da Comissão De Controle De Infecção Hospitalar .....	184
Tabela 7 - Cronograma De Implantação Da Comissão De Controle De Infecção Hospitalar .....	190
Tabela 8 - Constituição Da Comissão De Ética Médica .....	192
Tabela 9 - Cronograma De Implantação Da Comissão De Ética Médica .....	193
Tabela 10 - Constituição Da Comissão De Ética De Enfermagem .....	195
Tabela 11 - Cronograma De Implantação Da Comissão De Ética De Enfermagem .....	202
Tabela 12 - Constituição Da Comissão Revisão De Prontuário .....	203
Tabela 13 - Cronograma De Implantação Da Comissão De Revisão De Prontuários .....	206
Tabela 14 - Constituição Da Comissão De Vigilância Epidemiológica .....	207
Tabela 15 - Cronograma De Implantação Da Comissão De Vigilância Epidemiológica.....	207
Tabela 16 - Constituição Da Comissão De Revisão De Óbito .....	208
Tabela 17 - -- Cronograma De Implantação Da Comissão De Revisão De Óbitos.....	211
Tabela 18 - Constituição Da Comissão De Segurança Do Paciente .....	214
Tabela 19 - Cronograma De Implantação Da Comissão De Segurança Do Paciente .....	214
Tabela 20 - Constituição Da Comissão Intra-Hospitalar De Hemoterapia .....	215
Tabela 21 - Cronograma De Implantação Da Comissão Intra-Hospitalar De Hemoterapia ...	219
Tabela 22 - Constituição Da Comissão De Nutrição Enteral E Parenteral .....	220
Tabela 23 - Cronograma De Implantação Da Comissão De Nutrição Enteral E Parenteral ..	223
Tabela 24 - Constituição Da Comissão De Padronização De Materiais, Medicamentos E Equipamentos .....	224
Tabela 25 - Cronograma De Implantação Da Comissão De Padronização De Materiais, Medicamentos E Equipamentos.....	226
Tabela 26 - Constituição Da Comissão De Gerenciamento De Riscos .....	228
Tabela 27 - Cronograma De Implantação Da Comissão De Gerenciamento De Riscos .....	237
Tabela 28 - Cronograma De Implantação Da Comissão De Gerenciamento De Resíduos ...	240
Tabela 29 - Dimencionamento Cipa.....	249
Tabela 30 - Cronograma De Implantação Da Comissão Interna De Prevenção De Acidentes .....	249
Tabela 31 - Constituição Da Comissão De Farmácia E Terapêutica.....	250
Tabela 32 - Cronograma De Implantação Da Comissão De Farmácia E Terapêutica .....	253
Tabela 33 - Constituição Da Comissão De Proteção Radiológica .....	254
Tabela 34 - Cronograma De Implantação Da Comissão De Proteção Radiológica .....	255

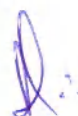
Tabela 35 - Constituição Da Comissão Intra-Hospitalar De Doação De Órgãos E Tecidos Para Transplantes .....	256
Tabela 36 - Cronograma De Implantação Da Comissão Intra-Hospitalar De Doação De Órgãos E Tecidos Para Transplantes .....	261
Tabela 37 - Indicador De Média Permanencia Para Internação Cirurgica .....	277
Tabela 38 - Indicador De Ocupação Institucional .....	277
Tabela 39 - Indicador Média De Permanência Para Internação Clínica .....	278
Tabela 40 - Indicador Taxa De Infecção Hospitalar.....	278
Tabela 41 - Indicador Índice De Quedas De Paciente .....	279
Tabela 42 - Indicador Taxa De Prescrições Dos Pacientes Revisadas Por Farmacêuticos Antes Da Dispensação.....	279
Tabela 43 - Indicador Taxa De Erros De Prescrição Com Notificação Ao Núcleo De Segurança Do Paciente.....	280
Tabela 44 - Indicador Taxa De Absenteísmo.....	280
Tabela 45 - Indicador Net Promoter Score .....	281
Tabela 46 - Indicador Clima Organizacional .....	281
Tabela 47 - Dimensionamento De Profissionais De Nutrição.....	315
Tabela 48 - Horário Das Refeições Para Os Pacientes .....	317
Tabela 49 - Horário De Distribuição Das Dietas Enterais.....	317
Tabela 50 Horário De Funcionamento Do Refeitório Para Colaboradores .....	317
Tabela 51 - Temperaturas Recomendadas Para O Recebimento De Carnes.....	328
Tabela 52 - Temperaturas Recomendadas Para O Recebimento De Hortifruitigranjeiros.....	328
Tabela 53 - Divisão De Armazenamento, De Acordo Com O Tipo De Insumo .....	329
Tabela 54 - Tempo De Armazenamento Sob Refrigeração De Acordo Com Tipo De Alimento .....	332
Tabela 55 - -- Critérios De Temperatura E Tempo Para Refrigeração .....	334
Tabela 56 - Criérios De Temperatura E Tempo Para Congelamento .....	334
Tabela 57 - Quadro De Pessoal Médico .....	381
Tabela 58 - Quadro De Horário Por Especialidade Médica.....	381
Tabela 59 - Quadro De Protocolos De Atenção Da Equipe Médica.....	382
Tabela 60 - Protocolos Assistenciais De Atenção Da Equipe De Enfermagem .....	385
Tabela 61 - Quadro Da Equipe De Assistentes Sociais .....	389
Tabela 62 - Quadro De Pessoal De Fonoaudiologia .....	393
Tabela 63 - Quadro De Pessoal Da Fisioterapia .....	395
Tabela 64 - Quadro De Presença Médica.....	398
Tabela 65 - Quadro De Pessoal Farmácia.....	402
Tabela 66 - Quadro De Horário De Dispensação De Kit's Pela Farmácia .....	403





000009

Tabela 67 - Quadro De Atividades Da Farmácia .....	405
Tabela 68 - Quadro De Pessoal Para Atividades De Serviços De Imaginologia .....	409
Tabela 69 - Quadro De Pessoal Same .....	411
Tabela 70 - Check List.....	413
Tabela 71 - Modelo De Controles Estatísticos.....	414
Tabela 72 - Quadro De Pessoal Same/Estatística .....	414
Tabela 73 - Quadro De Pessoal Faturamento .....	415
Tabela 74 - Lista De Medicamentos Padronizados .....	447
Tabela 75 - Lista Dos Materiais Padronizados .....	451
Tabela 76 - Ferramentas Da Qualidade.....	491
Tabela 77 - Pirâmide De Gestão De Documentos.....	491



000010

## 1 APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO PROPONENTE

### 1.1 Identificação

Razão social: INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR – IBGH

CNPJ: 18.972.378/0001-12

Atividade Principal: Atividades associativas não especificadas anteriormente

Endereço: Av. T-9, nº 2.310, Sala 609-B, Ed. Inove *Intelligent Place*, Setor Jardim América, Goiânia-GO

Endereço eletrônico: contato@ibgh.org.br

Site: ibgh.org.br

### 1.2 Representante Legal

Nome: SÉRVIO TÚLIO PESSOA DE OLIVEIRA Cargo na Entidade: Presidente

Data de Nascimento: 16/04/1967

Endereço: Rua T-47, n.º 255, Apto. 601, Ed. Francine, Setor Oeste, Goiânia, Estado de Goiás.

**Telefone:** (61) 99411-7913

**RG:** 15969002 SSP/GO

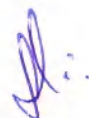
CPF: 412.155.751-49

Início e Término do mandato: 01/06/2021 até 31/05/2025

### 1.3 Histórico

O IBGH, tem como propósito transformar a saúde, cuidar das pessoas, promover a excelência no atendimento humanizado e gerar qualidade de vida, ter sucesso na gestão de hospitais é também ter bom desempenho.

10



Em sua trajetória a instituição construiu uma sólida experiência na gestão hospitalar. Se tornando referência no atendimento humanizado nas diversas especialidades e níveis de complexidade do cuidado à saúde voltado ao indivíduo e a comunidade em geral. Ao longo de 8 anos, foi possível proporcionar melhorias no gerenciamento das unidades administradas, trazendo mais segurança e bem-estar aos pacientes e colaboradores. Em 2020, a Instituição passou por uma busca da excelência operacional por meio da consultoria ofertada pelo hospital Sírio-libanês e a implantação do Programa de Integridade Organizacional (Compliance).

A instituição tem como objeto realizar uma gestão eficiente e amparada no cuidado aos pacientes em nossas unidades de saúde, promovendo qualidade de vida e valorização dos profissionais.

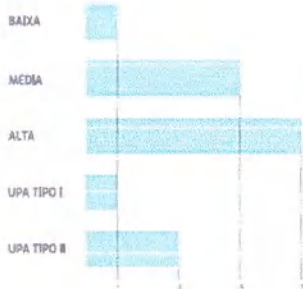
Atualmente a instituição é responsável pela gestão de diversas Unidades de Saúde em nível nacional com foco em uma gestão transparente, eficiente e humanizada e possui vasta experiência em gestão hospitalar em diferentes estados, conforme ilustrado na figura 1.

## UNIDADES GERIDAS

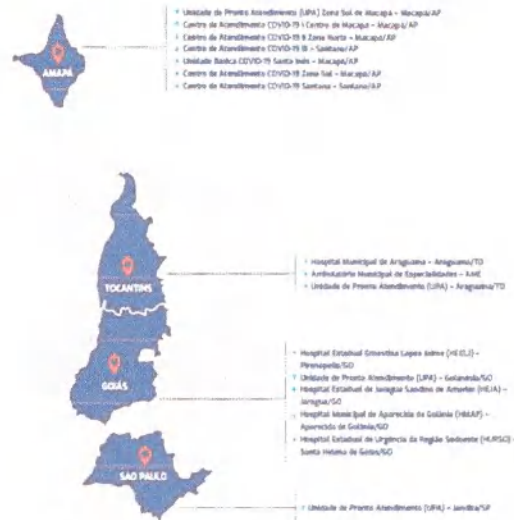
*Cuidando de quem cuida.*

Em sua trajetória, o IBGH construiu uma sólida experiência na gestão hospitalar. Se tomando referência no atendimento humanizado, sobretudo no cuidado ao paciente com Covid-19. Ao longo de 8 anos, foi possível proporcionar melhorias no gerenciamento das unidades administradas, trazendo mais segurança e bem-estar aos pacientes e colaboradores. Em 2020, a instituição passou por uma reestruturação administrativa, norteada pela busca da excelência operacional por meio da consultoria ofertada pelo Hospital Sírio-Libanês e a implantação do Programa de Integridade Organizacional (Compliance).

### COMPLEXIDADE



**+680**  
LEITOS OFERTADOS



**IBGH** Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar

Figura 1 - Histórico de unidade geridas pelo IBGH

000012

#### 1.4 Quem Somos

O IBGH é uma OS – Organização Social. Portanto, uma associação privada, com personalidade jurídica, sem fins lucrativos, que recebe recursos Federais, Estaduais e Municipais para prestar serviços de relevante interesse público. Sua instituição foi em 23/09/2013, e realiza gestão em unidades públicas desde 2014.

A instituição preza por uma gestão focada no cumprimento de metas, comprometida com os princípios básicos e critérios legais do Sistema Único de Saúde (SUS), valorizando o atendimento universal, integral e humanizado com atenção à qualidade.

Também segue as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) que transforma os modelos tradicionais de gestão e atenção à saúde em práticas de administração que se aproximam mais do paciente.

Para o IBGH, agir de maneira socialmente responsável significa garantir o compromisso dos nossos profissionais com ética no exercício de suas profissões. No ambiente hospitalar essa ação significa salvar vidas, amenizar sofrimentos e garantir a dignidade do paciente, além do respeito ao meio ambiente através do controle dos resíduos e apoio às ações sociais.

#### 1.5 Planejamento Estratégico

Para a proposição de uma proposta gerencial faz-se necessário apresentar o plano de negócio do IBGH por meio do Planejamento Estratégico. Isto permitirá uma visão ampla acerca da seriedade e dos moldes que permeiam o instituto.

O Planejamento Estratégico foi construído utilizando a metodologia Balanced Scorecard (BSC), apresentado na figura 2.



000013



Figura 2 - Metodologia BSC

e ocorreu de forma colaborativa envolvendo toda a equipe do instituto o que possibilitou construir a identidade organizacional, apresentada na figura 3, a matriz de forças e fraquezas (SWOT) e o Mapa Estratégico, apresentado na figura 4.

<p><b>Missão</b></p> <p>Promover saúde para a sociedade com equidade, transparência e práticas humanizadas.</p>	<p><b>Visão</b></p> <p>Ser referência em gestão de saúde impactando o cenário nacional através da excelência e trabalho humanizado.</p>
<p><b>Valores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Humanização;</li> <li>● Ética;</li> <li>● Transparência;</li> <li>● Respeito;</li> <li>● Compromisso com eficiência.</li> </ul>	

Figura 3 - Identidade Organizacional do IBGH

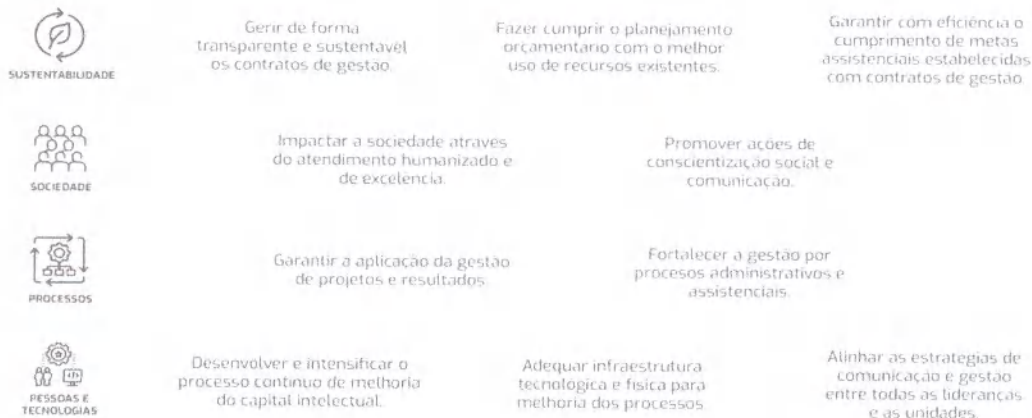


Figura 4 – Mapa Estratégico do IBGH

## 1.6 Estratégia de atuação

O Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar – IBGH tem por objetivo promover a geração, o desenvolvimento e o aproveitamento de tecnologias voltadas para o interesse social, visando:

- Estimular os mecanismos de inclusão social e promoção da cidadania, de forma autônoma ou mediante parcerias e intercâmbios com organizações não governamentais, universidades, poder público, empresas e outras entidades;
- Promover o desenvolvimento humano e estimular os princípios, da ética e da cidadania e de outros valores universais;
- Promover e estimular o maior acesso possível das comunidades à informação como direito social básico;
- Promover, isoladamente ou em conjunto com outras entidades públicas ou privadas, atividades relacionadas direto ou indiretamente com a pesquisa, educação, saúde, assistência social e o desenvolvimento tecnológico, com ênfase ao fomento das tecnologias sociais, bem como sua difusão e transferência aos setores da sociedade;
- Atuar junto às comunidades nos municípios do território nacional, através de projetos/ações/atividades voltadas para a pesquisa científica e ao desenvolvimento tecnológico dirigido à educação, à saúde, à assistência social, ao fomento de manifestações culturais, à proteção e preservação do meio ambiente e à inclusão digital;
- Participar de processos de criação de tecnologias e de modelos estratégicos para incremento de políticas públicas e privadas, sobretudo de interventores e inovadores associados ao IBGH, auxiliando-os no seu desenvolvimento e na

000015

qualificação para a obtenção dos respectivos direitos conjuntos de propriedade intelectual;

- g) Promover e apoiar o desenvolvimento e a formação de recursos humanos, incentivando a atualização profissional e seu aperfeiçoamento técnico;
- h) Possibilitar oportunidades de treinamento e programas de estágios visando a formação integral de estudantes secundaristas e universitários e sua preparação para o ingresso no mercado de trabalho;
- i) Realizar e gerenciar projetos de cooperação científica e tecnológica com outras instituições públicas ou privadas, educacionais ou não, nacionais ou estrangeiras;
- j) Prestar consultoria, assessoramento, planejamento, capacitação e execução de projetos/atividades na área do Serviço Social;
- k) Prestar serviços de apoio técnico, gerencial, operacional e logístico em eventos de natureza científica, de formação técnica, educacional, associativa e corporativa às organizações públicas e privadas, por meio de congressos, conferências, feiras, seminários, oficinas, palestras e outros similares;
- l) Promover a gestão de unidades de saúde/hospitalar pública, bem como de serviços de teleatendimento e atendimento presencial, além de gerir projetos e unidades nas áreas de proteção e preservação do meio ambiente, educação, turismo, cultura, saúde, esporte, lazer, assistência social e desenvolvimento tecnológico;
- m) Atuar na gestão de atendimento ao público, na gestão de serviços em unidades prisionais e centros de internação de menores, na pesquisa científica, bem como atuar na integração social do menor infrator visando a garantia de seus direitos individuais e sociais;
- n) Atuar na integração social da criança e do adolescente em conflito com a lei;
- o) Atuar nas áreas de educação profissional e tecnológica;



000010

## 2 PERFIL DO ESTADO DO AMAPÁ

### 2.1 Perfil Epidemiológico do Estado do Amapá

O Estado do Amapá é constituído por 16 municípios, onde 62,5% destes, são considerados de pequeno porte (possuem até 20.000 habitantes) segundo a classificação do IBGE.

A configuração territorial da saúde organiza-se em 03 regiões de saúde (Norte, Central e Sudoeste). A região de saúde Central é mais populosa com 555.197 habitantes (IBGE, 2018). A concentração de moradores (59,5%) encontra-se em Macapá (493.634) e Santana (119.610). Os municípios de Serra do Navio (5.306) e Pracuúba (4.993) são os menos populosos (Tabela 01).

Regiões de Saúde/ Município de residência	Pop. 2014	Pop. 2018	Percentual de crescimento
<b>Região Norte</b>	<b>62.231</b>	<b>68.430</b>	<b>10,0</b>
Amapá	8.700	9.029	3,8
Calçoene	10.132	10.926	7,8
Oiapoque	23.985	26.627	11,0
Pracuúba	4.465	4.993	11,8
Tartarugalzinho	14.949	16.855	12,8
<b>Região Central</b>	<b>508.474</b>	<b>555.197</b>	<b>9,2</b>
Cutias	5.368	5.864	9,2
Ferreira Gomes	6.807	7.591	11,5
Itaubal	4.907	5.387	9,8
Macapá	453.442	493.634	8,9
Pedra Branca do Amapari	13.560	15.931	17,5
Porto Grande	19.465	21.484	10,4
Serra do Navio	4.925	5.306	7,7
<b>Região Sudoeste</b>	<b>191.478</b>	<b>205.567</b>	<b>7,4</b>
Laranjal do Jari	45.448	49.446	8,8
Mazagão	19.441	21.206	9,1
Santana	112.337	119.610	6,5
Vitória do Jari	14.252	15.605	9,5
<b>Estado</b>	<b>762.156</b>	<b>829.494</b>	<b>8,8</b>

Fonte: Estimativa IBGE/projeção.

Tabela 1 – Distribuição Populacional por município e região de saúde em área residente no Amapá, 2014 e 2018

O aumento proporcional no período de 2014 a 2018, no Estado foi de 8,8% e Pedra Branca do Amapari apresentou o maior crescimento (17,5%).

A estrutura etária da população amapaense vem se modificando ao longo dos anos de 2009 a 2018, como consequência do aumento na taxa de crescimento de 21,5% e elevação da



expectativa de vida. Os indivíduos com 60 anos ou mais apresentam um acréscimo em torno de 73,1%, já a participação de menores de 15 anos teve um discreto decréscimo de 1,1% confirmando assim o processo de envelhecimento da população (Figura 01).

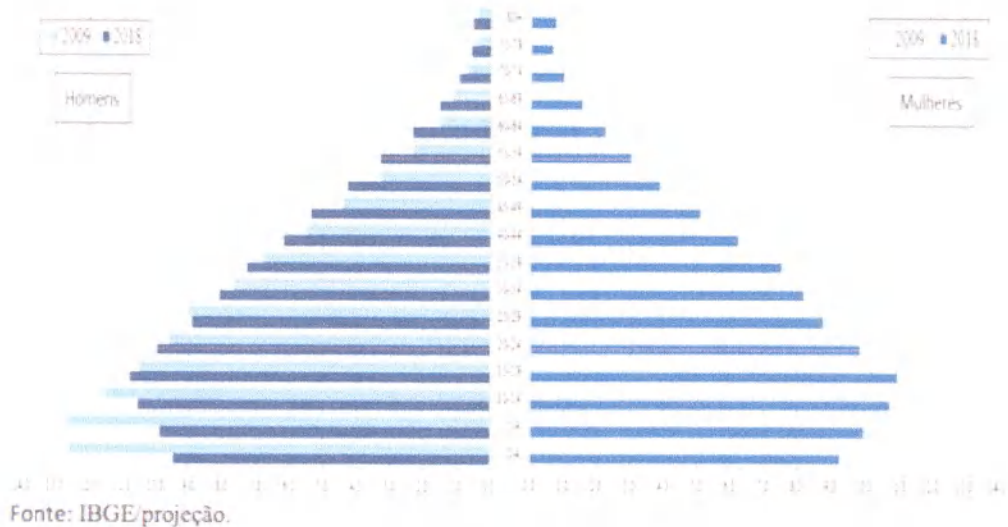


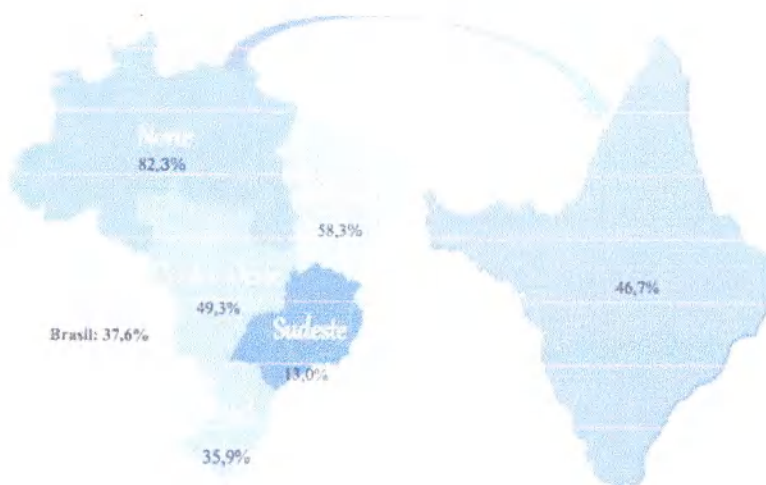
Figura 5 - Pirâmide Populacional - Amapá/BR, 2018 e 2019

A população feminina em 2018 apresentou predominância nas faixas etárias de 10 a 19 anos, 35 a 39 anos e acima de 69 anos.

Em 2017, no Amapá 46,7% da população residente em domicílios particulares permanentes apresentaram restrição de acesso aos serviços de saneamento básico, definidos como: coleta direta ou indireta de lixo, abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial. Vale ressaltar que essa restrição atinge fortemente a população das Regiões Norte, 82,3%, e Nordeste, 58,8% (Figura 02).

Em relação ao sistema de saneamento, em 2016 menos de 4 em cada 100 habitantes do Amapá contam com acesso à rede de esgoto. Segundo o IBGE, em 2017 a proporção dos domicílios que usam fossas não ligadas à rede chega a 89,2%, ou seja, o material é armazenado sem qualquer destinação. Apenas 10,8% das casas no Estado têm coleta de esgoto ou fossa ligada à rede (Gráfico 01).

000013



Fonte: IBGE/PNAD Contínua 2017.

Figura 6 - Proporção da população residindo em domicílios com acesso a saneamento básico, segundo Região do Brasil e estado do Amapá, 2017.



Fonte: IBGE/PNAD Contínua 2017.

Figura 7 - Gráfico da proporção da população residindo em domicílios com acesso a esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial - Amapá, Região Norte e Brasil, 2016 e 2017

A importância dos serviços de água tratada e de esgoto na saúde das pessoas e no seu bem-estar é vastamente reconhecida. Os serviços de saneamento básico são essenciais à vida, com fortes impactos sobre a saúde da população e o meio ambiente. Além disso, a falta de condições adequadas de saneamento é uma das principais causas da mortalidade na infância. De acordo com a literatura, entre as principais doenças relacionadas à poluição hídrica doméstica e à falta de condições adequadas de esgotamento sanitário, podem-se destacar:

000010

cólera, infecções gastrointestinais, febre tifoide, poliomielite, amebíase, esquistossomose e shigelose.

Em relação a coleta direta ou indireta de lixo, em 2017 apenas 9,0% dos amapaenses residia em domicílios onde não havia coleta direta ou indireta de lixo. A cobertura da coleta de lixo atinge 91,5% da população, sendo que 8,1% das residências ainda têm a queima como única forma de eliminar os resíduos domésticos (Gráfico 02).

75,6	15,9	8,1	0,3
Coletado diretamente	Coletado em caçamba	Queimado (na propriedade)	Outro destino

Fonte: IBGE/PNAD Continua 2015.

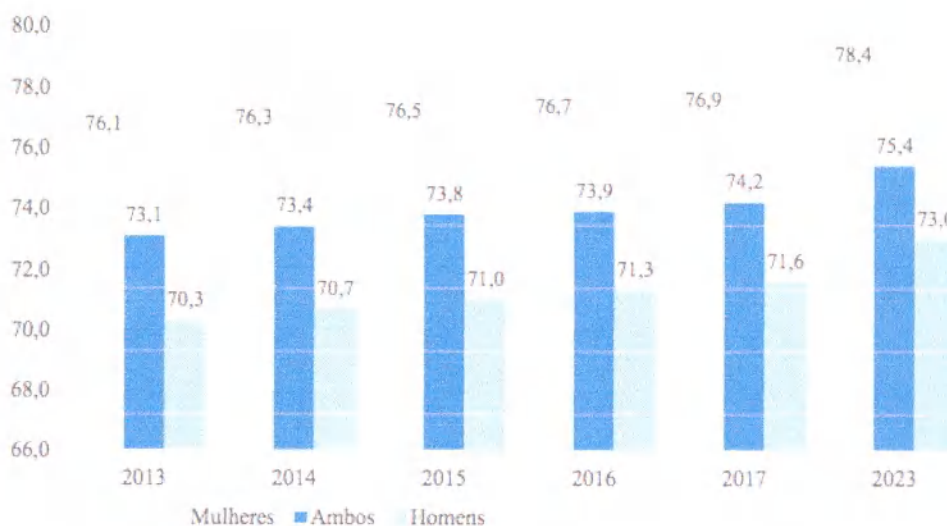
*Figura 8 - Gráfico da proporção da população residindo em domicílios segundo acesso a coleta direta ou indireta de lixo - Amapá, Brasil, 2017.*

A esperança de vida ao nascer no Amapá entre os anos de 2014 a 2017 cresceu em média 10 meses passando de 73,4 para 74,2 anos, respectivamente. Quando diferenciado por sexo, a expectativa apresenta uma diferença média de 6,6 anos vividos a mais para as mulheres, sendo 76,9 anos vividos para mulheres e 71,6 anos para os homens, seguindo uma tendência nacional, onde em média a brasileira viverá 78,6 anos e os homens 71,3 anos para os nascidos em 2017.

Projeções do IBGE apontam que para 2023, o Amapá poderá alcançar uma esperança de vida ao nascer de 75,4 anos com diferença entre os sexos de aproximadamente de 5,4 anos a mais para a população feminina que poderá ser de 78,4 anos (Gráfico 03).



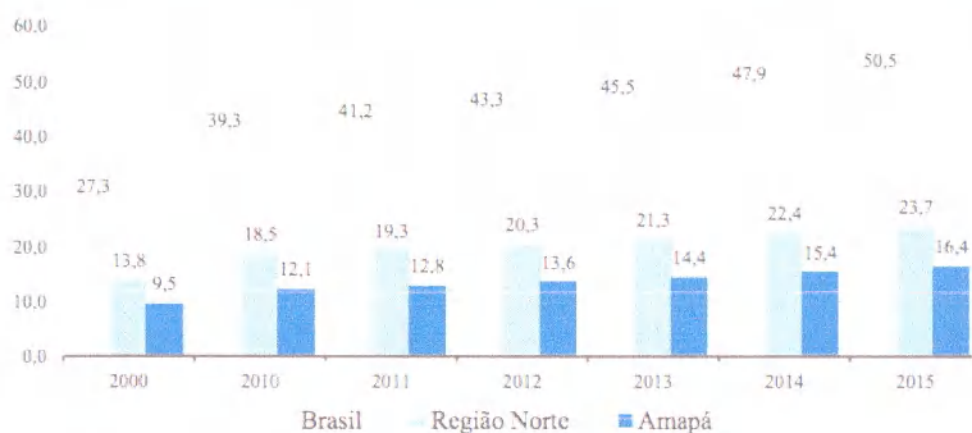
000020



Fonte: IBGE/projeção.

Figura 9 – Gráfico da expectativa de vida ao nascer. Amapá. Projeção 2013 a 2023.

O índice de envelhecimento para os anos 2000 e 2010 foram respectivamente 9,5% e 12,1% no Amapá. Em dez anos houve um aumento de 28,4% na proporção de idosos, enquanto que em apenas 6 anos (2010 a 2015) o aumento foi superior, alcançando 35,5%, superando aos índices da região Norte (28,2%) e do Brasil (28,6%) no mesmo período (Gráfico 04).



Fonte: FIOCRUZ. SISAP-Idoso.

Figura 10 – Gráfico do Índice de envelhecimento no Brasil, região Norte e Amapá, 2000, 2010 a 2015.

## 2.2 Principais causas de morbimortalidade

*[Assinatura]*

000021

Em 2018, no Estado, a maior proporção de óbitos por grupo de causa definida, na população residente foram as doenças do aparelho circulatório 20,7% com 692 óbitos, sendo o sexo masculino mais exposto ao risco, com diferença de 88 casos; em segundo as causas externas de morbidade e mortalidade, responsável por 654 óbitos (19,5%); seguido das neoplasias (13,3%) 444 óbitos (Tabela 02).

Causa (Capítulo CID10)		Nº	%
IX	Doenças do aparelho circulatório	692	20,7
XX	Causas externas de morbidade e mortalidade	654	19,5
II	Neoplasias (tumores)	444	13,3
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	376	11,2
X	Doenças do aparelho respiratório	339	10,1
IV	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	214	6,4
XI	Doenças do aparelho digestivo	165	4,9
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	164	4,9
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	86	2,6
XVII	Malformação congênita deformidades e anomalias cromossômicas	83	2,5
VI	Doenças do sistema nervoso	71	2,1
III	Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	18	0,5
XV	Gravidez parto e puerpério	14	0,4
V	Transtornos mentais e comportamentais	10	0,3
XIII	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	10	0,3
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	9	0,3
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0,0
<b>Total</b>		<b>3.350</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIM/SVS/Sesa.

*Tabela 2 - Número e percentual de óbitos de residentes por causa específica. Amapá, 2018.*

Se somadas a principais causas de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório e neoplasias) que representam 33,9% do total de óbitos ocorridos em 2018, além dos óbitos por diabetes, incluso no Capítulo IV e os por doenças respiratórias crônicas do Capítulo X reforça-se a importância de manter o foco nestas causas, além dos seus fatores de riscos na prevenção desses agravos.

As causas externas continuam como primeira causa de óbito na faixa etária de 10 a 19 anos com 75%, sendo a agressão por disparo de outra arma de fogo (62) e intervenção legal (18) predominantes; seguida do grupo das lesões autoprovocada voluntariamente e agressão por objeto perfurocortante (15 cada). Dos 1.253 óbitos na faixa etária de 20 a 59 anos, as causas externas representam 36,5%, a agressão por disparo de arma de fogo (170) e agressão com objeto perfurocortante (76), predominam como causa específica; no segundo grupo nesta faixa etária estão as neoplasias com 15%.

Na faixa etária de 60 anos e mais, dos 1.570 óbitos, 33,3% são devidos às doenças do aparelho circulatório, e o infarto agudo do miocárdio (133) é a principal causa específica; seguido acidente vascular cerebral como hemorrágico ou isquêmico (Figura 11).



000022

Fetal	Não fetais						
	Menor de 1 ano			01 - 09	10 - 19	20 - 59	60 e +
	< 7 d	07 - 27 d	28 d < 1 a				
Total (236)	Total (163)	Total (38)	Total (91)	Total (57)	Total (172)	Total (1.253)	Total (1.570)
Algumas afec. originadas no período perinatal (225)	Algumas afec. originadas no período perinatal (134)	Algumas afec. originadas no período perinatal (28)	Malf. congen. deformidades e anomalias cromossômicas (29)	C. externas de morbidade e mortalidade (18)	C. externas de morbidade e mortalidade (129)	C. externas de morbidade e mortalidade (457)	Alguns do aparelho circulatório (124)
Malf. congen. deformidades e anomalias cromossômicas (10)	Malf. congen. deformidades e anomalias cromossômicas (27)	Malf. congen. deformidades e anomalias cromossômicas (09)	Doenças do aparelho respiratório (17)	Doenças do aparelho respiratório (12)	Neoplasias (tumores) (09)	Neoplasias (tumores) (187)	Doenças do aparelho respiratório (246)
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (01)	Algumas doenças infecciosas e parasitárias (01)	C. externas de morbidade e mortalidade (01)	Algumas doenças infecciosas e parasitárias (16)	Doenças do sistema nervoso (06)	Doenças do sistema nervoso (07)	Doenças do sistema nervoso (134)	Neoplasias (tumores) (247)
	Doenças do aparelho respiratório (01)		Alguns do aparelho circulatório (03)	Neoplasias (tumores) (06)	Sint. sinais e achados anormais ex. clínicos e laboratoriais (06)	Algumas doenças infecciosas e parasitárias (83)	D. endócrinas nutricionais e metabólicas (138)
			Algumas afec. originadas no período perinatal (04)	Malf. congen. deformidades e anomalias cromossômicas (04)	Doenças do aparelho circulatório (08)	Sint. sinais e achados anormais ex. clínicos e laboratoriais (75)	Sint. sinais e achados anormais ex. clínicos e laboratoriais (126)
			Demais (20)	Demais (11)	Demais (17)	Demais (293)	Demais (295)

Fonte: SIM/SVS/Sesa.

Figura 11 - Número de óbitos de residentes por causa capítulo CID 10

Analisando os óbitos por causa específica do Estado, em 2018 as cinco principais são: Agressão disparo outra arma de fogo ou NE 235 (7,6%); Infarto agudo do miocárdio 181 (5,8%); Diabetes mellitus NE 142 (4,6%); Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico ou isquêmico 139 (4,4%) e Pneumonia por microrganismos NE 131(4,2%). Com exceção das causas externas as demais causas estão relacionadas as doenças e agravos não transmissíveis (Tabela 03).

As mortes por violência incluem agressões interpessoais, violência auto infringida, (suicídio) e atos de guerra ou conflitos civis enquanto as mortes por lesões consideradas acidentais resultam de colisões no trânsito, afogamentos, envenenamentos, quedas e queimaduras.

Os acidentes e as violências têm sido uma preocupação dos gestores e profissionais de saúde em decorrência de sua magnitude e da complexidade envolvida em sua causalidade para o seu enfrentamento no apoio de políticas e ações de prevenção, promoção da saúde e da cultura da paz.



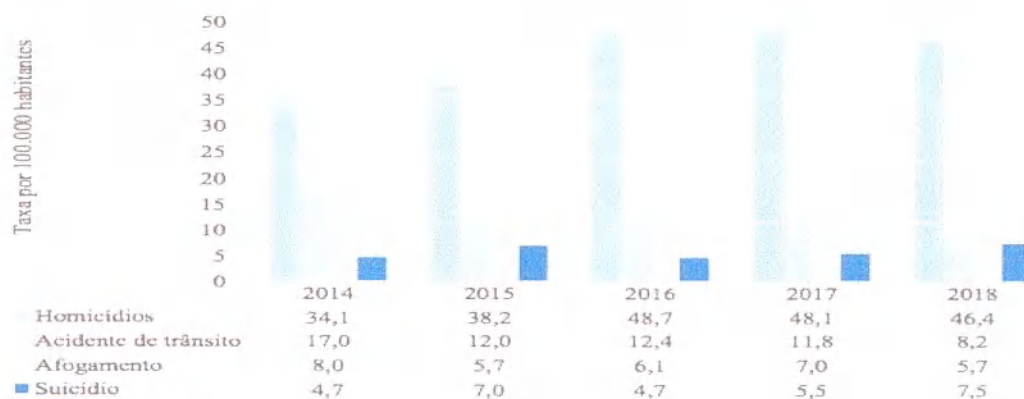
000023

	Causas específicas (3D)	Nº	%
X95	Agressão disparo outra arma de fogo ou NE	238	7,6
I21	Infarto agudo do miocárdio	181	5,8
E14	Diabetes mellitus NE	143	4,6
I64	Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico ou isquêmico	139	4,4
J18	Pneumonia por microrganismos NE	131	4,2
X99	Agressão objeto cortante ou penetrante	94	3,0
J44	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	90	2,9
A41	Outras septicemias	74	2,4
I10	Hipertensão essencial	57	1,8
X70	Lesão autoprovocada intenc enforc estrangulamento e sufocação	53	1,7
Y35	Intervenção legal	52	1,7
C16	Neoplasia maligna do estomago	52	1,7
J44	Pneumonia bacteriana NCOP	51	1,6
I50	Insuficiência cardíaca	45	1,4
C53	Neoplasia maligna do colo do útero	44	1,4
C61	Neoplasia maligna da próstata	44	1,4
	Demais causas	1.644	52,5

Fonte: SIM/SVS/Sesa.

Tabela 3 - Número de óbitos maternos de residentes por causa específica - Amapá, 2014 a 2018.

A observação da série histórica das taxas de mortalidade por causas externas no Estado, no período de 2014 a 2018, revela aumento progressivo nas taxas dos homicídios a partir de 2014 que ainda figura como primeira causa de morte violenta, em contrapartida, as taxas dos acidentes de trânsito, apesar de constituírem a segunda causa de morte violenta, vêm sofrendo redução de 51,8% na série histórica; a taxa de suicídios teve um aumento de 59,6 no mesmo período (Gráfico 05).



Fonte: SIM/SVS/Sesa

Figura 12 - Gráfico da taxa de mortalidade por causas externas - Amapá, 2014 a 2018



000024

### 3 MODELO DE GESTÃO A SER ADOTADO PELO IBGH PARA O GERENCIAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA DO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

O INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR-IBGH propõe o gerenciamento e operacionalização das clínicas médica e cirúrgica do Hospital de Emergência para garantir a resolutividade das ações e serviços de saúde prestados à população amapaense com qualidade e excelência de gestão, tendo como foco prioritário a segurança do paciente.

Com vista à valorização dos usuários SUS e na promoção da qualidade nos processos realizados, são propostas ações de:

- a) melhoria da organização interna
- b) conscientização e envolvimento de todos os colaboradores
- c) aumento da satisfação e confiança dos usuários
- d) melhoria da imagem diante da comunidade e
- e) aumento da produtividade, aplicando-se ferramentas administrativas e instrumentos de comunicação interna para facilitar o desempenho da gestão e o alcance dos objetivos da qualidade.

O IBGH propõe modelo de gerenciamento moderno, pautado no planejamento estratégico e na gestão por processo, visando a organização, monitoramento e avaliação dos processos de trabalho. Permitindo uma clareza organizacional, que enfatiza a importância dos protagonistas na organização, sempre com foco na resolutividade com qualidade assistencial com vistas a agregar valor ao serviço prestado. Além da implantação de um sistema de gerenciamento da informação confiável e oportuno sobre a operação cotidiana dos processos administrativos e assistenciais, por meio de indicadores que possibilitarão a definição de ações e conversão de rumos.

A gestão por processos é um modelo de gestão organizacional orientado para o gerenciamento com foco nos processos, com responsabilidades de ponta-a-ponta atribuídas ao gestor de cada processo, cuja função é dirigir a performance do mesmo e garantir que as necessidades dos clientes e do negócio sejam satisfeitas. Tem como objetivo principal estabelecer uma dinâmica de melhoria contínua, permitindo ganhos significativos às organizações, em termos de desempenho, eficiência, eficácia e custo, de forma a viabilizar os resultados desejados, a eliminação de erros e a minimização de atrasos;

Entre outras ações estratégicas, o IBGH propõe-se:

- a) Monitorar e avaliar a rotina dos serviços da clínica médica e cirúrgica do Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz, através de indicadores de desempenho das atividades assistenciais e administrativas;
- b) Organizar os processos de trabalho assistenciais, de gestão de compras, logística e controles de custos, estabelecendo fluxogramas, procedimentos operacionais, protocolos assistenciais, instrução de trabalho e regulamentos;
- c) Gerenciar equipes de trabalho, mantendo contato com médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistente social e membros da equipe administrativa, desenvolvendo o trabalho em equipe;



- d) Instituir ferramentas de gestão da qualidade que permitirão a melhoria da qualidade no gerenciamento, como relatórios de não-conformidade, análise de causa e efeito, HFMEA, entre outras;
- e) Identificar fragilidades no serviço e propor ações inovadoras;
- f) Implantar o serviço de engenharia clínica que permitirá a gestão eficiente dos equipamentos hospitalares, com o monitoramento das ações de manutenção preventiva e corretiva;
- g) Implantar um sistema informatizado para o gerenciamento do estoque dos materiais médico-hospitalares;
- h) Implantar o Prontuário eletrônico;
- i) Implantar o uso racional de medicamentos;
- j) Implantar programas de humanização;

A gestão a ser desenvolvida pelo IBGH será baseada na definição de estratégias e plano de negócio, elaborados de acordo com o perfil assistencial da unidade a ser gerenciada, com base nas necessidades dos clientes, buscando a satisfação dos usuários (clientes externos), corpo técnico (clientes internos) e da contratante.

### 3.1 Estratégias para implantação do modelo de gerenciamento

A administração de um hospital público necessita de uma gestão eficiente para garantir qualidade, produtividade, excelência no atendimento e uso adequado dos recursos financeiros, humanos e materiais. Verifica-se a necessidade de novos estilos e práticas de gestão mais condizentes e compatíveis com a realidade atual e que possa atender adequadamente às necessidades dos usuários e colaboradores da saúde.

Visando contribuir com a melhoria da gestão hospitalar das clínicas médica e cirúrgica do Hospital de Emergência, o IBGH pretende implementar uma gestão por resultados, para isso serão implementadas estratégias em 4 eixos: Organização sistêmica dos processos, Desenvolvimento de Pessoas, Melhoria na Gestão de aquisição de bens e serviços e Qualidade.

Para implantar a gestão sistêmica dos processos organizacionais de forma eficiente em uma organização, é necessário analisar as fragilidades e o clima organizacional. Com o mapeamento dos processos, detalhamentos e indicadores de desempenho, é possível detectar processos com falhas e possibilidades de melhoria. Os indicadores serão voltados para as necessidades dos clientes e o trabalho em equipe em alta, os processos fluem de forma mais dinâmica. Com isso, será possível difundir uma nova cultura de melhoria contínua, tudo para manter os processos cada vez mais eficientes e focados no crescimento da organização.

O mapeamento de processos contribui para demonstrar as sequencias lógicas das atividades dentro de um processo. Cabe ressaltar que a etapa de mapeamento deve ser realizada através de reuniões de *brainstorming* com os responsáveis pelo processo.

Nessa etapa são utilizadas algumas ferramentas da qualidade: Fluxograma e SIPOC (*Suppliers, Inputs, Process, Outputs e Customers* – Fornecedores, Entradas, Processo, Saídas



000026

e Clientes) essa ferramenta é utilizada para descrever o processo detalhado e suas interfaces com os fornecedores e clientes. Nesta etapa é possível identificar os pontos críticos a serem monitorados e os riscos associados.

A Gestão de Pessoas é fundamental para o desenvolvimento de habilidades e competências técnicas do corpo de profissionais que irá prestar a assistência aos usuários do SUS, com eficiência e eficácia.

A Gestão de Pessoas compreende um conjunto de técnicas e procedimentos de Recursos Humanos, com vistas à condução ampliada de aspectos estratégicos, relacionados às pessoas. O objetivo está no desenvolvimento do capital humano, estando o processo pautado na melhoria do desempenho dos profissionais. Neste cenário, outros subsistemas se integram, garantindo um fluxo fluido desde o provimento de pessoas até a manutenção humanizada, incluindo recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, remuneração, plano de cargos e salários, avaliação de desempenho, processos sucessórios, entre outros. Tem-se um compromisso firmado, pautado na gestão saudável e subjetiva, eficaz e assertivo quanto aos aspectos legais, maximizando assertividade processual, em busca de competitividade e produtividade com qualidade. Tal proposta visa o apoio no alcance de metas, desenvolvimento e implementação de ações integradas à estratégia do negócio, contribuindo para o desenvolvimento de cultura de alto desempenho e incentivando a aplicação de abordagem ética à gestão de pessoas.

A Melhoria da gestão de equipamentos, insumos e serviços de apoio será importante na busca da eficiência evitando o desperdício e a ineficiência dos processos de apoio dentro do hospital.

A Gestão da Qualidade será centrada na segurança do paciente, nos protocolos assistenciais e na pesquisa de satisfação do usuário do SUS.

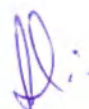
Com a adoção dessas estratégias pretende-se promover a atenção às urgências/emergências em clínica médica, trauma-ortopedia, neurologia, cardiologia, nefrologia no Hospital de Emergência, de modo que atenda à demanda espontânea e/ou referenciada e funcione como retaguarda para os outros pontos de atenção pactuados com a Gestão.

O IBGH realizará estudo técnico para analisar a viabilidade dos serviços de apoio, visto que a estrutura a ser disponibilizada através do contrato de gestão não contemplará algumas ambiências.

### 3.2 Modelo de Certificação da Qualidade a ser implantado e os Indicadores e impactos propostos pelo IBGH

O Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar implementará um modelo de Gestão da Qualidade baseado no mapeamento de processos, pautado na padronização dos protocolos assistenciais visando a adoção das melhores práticas, a redução de custo e a segurança do paciente, inicialmente, o qual evoluirá para outras áreas da Governança Corporativa e Clínica.

A utilização de instrumentos de gestão como diretrizes e protocolos clínicos, nas diferentes linhas de cuidado, permitirá implantar uma nova forma de fazer a prática assistencial. No caso dos protocolos, é fundamental que se conheça o problema a ser enfrentado, a situação de saúde da população a ser atendida para estudar e implementar o melhor plano terapêutico.



000027

A pesquisa de satisfação será realizada utilizando-se de uma ferramenta chamada net promoter score (NPS), que demonstrará o nível de satisfação do paciente.

A gestão da qualidade a ser implementada pelo IBGH será fundamentada nos pilares da Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA):

- Fundamento 1: Visão Sistêmica
- Fundamento 2: Liderança
- Fundamento 3: Gestão por processo
- Fundamento 4: Desenvolvimento de pessoas
- Fundamento 5: Cuidado centrado no paciente
- Fundamento 6: Foco na segurança
- Fundamento 7: Responsabilidade socioambiental
- Fundamento 8: Cultura da inovação
- Fundamento 9: Melhoria contínua
- Fundamento 10: Ética e Transparência

### 3.2.1 Acreditação ONA

O processo de acreditação é um dos procedimentos mais usuais de avaliação do nível de qualidade da assistência de uma instituição de saúde. Ela busca a melhoria do gerenciamento e a garantia de uma assistência de qualidade, segurança e eficiência ao paciente.

A acreditação ocorre em 3 níveis:

**NÍVEL 1 - ACREDITADO:** onde é avaliado os critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo os aspectos estruturais e assistenciais;

**NÍVEL 2 - ACREDITADO PLENO:** além dos critérios de segurança, avalia a gestão integrada;

**NÍVEL 2 - ACREDITADO COM EXCELENCIA:** avalia os níveis 1 e 2, e a cultura organizacional de melhoria contínua.

As principais vantagens da acreditação são:

- Segurança para pacientes e profissionais
- Qualidade da assistência
- Melhoria contínua
- A utilização de ferramentas de gerenciamento da qualidade
- Organização dos processos de trabalho
- Desenvolvimento de líderes
- Sistema de monitoramento de indicadores

000028

- Avaliação dos resultados

Os indicadores propostos a serem monitorados pelo IBGH, serão aqueles definidos para a avaliação das metas qualitativas e quantitativas, entre outros que servirão para monitorar o desempenho da gestão após a correta análise crítica:

- 1) Média de permanência para internação cirúrgica
- 2) Taxa de ocupação institucional
- 3) Média de permanência para internação clínica
- 4) Taxa de infecção hospitalar
- 5) Índice de quedas de paciente
- 6) Taxa de prescrições dos pacientes revisados por farmacêuticos antes da dispensação
- 7) Taxa de erros de prescrição com notificação ao núcleo de segurança do paciente
- 8) Taxa de absenteísmo
- 9) Net Promoter Score
- 10) Clima organizacional

Após a análise crítica serão adotadas as ferramentas da qualidade como: Brainstorming, Diagrama de Pareto, Ishikawa, 5W3H's, GUT, Matriz Esforço x Impacto e ALARP. A utilização das ferramentas visa a correção e realinhamento do desempenho através do método de PDCA, além de outras ferramentas da qualidade. Estas ferramentas estão apresentadas no Anexo I.

O impacto da implantação da gestão da qualidade permitirá um atendimento de excelência, focado no cuidado e segurança do paciente, na satisfação de colaboradores, profissionais e paciente, na melhoria da organização dos processos de trabalho e consequentemente na redução de custo.

O impacto do ciclo PDCA na gestão das Clínicas médica e cirúrgica do Hospital de Emergência trará a possibilidade de melhoria contínua de processos gerenciais administrativos e assistenciais, aumentando a eficiência dos processos e obtendo uma maior produtividade por parte do corpo técnico, desenvolvendo uma gestão eficiente e resolutive. Isso sem contar que o PDCA também garante um aprendizado maior durante a execução das atividades, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional da equipe. Além disso, com a produtividade e a eficiência em alta, é possível reduzir os custos operacionais, impactando diretamente na gestão de custos.

### 3.3 Ferramentas gerenciais e instrumentos a serem adotados pelo IBGH

O IBGH usa algumas ferramentas da qualidade como: Brainstorming, Diagrama de Pareto, Ishikawa, 5W3H's, GUT, Matriz Esforço x Impacto e ALARP, todas voltadas para a melhoria contínua da gestão. Adota ainda o Painel de Bordo com os principais indicadores de gestão e assistenciais como instrumento de gestão transparente.

São as ferramentas gerenciais que permitem o desenvolvimento, mensuração, análise e melhoria da qualidade nas organizações. As técnicas e ferramentas da qualidade permitem a identificação e solução dos principais problemas organizacionais e, por este motivo, são importantes instrumentos de diferenciação organizacionais.

O ciclo PDCA também chamado de Ciclo de Deming ou Ciclo de *Shewhart* (Figura 03) é uma metodologia de gestão que tem como objetivo promover a melhoria contínua dos processos por meio de um circuito de quatro ações: planejar (*plan*), fazer (*do*), checar (*check*) e agir (*act*). A intencionalidade é ajudar a entender não só como um problema surge, mas também como deve ser solucionado, focando na causa e não nas consequências. Uma vez identificada a oportunidade de melhoria, é hora de colocar em ação atitudes para promover a mudança necessária e, então, atingir os resultados desejados com mais qualidade e eficiência



Figura 13 - Ciclo PDCA (Fonte: IBGH ADAPTADO)

### 3.4 Instrumento de comunicação e informação para se relacionar com a SESA

Construir capacidade de comunicação interna e externa significa fornecer informações oportunas e eficazes a todos os interessados, conectando toda a Organização e promovendo um envolvimento mais forte de todo o corpo de profissionais.

000030

A comunicação com a SESA se dará através Da Diretoria Geral da Clínica Médica e Cirúrgica da Organização Social com a Direção do Hospital Estadual e com a Comissão Técnica de Avaliação.

O canal de comunicação oficial será através de ofício ou através de endereço eletrônico, a partir dos quais serão enviados relatórios mensais e outros documentos oficiais para estabelecer a comunicação com a Secretaria de Estado da Saúde.

A gestão do hospital será de responsabilidade do IBGH, mas toda e qualquer mudança de perfil de atendimento, novos investimentos ou mudança de escopo do contrato de gestão serão acordadas entre as partes com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência ofertada à população.

### 3.5 Limites de responsabilidade do IBGH

Em cumprimento a Lei no 9.637/98, o Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar informará e submeterá para apreciação e autorização, os procedimentos regulamentados adotados pela organização social para compras, contratação de obras e serviços, seleção de pessoal entre outros.

Se ao longo da vigência do contrato de gestão, de comum acordo entre as partes, for proposto a realização de outros tipos de atividades, diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, estas atividades deverão ser previamente estudadas e autorizadas pela Secretária de Saúde.

### 3.6 Modelo de relacionamento com o Estado (SESA/CRCA) e municípios

Em relação ao nível federal, considerando que o Ministério da Saúde tem como responsabilidade formular, avaliar e apoiar políticas, normalizar as ações, entre outras, o IBGH não terá relacionamento direto com a união.

Quanto ao relacionamento com a SESA/CRCA, se dará através do núcleo interno de regulação visando a transferência de pacientes. A regulação deverá ser sempre feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutive e seguindo as normas da Central de Regulação do Estado.

Visando a comunicação eficiente com a Central Estadual de Regulação, o Núcleo Interno de Regulação, deverá ter acesso ao sistema de regulação, e seguindo os protocolos definidos pela

30



Regulação Estadual estabelecerá fluxogramas e protocolos para a transferência interna e externa de pacientes.

### 3.7 Campo de atuação da Organização Social

#### 3.7.1 Organização Social de Saúde – OS

Organização Social - OS é uma qualificação que pode ser concedida pelo Poder Executivo às entidades privadas – sem fins lucrativos, destinadas ao exercício de atividades dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura ou à saúde, conforme estabelecido na Lei nº 9.637 de 1988. A Lei estabelece que, *obrigatoriamente, uma OS deva possuir determinadas porcentagens de representantes tanto do Poder Público como também da sociedade civil, na composição do seu Conselho de Administração.* Para o estabelecimento de parcerias, entre o Poder Público e a Organização Social, a Lei nº 9.637 criou um instrumento específico denominado Contrato de Gestão.

Os requisitos específicos para que as entidades privadas se habilitem à “Qualificação como Organização Social” estão dispostos nas Leis Federais, Estaduais e Municipais vigentes. O primeiro deles refere-se às áreas de atuação, o segundo, estabelece, entre outros, que a Instituição terá finalidade não lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades. A partir da qualificação essa entidade está apta a firmar contratos de gestão de parceria com o Estado na área da Saúde.

As Organizações Sociais - OSs não são criadas pela Lei das OSs, são entidades que já existem. A qualificação como OSs é concedida pelo Estado seguidas às entidades que pleiteiem este título, desde que atendam aos quesitos legais, tenham reconhecida expertise em gestão de saúde e uma experiência no gerenciamento de serviços e gestão.

As Organizações Sociais de Saúde são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em *parceria formal com o Estado e colaboram de forma complementar, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme previsto em sua Lei Orgânica - Lei nº 8080/90 que estabelece no artigo 7º:*

- I. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. *Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;*
- III. Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Em nenhum momento, a política pública de saúde deixa de ser responsabilidade do poder público (Governo Estadual). Mesmo administrado e prestado por uma entidade privada sem fins lucrativos, caso haja problema no atendimento e insatisfação dos usuários em relação ao serviço, a organização social é notificada e deverá explicar os motivos dos problemas ocorridos.

O Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar (IBGH), foi planejado e efetivado em consonância com as diretrizes da Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998 e Leis Estaduais e Municipais vigentes que dispõem sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais.

O processo de monitoramento, fiscalização e avaliação de desempenho do IBGH, será realizado pela Estrutura de Governança do Serviço de Saúde e Órgãos Competentes envolvidos no processo contratual e de trabalho para garantia dos resultados com transparência da Gestão prestada bem como avaliação se o objeto contratual atinge o fim a que se destina, com eficácia e qualidade.

### 3.7.2 O Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar (IBGH)

O IBGH (Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar) tem como metodologia na prestação de serviços em saúde, diferenciada, o uso de metodologias e ferramentas de gestão a definição, o diagnóstico, o planejamento, a implantação, a execução, a mensuração, a avaliação e a garantia de melhorias contínuas com consequente reconhecimento das certificadoras em acreditação em qualidade geral e setorial e, assim a demonstração certificada que registra e demonstra os melhores resultados em saúde.

O Instituto tem como diretrizes a modernização da gestão, a reestruturação da força de trabalho, a reestruturação física, tecnológica, orçamentária e financeira. A gestão do instituto, direciona a assistência multidisciplinar qualificada e focada às necessidades dos clientes, voltada as boas práticas, normativas, legislações, resoluções e recomendações vigentes, com estrutura e seguimento aos níveis de qualidade da Organização Nacional de Acreditação – ONA.

As padronizações dos processos de trabalhos são implantadas em forma de documentos institucionais através de normas e rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão, regimentos internos e políticas, que deverão ser discutidas e validadas pelas estruturas de governança das instituições.

O IBGH acredita fortemente que a Organização Social precisa de um propósito para sua criação e longevidade. Sabe-se que a Missão é a razão de ser da organização, manifestando a mais elevada aspiração, que legitima e justifica, social e economicamente, a existência da instituição. O motivo pelo qual os beneficiários, sociedade, fornecedores e demais partes interessadas mantêm seus relacionamentos com a organização. Neste sentido, deve-se formalizar em um breve texto a Missão do Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar - IBGH, para que as pessoas da força de trabalho tenham claramente definido o sentido da existência de suas práticas dentro da organização.

A missão é importante, porque transmite para a sociedade toda a força inspiradora que a Organização Social representa e representará na vida de cada pessoa com quem se relacionará. O IBGH ao formalizar a missão obteve foco na utilidade e finalidade da sua existência.



000033

Às vezes organizações bem-sucedidas direcionam seus esforços somente aos seus produtos/serviços, esquecendo-se da razão de ser, e em um revés de mercado, ou na ocorrência de mudança drástica de tecnologia, o que pode levar a organização ao fracasso por perda de foco de suas ações.

No contexto das organizações do terceiro setor, a missão de uma Organização Social é a transformação da realidade social, é a inclusão de todos ao acesso, bens e serviços qualificados e esperados pelo Estado e Município.

O processo de formulação da Missão, Visão e Valores foi sacramentado a junto a estrutura de governança do IBGH, com alinhamento e direcionamento de quem somos, de quem queremos ser e de nossos princípios éticos, morais e compromissos com resultados esperados dos Serviços de Saúde.

Para tanto, o do instituto foi explanado por meio da Missão, Visão e Valores estabelecidos no planejamento estratégico da gestão, a saber:

I - Missão: Promover saúde para a sociedade com equidade, transparência e práticas humanizadas:

II - Visão: Ser referência em gestão de saúde impactando o cenário nacional através da excelência e trabalho humanizado;

III - Valores:

- a) Humanização;
- b) Transparência;
- c) Compromisso com Eficiência;
- d) Ética;
- e) Respeito.

### 3.8 Áreas de atuação especiais do IBGH

O Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar possui estrutura para atuar em várias áreas sociais, mas é a saúde sua área de atuação especial, estando presente em vários estados da federação, perfazendo mais de 680 leitos com a gestão do IBGH.

O IBGH possui Gestão Plena, a qual atua nas seguintes frentes:

I - Todas as Complexidades Hospitalares;

II - Unidades de Pronto Atendimento – UPA's (níveis I, II e III);

III - Centros de COVID-19;

IV - Unidades Básicas de Saúde (UBS);

V - Maternidades;

VI - Centros de Atendimento Psicossocial - CAPS (níveis I, II e III);

VII - Centrais de Atendimento e Regulação (transporte básico, de urgência e terapia intensiva);



000034

VIII - Laboratórios Clínicos;

IX - Farmácias.

O IBGH possui Gestão Especializada, a qual atua nas seguintes frentes:

I - Ensino e Pesquisa;

II - Home Care;

III - Carretas da Saúde;

IV - Gerenciamentos de Crônicos;

V - Serviços Preventivos e Corretivos em Situações Sazonais;

VI - Assistência Profissional Especializada.

Desde sua fundação o IBGH vem atuando em várias linhas de assistência à saúde e níveis de complexidade pelo território nacional. Abaixo segue a relação das instituições geridas pelo instituto:

INSTITUIÇÃO	TIPO DE ATENDIMENTO	COMPLEXIDADE	Nº DE LEITOS	VIGÊNCIA CONTRATO
Hospital Estadual Ernestina Lopes Jaime (HEELJ) – Pirenópolis/GO	Internação e Urgência e Emergência	Média	33 leitos de internação	26/08/2014 à 26/01/2021
Hospital Municipal de Araguaína – Araguaína/TO	Internação e Urgência e Emergência	Média	55 leitos	29/10/2015 à 16/04/2018
Ambulatório Municipal de Especialidades – AME	Ambulatório	Média	-	29/10/2015 à 16/04/2018
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – Araguaína/TO	Urgência e Emergência	UPA tipo II	-	29/10/2015 à 16/04/2018
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – Goianésia/GO	Urgência e Emergência	UPA tipo II	-	01/10/2015 à 24/04/2017



Unidade de Pronto Atendimento (UPA Zona Sul de Macapá) – Macapá/AP	Urgência e Emergência	UPA tipo I	-	21/07/2017 à 31/03/2021
Hospital Estadual de Jaraguá Sandino de Amorim (HEJA) – Jaraguá/GO	Internação e Urgência e Emergência	Média	56 leitos de internação	20/11/2017 à 26/01/2021
Hospital Estadual de Urgência da Região Sudoeste (HURSO) – Santa Helena de Goiás/GO	Internação e Urgência e Emergência	Alta e Média	111 leitos de internação	13/12/2017 à 26/01/2021
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – Jandira/SP	Urgência e Emergência	UPA tipo II	-	01/09/2018 à 15/05/2019
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia (HMAP) – Aparecida de Goiânia/GO	Internação, Atendimento Ambulatorial, Diagnóstico e Urgência e Emergência	Alta	230 leitos de internação	17/12/2018 até o momento
Centro de Atendimento COVID-19 I Centro de Macapá – Macapá/AP	Internação	Alta	22 leitos de UTI	23/05/2020 à 11/09/2020
Centro de Atendimento COVID-19 II Zona Norte – Macapá/AP	Internação	Alta	10 leitos de UTI e 48 leitos de enfermaria	23/05/2020 à 30/09/2020



Centro de Atendimento COVID-19 III – Santana/AP	Internação	Alta	20 leitos de UTI e 24 leitos de enfermaria	08/05/2020 à 30/09/2020
Unidade Básica COVID-19 Santa Inês – Macapá/AP	Ambulatorial	Baixa	-	02/06/2020 à 31/08/2020
Centro de Atendimento COVID-19 Zona Sul – Macapá/AP	Internação	Alta	10 leitos de UTI e 10 leitos de enfermaria	01/04/2021 até o momento
Centro de Atendimento COVID-19 Santana – Santana/AP	Internação	Alta	60 leitos de UTI	10/04/2021 até o momento

Tabela 4 – Histórico de Unidades Geridas pelo IBGH

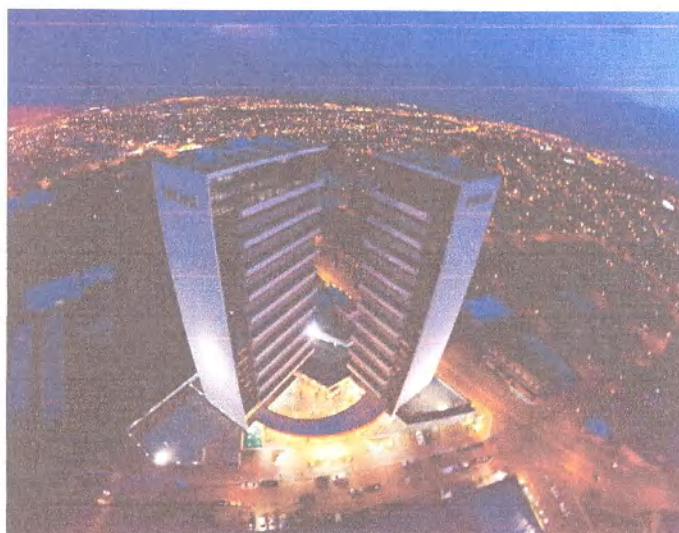
### 3.9 Estrutura Física

O Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar tem sede administrativa no endereço Avenida T-9, Qd. 523, nº 2310, T. 10-15, Condomínio Inove Intelligent Place, Sala 609-B, Jardim América, Goiânia/GO, CEP: 74.255-220 e filial no endereço Rua Tapajós com Rua Itu, nº 481, Edifício B&B Business, Torre Company, Sala 506, Setor Vila Brasília, CEP 74.911-820, Aparecida de Goiânia/GO, estruturas que juntas possuem 17 salas, sendo 8 comerciais e a disponibilização de um andar do Edifício B&B Business para funcionamento das atividades administrativas.

000037



*Figura 14 - Foto do Hall da recepção do IBGH*



*Figura 15 - foto do prédio comercial onde fica localizada a filial administrativa do IBGH.*

000033

## 4 PROPOSTA TÉCNICA

### 4.1 Perfil Da Unidade De Saúde

A Unidade de Clínica médica e cirúrgica é uma estrutura com instalações nova, pertencente ao Hospital de Emergência, que possui atividade de ensino e pesquisa. O Hospital de Emergência atende média e alta complexidade, com atendimento de demanda espontânea e referenciada, em todos os níveis de classificação de risco de acordo com o Protocolo de Manchester, e ainda demanda referenciada de outros municípios, nas especialidades de clínica médica, cardiologia, neurologia, trauma-ortopedia, nefrologia, psiquiatria e cirurgia geral. Não há protocolos assistenciais definidos e padronizados na sua porta de entrada, apenas fluxos de entrada de acordo com o tipo de atendimento, caracterizado como um hospital porta aberta.

#### 4.1.1 Capacidade instalada da Clínica médica e cirúrgica do Hospital de Emergência

A Unidade a ser gerenciada possui 86 leitos e outros serviços, distribuídos da seguinte forma:

- 41 leitos clínicos
- 41 leitos cirúrgicos
- 04 leitos de isolamento
- 04 postos de enfermagem
- 04 salas de curativos
- 01 Necrotério
- 01 Farmácia satélite
- 02 salas de rouparia
- 02 salas de estar
- 01 Depósito de material
- 02 salas de expurgo
- 01 sala para guarda maca
- 02 salas administrativas
- 01 Sala de hemodiálise



000030

## 4.1.2 Localização das ambiências

LOCALIZAÇÃO	AMBIÊNCIA	SERVIÇO
<b>TÉRREO</b>	Enfermaria 1- 6 leitos	<b>Clínica Médica</b>
	Enfermaria 2- 6 leitos	
	Enfermaria 3- 6 leitos	
	Enfermaria 4- 6 leitos	
	Enfermaria 5- 6 leitos	
	Enfermaria 6- 6 leitos	
	Enfermaria 7- 5 poltronas HD	
	Sala de Curativo 1	
	Sala de Curativo 2	
	Sala de Guarda maca	
	Sala de Rouparia	
	Posto de enfermagem 1	
	Posto de enfermagem 2	
	Isolamento 1	
	Isolamento 2	
Necrotério		
Sala de expurgo		
<b>AMBIENTES QUE SERÃO ADAPTADOS</b>	Farmácia satélite	<b>Espaços compartilhados</b>
	Sala administrativa	
	Sala de estar	
LOCALIZAÇÃO	AMBIÊNCIA	SERVIÇO
<b>ANDAR SUPERIOR</b>	Enfermaria 1- 6 leitos	<b>Clínica Cirúrgica</b>
	Enfermaria 2- 6 leitos	
	Enfermaria 3- 6 leitos	
	Enfermaria 4- 6 leitos	
	Enfermaria 5- 6 leitos	
	Enfermaria 6- 6 leitos	
	Enfermaria 7- 5 leitos	
	Sala de Curativo 1	
	Sala de Curativo 2	
	Posto de enfermagem 1	
	Posto de enfermagem 2	
	Sala de Rouparia	
	Isolamento 1	
	Isolamento 2	
	DML	



000010

<b>AMBIENTES QUE SERÃO ADAPTADOS</b>	Sala de estar	<b>Espaços compartilhados</b>
	Sala de material e limpeza	
	Sala administrativa	

## 4.2 ÁREA DE ATIVIDADE

As normas operacionais representam a forma de organização dos processos de trabalho. Além da normatização, a introdução de ferramentas de gestão da qualidade proporcionará a melhoria contínua da gestão, impactando diretamente no resultado final da prestação de serviço, garantindo resolutividade e melhoria da qualidade da assistência oferecida ao usuário do SUS.

Para o estabelecimento das normas é necessário a elaboração de documentos (manuais, regulamentos, regimentos, procedimentos operacionais, instrução de trabalho), de ordem administrativa, assistencial e de gestão disciplinando o funcionamento das clínicas médicas e cirúrgicas. Os documentos de natureza assistencial deverão estar de acordo com os fluxos de admissão dos pacientes oriundos do pronto atendimento e regramento estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde, através do Hospital de Emergência.

Toda a documentação normativa deve obedecer à padronização do tipo, conteúdo e a forma de apresentação, assegurando que os processos normatizados sejam efetivamente gerenciados pelo sistema de gestão da qualidade do IBGH e adaptados à realidade local.

Sendo os horários de atendimento, conforme estabelecido do edital 001/2022 para atendimento nas unidades de Clínica Médica e Cirúrgica do HOSPITAL DE EMERGÊNCIA Dr. OSWALDO CRUZ, de 24 horas por dia durante 7 dias da semana de maneira ininterrupta, considerando o perfil da unidade.

### 4.2.1 Implantação de Fluxos

Visando uma gestão eficiente dos recursos dispostos para a execução do contrato de gestão, o IBGH será responsável pela implantação de Processos e fluxos nos processos produtivos, estratégicos e de apoio, conforme apresentado a seguir.



#### 4.2.1.1 Fluxos Operacionais de acesso e circulação em áreas restritas e áreas internas

Entende-se gestão de acesso como o controle de circulação em áreas restritas, externas e internamente, o trânsito de pacientes (internos e externos), colaboradores, prestadores de serviços, equipamentos e fornecedores, com permissão para circularem nas dependências da unidade em prol de determinada atividade.

O paciente interno é definido como o indivíduo que se encontra em regime de internação em prol de algum tratamento clínico ou intervenção cirúrgica ao qual será submetido.

O paciente externo é definido como o indivíduo que procura a unidade de saúde em busca de um atendimento de emergência ou urgência. Este, pode vir a se tornar um paciente interno, a depender da clínica apresentada.

O acompanhante é definido como o indivíduo que acompanhará o paciente interno ou externo, o qual tenha a necessidade do apoio de tal figura, durante todo o período de tratamento, conforme estabelecido na Lei Nº 11.108/2005 e Lei Nº 8.069/1990.

O visitante é definido como o indivíduo que está no estabelecimento em caráter transitório visando apenas a visita ao paciente interno nos períodos de visitação estabelecidos pela administração da unidade.

Colaboradores e prestadores de serviços são definidos como público que está na instituição de caráter permanente ou transitório, a depender do contrato de trabalho estabelecido, visando a prestação de serviços de forma direta ou indireta a saúde do paciente.

Fornecedor é definido como a empresa que fornece insumos médico-hospitalares, de limpeza ou alimentícios para a unidade após um processo de compra e venda estabelecido por ambas as partes. O mesmo estará presente na unidade em caráter transitório, somente pelo período estritamente necessário para a entrega e conferência dos produtos.

Desta forma, a gestão de acesso compreende os mecanismos para identificação e controle da entrada e saída de pessoas, materiais e equipamentos, das unidades de saúde.

##### a) Fluxo – Acesso de visitantes

000042

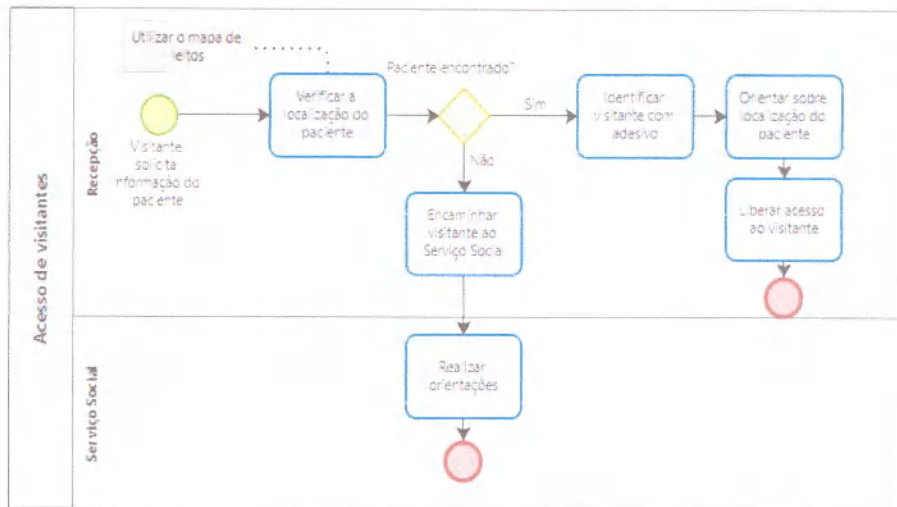


Figura 16 – Fluxo acesso de visitantes

b) Fluxo – Acesso de acompanhantes

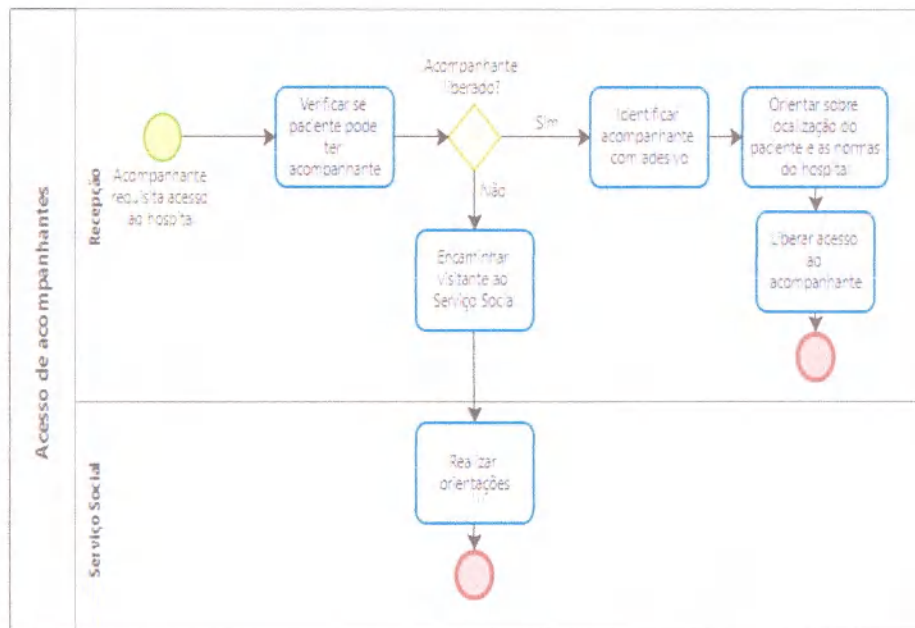


Figura 17 – Fluxo acesso de acompanhantes.

c) Fluxo – Acesso de Funcionários

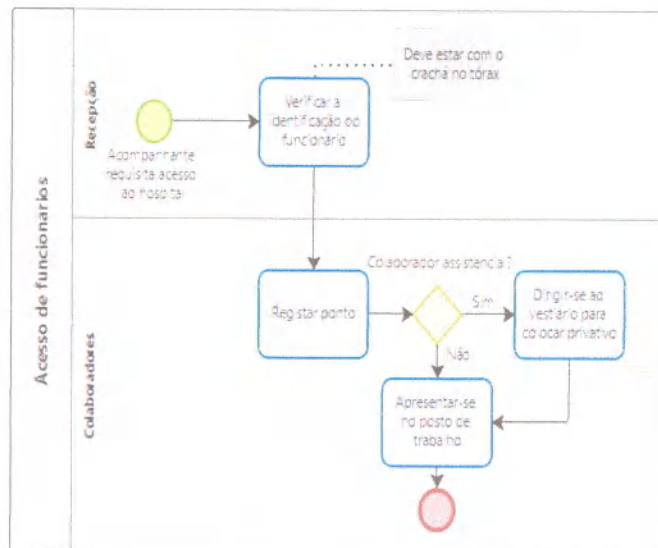


Figura 18 – Fluxo acesso de funcionários.

d) Fluxo – Acesso de Fornecedores

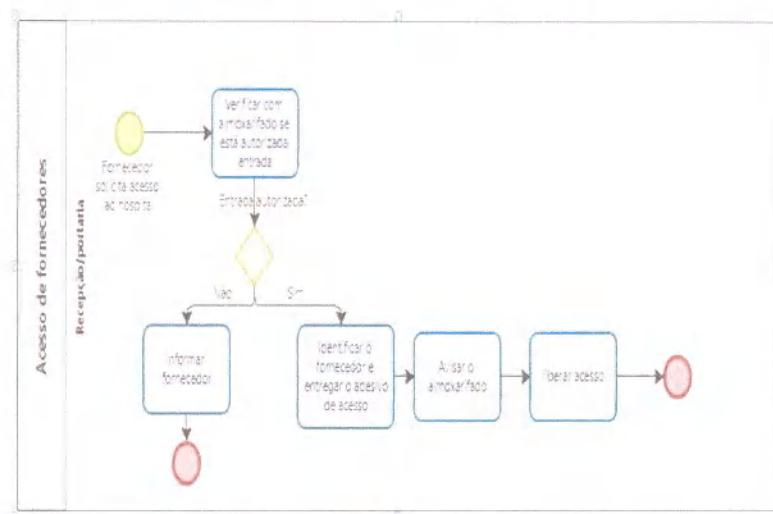


Figura 19 – Fluxo acesso de Fornecedores.

e) Fluxo – Acesso ao Estacionamento

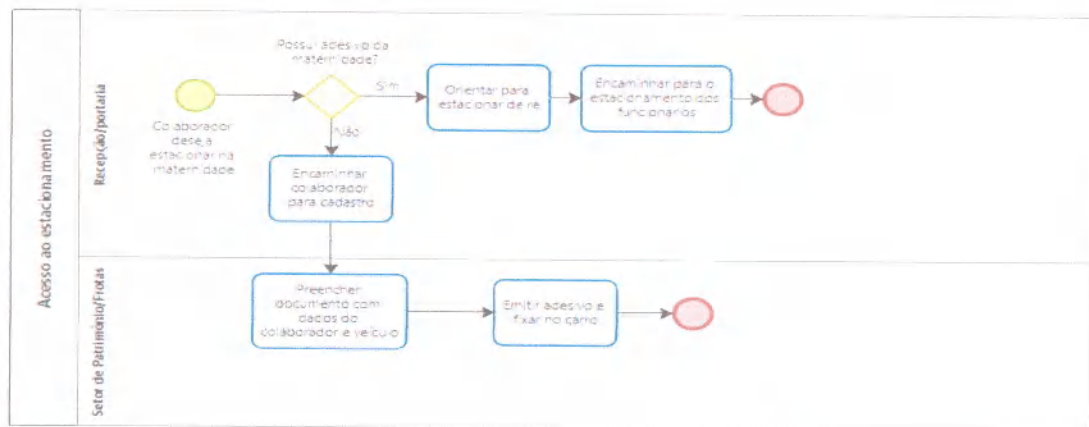


Figura 20 - Fluxo acesso ao Estacionamento.

Outro ponto a se considerar é a existência de áreas com diferentes níveis de risco e consequentemente com características próprias, sendo classificadas em áreas críticas, semicríticas e não críticas.

As áreas críticas 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. Dessa maneira, os microrganismos presentes em sujidades nas superfícies desses locais podem ser disseminados entre pacientes. São exemplos de áreas consideradas críticas: UTI, lavanderia, unidade de hemodiálise, isolamento.

As áreas semicríticas são as que ainda existe um risco de transmissão de doenças através de sujidades e microrganismos, mas em escala menor do que nas áreas críticas. Ainda assim, é necessário tomar todos os cuidados necessários a fim de evitar qualquer tipo de contaminação. Os pacientes de áreas semicríticas normalmente não possuem doenças contagiosas, mas precisam de cuidados especiais para não se contaminarem. São exemplos de áreas consideradas semicríticas: enfermarias, posto de enfermagem, banheiros.

As áreas não críticas são aquelas não ocupadas por pacientes e assim, não apresentam riscos significantes de transmissão de doenças. São elas: Administração, Almoxarifado, Áreas administrativas.

Essas áreas podem ainda ser divididas em áreas restritas, externas e internas.

As áreas restritas são ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes.

As áreas externas são de acesso de pacientes externos transportados que chegam de ambulância, pacientes que serão internados, profissionais de saúde, fornecedores e prestadores de serviço, além de serem espaços que podem ser utilizados para a remoção de cadáveres e de resíduos hospitalares.

As áreas internas da clínica médica e cirúrgica são de acesso dos pacientes internos, pacientes externos, profissionais de saúde, acompanhantes e visitante.

Nas figuras abaixo apresentamos os fluxos nas diversas áreas de circulação dos ambientes hospitalares.

Nas áreas críticas como, isolamento e sala de hemodiálise poderão circular somente profissionais de saúde, paciente e profissional de apoio.

Nas áreas semicríticas como, enfermarias, posto de enfermagem, banheiros, poderão circular profissionais de saúde e de apoio, paciente, acompanhante e visitantes.

Nas áreas não críticas como Administração e Almoxarifado, poderão circular gestores, administradores e gerentes.

a) Fluxo Operacional Nas Áreas Internas Críticas (Isolamento E Sala De Hemodiálise)



Figura 21 - Fluxo operacional nas áreas internas críticas

b) Fluxo Operacional Nas Áreas Internas Semi Críticas (Enfermarias/Posto De Enfermagem)



Figura 22 - Fluxo Operacional Nas Áreas Internas Semi Críticas

c) Fluxo Operacional Nas Áreas Internas Não Críticas (Administração/Banheiros)



Figura 23 – Fluxo Operacional Nas Áreas Internas Não Críticas

d) Fluxo Operacional Nas Áreas Externas



Figura 24 – Fluxo Operacional Nas Áreas Externas

#### 4.2.1.2 Fluxo para registros e documentos de usuários e documentos administrativos

De acordo com a Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991, a gestão de documentos consiste em um “conjunto de procedimentos e operações técnicas referentes à produção documental, tramitação, uso, avaliação e arquivamento em fase corrente e intermediária, visando a eliminação ou recolhimento para guarda permanente dos documentos”.

A mesma lei, ainda dispõe que a gestão de documentos é dever do Poder Público e que todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular ou de interesse coletivo ou geral contidas em documentos de arquivos.

Dessa forma, a gestão de documentos é aplicada nas organizações para o controle e acompanhamento de toda a sua documentação arquivística, seja ela produzida ou recebida, garantindo uniformização de procedimentos, eficiência na recuperação da informação, criação e manutenção de documentos.

Essas medidas de controle e acompanhamento contribuem para a transparência, a desburocratização da instituição, a legalidade dos atos administrativos e a destinação correta dos documentos.

Portanto esta gestão, se torna extremamente necessária no cotidiano das organizações. Posto isto, a Unidade de Qualidade do HE solicitará que todos os gestores verifiquem se os documentos em uso de seus respectivos setores estão padronizados pelo departamento de qualidade institucional, assim como, avaliem a necessidade de criação de novos documentos ou revisão de versões anteriores.

Vale ressaltar que todos os documentos em uso no HE deverão estar devidamente padronizados pela qualidade, e que todas as documentações institucionais vigentes estarão organizadas na pasta zero da plataforma digital escolhida para a gestão.

#### Fluxo Criação de Documentos



#### Fluxo de Exclusão de documentos

000048



#### 4.2.1.3 Fluxo unidirecional para material esterilizado

O Centro de Material e Esterilização (CME) pode ser definido como: a área responsável pela limpeza, desinfecção, esterilização, armazenamento e distribuição dos produtos para a saúde passíveis de reprocessamento, não críticos, semicríticos e críticos. Seja por meios químicos ou físicos e mecânicos, o CME promove o reprocessamento destes produtos para a continuidade da assistência.

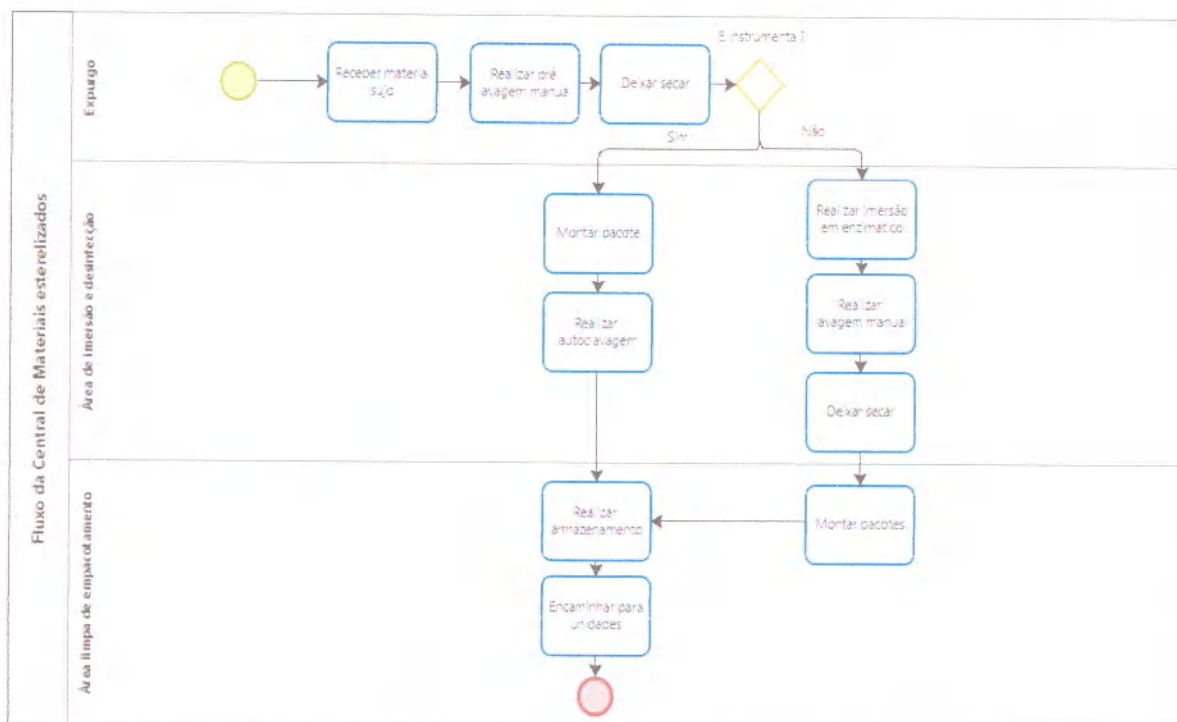
A SOBECC (Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização) destaca a necessidade de manter neste setor, um fluxo contínuo e unidirecional, evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados. Além disso, aponta a importância de se evitar, sempre que possível, que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa.

Além disso, o CME constitui um ambiente de trabalho que apresenta riscos ocupacionais, pela probabilidade alta de exposição dos profissionais da saúde aos fluidos corpóreos veiculadores de microrganismos, substâncias orgânicas e inorgânicas contaminadas. Por isso, é de extrema importância a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) e coletiva (EPC). O uso dos equipamentos de proteção neste setor, diminui o risco do contato direto da pele e mucosas do trabalhador com qualquer material contaminado e os produtos químicos necessários ao processo. Portanto, a equipe de profissionais que atua no CME deve estar muito bem paramentada e treinada a respeito dos riscos ocupacionais embutidos de a cordo com a função a ser desenvolvida dentro do CME.

Os resíduos produzidos nos serviços de saúde, deverão possuir todo seu trajeto, acondicionamento e desfecho final monitorado pela unidade geradora, como prevê a RDC N° 222/2018 e a Portaria N° 280/2020, sendo tratados conforme preverá o Plano de Gerenciamento de Resíduos institucional que será implantado na unidade.



000040



Fluxo – Central de Materiais Esterilizados (CME)

#### 4.2.1.4 Fluxo unidirecional para roupa hospitalar

O processamento de roupas no serviço de saúde constitui-se na atividade de apoio, no fornecimento de insumos para uma estadia confortável para o paciente. O serviço é responsável pelo recolhimento, separação em suja e limpa, processamento, armazenamento de toda a roupa utilizada na unidade, além da distribuição conforme a necessidade de cada área.

O gestor da área é o responsável por fiscalizar todo o processo, padronizar os produtos de lavagem que mais se adequem a necessidade do serviço, treinar as equipes e fiscalizar, em parceria com o Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), no que se refere ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual e Coletivos de segurança (EPI e EPC).

A unidade de processamento de roupa de serviços de saúde é considerada um setor de apoio que tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço de saúde.

000050

Desta forma, o Serviço de Apoio de Lavanderia e Rouparia, é fundamental para a assistência segura aos pacientes e usuários. Para isso, seus serviços e atribuições devem ser minimamente padronizados.

Este serviço compreende:

- Coleta;
- Lavagem;
- Desinfecção;
- Recuperação;
- Distribuição de enxoval hospitalar, em condições de uso, conforme contrato com a empresa prestadora de serviço, nos padrões determinados pela Secretaria Estadual de Saúde.

Enxoval Hospitalar é o conjunto de roupas utilizadas pelo hospital com a finalidade de atender os diversos serviços e procedimentos assistenciais. Sendo assim, visando o melhor atendimento dos setores e aos usuários, solicitamos a disponibilidade de 4 (quatro) a 5 (cinco) trocas, para que o descanso do enxoval após a lavagem seja eficaz. Ocasionalmente conforto, segurança na limpeza e desinfecção, durabilidade, boa apresentação, economia no processamento e resistência aos produtos de lavagem.

A distribuição de enxoval hospitalar para os usuários em internação será feita através de Kits contendo os seguintes itens:

- 02 lençóis;
- 01 traçado;
- 01 cobertor;
- 01 camisola ou pijama;
- 01 toalha de banho, contemplando o mínimo de duas trocas diárias, ou conforme demanda por ocorrência e sujidade.

Setor da rouparia irá fornecer mão de obra específica a cada função:

- Auxiliares de rouparia;
- Auxiliares de Costura;
- Gestor do setor.

Além, do fornecimento de materiais de escritório para o controle de formulários referentes à distribuição e controle das roupas hospitalares, utensílios e equipamentos necessários ao funcionamento do serviço.

O processamento de roupa dos serviços de saúde deve abranger as seguintes atividades, conformes descritas a seguir:

000051

O processamento da roupa dos serviços de saúde abrange as seguintes atividades:

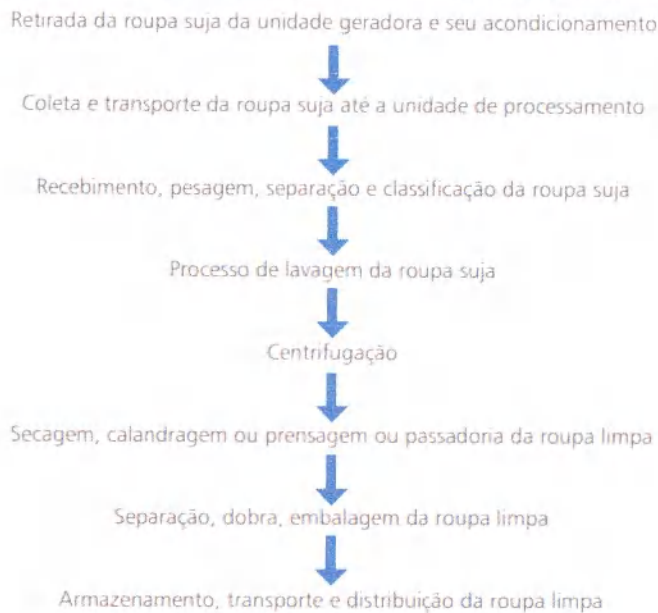


Figura 25 – Atividades realizadas pela unidade de processamento de roupas.  
 Fonte Anvisa, 2009.

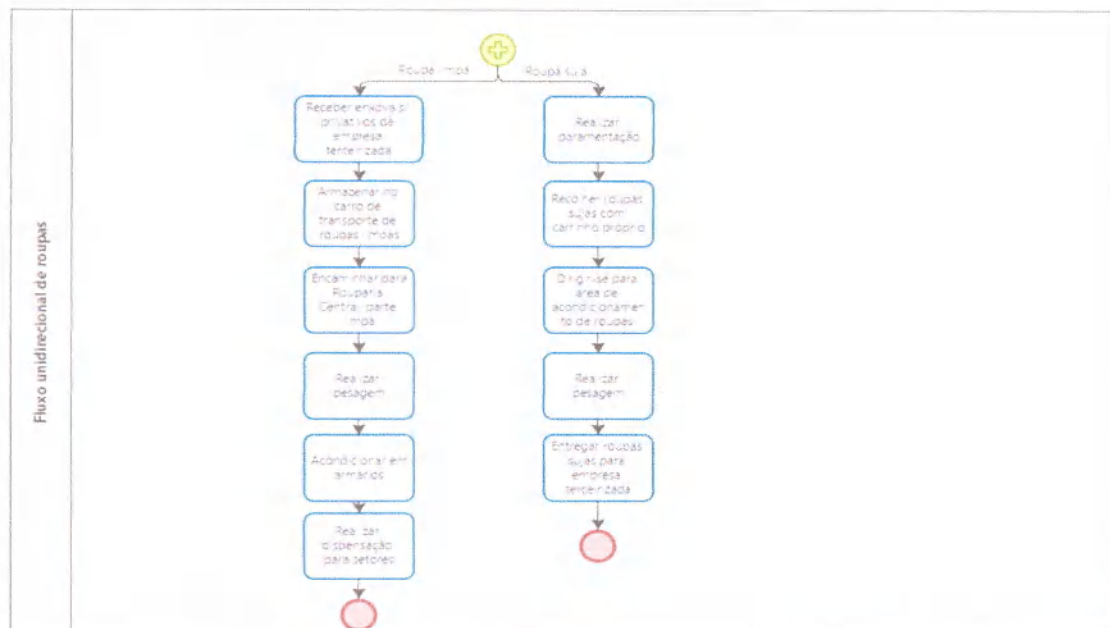


Figura 26 – Fonte unidirecional de roupas

Vale destacar que durante a execução do fluxo é importante que:

000052

- A coleta seja realizada em horário preestabelecido e a roupa suja deve ser colocada direta e imediatamente no hamper;
- Os carros utilizados na remoção dos sacos de roupa sujam nunca sejam utilizados para o transporte de roupa limpa. Igualmente, deve ser evitado o cruzamento da roupa suja com a limpa. O percurso e o elevador usados na remoção dos sacos de roupa suja não devem ser utilizados simultaneamente por carro de roupa limpa ou de comida.
- Após a coleta nas unidades, a roupa suja seja transportada à recepção do setor de roupa suja, para a pesagem e o processamento no serviço de lavanderia terceirizada.

#### 4.2.1.5 Fluxo unidirecional de resíduo hospitalar

Os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) são o produto residual de atividades exercidas por estabelecimentos de saúde e sua importância sanitária reside no fato de gerarem riscos à saúde pública e ao meio ambiente, quando imprópriamente tratado, armazenado, transportado e destinado inadequadamente.

Para reduzir os riscos sanitários inerentes a produção dos resíduos, a organização dos serviços de coleta e transporte de resíduos se faz necessária para:

- Promover a higienização e limpeza de todo o Hospital, levando em consideração a característica de cada área;
- Fixar um horário para o serviço, em consonância com as atividades desenvolvidas em cada unidade;
- Coletar todo o lixo do Hospital fixando um fluxo específico de saída, dando-lhes tratamento e destino corretos;
- Combater permanentemente insetos e roedores (sinatrópicos);
- Estudar com profundidade os produtos a serem utilizados para que, além de higienizarem e limparem corretamente, não danifiquem os materiais nos quais foram aplicados;
- Levantar estatística mensal do movimento;
- Fixar sistema de segurança para a limpeza de superfícies perigosas;
- Manter recipientes específicos para a coleta de materiais perfuro cortantes;
- Promover constantemente treinamento em serviço;
- *Observar e comunicar aos responsáveis, sobre defeitos encontrados em instalações e móveis;*
- Elaborar e colocar em prática o Regimento e Manual de Organização específico do Serviço;

Além de:

- *Reduzir o volume gerado e a periculosidade de resíduos infectantes, primordialmente, e dos outros tipos de resíduos;*
- Aumentar o nível de segurança dos funcionários, usuários e pacientes;
- Garantir adequada segregação dos resíduos, facilitando o reaproveitamento e o descarte;
- Otimizar (recursos financeiros e pessoal) na coleta e transporte internos e externos dos resíduos;

52 

000053

- Destinação correta dos resíduos;
- Diminuição dos impactos visuais;
- Preservação dos recursos naturais renováveis e não renováveis;
- Receita na venda de materiais recicláveis;
- Redução com os gastos de disposição;
- Diminuição da quantidade de resíduos destinados aos aterros sanitários;
- Marketing positivo, em virtude da imagem de responsabilidade social ecológica da empresa adepta de tais práticas;
- Cumprimento da Legislação em vigor; e
- Melhoria da qualidade de vida.

A geração de resíduos em uma unidade hospitalar está diretamente relacionada à saúde, segurança e meio ambiente. Assim, a coleta, segregação, transporte e a eliminação destes resíduos precisam ser regidos por normas claramente formuladas e definidas.

A gestão de resíduos sólidos é norteadada pela Política Nacional dos Resíduos Sólidos – PNRS, e fundamentada pela Lei nº 12.305 (BRASIL, 2010), que a institui e dispõe sobre os princípios, objetivos e instrumentos, bem como as diretrizes relativas à gestão integrada e ao gerenciamento de resíduos sólidos, incluindo os perigosos, às responsabilidades dos geradores, do poder público e os instrumentos econômicos aplicáveis.

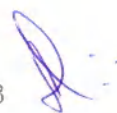
A Lei nº 12.305 classifica como resíduos perigosos todos aqueles que em razão de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, patogenicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade e mutagenicidade apresentam significativo risco à saúde pública ou à qualidade ambiental.




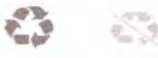

A Resolução CONAMA nº 358 /05 afirma que os Resíduos de Serviço de Saúde – RSS são aqueles gerados em estabelecimentos provenientes de atividades clínicas farmacêuticas, hospitalares e veterinárias, de natureza física, química ou biológica, que não tratados corretamente, venha trazer transtornos a vida humana, animal e ao meio ambiente e que por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo e segregação, exigindo ou não tratamento prévio para a sua disposição final.

Segundo a Resolução ANVISA nº 222 os próprios geradores de resíduos de serviço de saúde são responsáveis por promover o seu gerenciamento, sendo que esta mesma resolução define o Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde como, um conjunto de procedimento de gestão, planejando e implementado a partir de bases científicas, técnicas normativas e legais com o objetivo de minimizar a produção de resíduos de forma a proporcionar que aqueles gerados, sejam gerenciados de forma eficiente e segura, visando a proteção dos trabalhadores, a manutenção da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

O Manejo dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS) Trata-se da atividade de manuseio dos resíduos de serviços de saúde, cujas etapas são a segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário tratamento interno, armazenamento externo, coleta interna, transporte externo, tratamento externo, destinação e disposição final ambientalmente adequada dos resíduos de serviços de saúde.

Por esses motivos, a separação dos resíduos, conforme a classificação dos Grupos estabelecida pela Resolução RDC nº222 de 2018 da ANVISA, no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos, se torna extremamente importante para o manejo seguro dos resíduos e para garantir que estes recebam o tratamento e o descarte/eliminação adequados.



Tipo de Resíduo		Definição	Símbolo
GRUPO - A Infectante	A1	São considerados resíduos infectantes aqueles com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características podem apresentar risco de infecção.	 INFECTANTE
	A2		
	A3		
	A4		
	A5		
GRUPO B - Químico		São resíduos contendo produtos químicos que apresentam periculosidade à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade, mutagenicidade e quantidade.	
GRUPO C - Radioativo		Qualquer material que contenha radionuclídeo em quantidade superior aos níveis de dispensa especificados em norma da CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.	 ATENÇÃO MATERIAL RADIOATIVO
GRUPO D - Comum		Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.	
GRUPO E Perfurocortante		Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como agulhas, escalpos, ampolas de vidro, brocas, lâminas endodônticas, pontes dentonortadas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos capilares, lâminas e lâminulas, e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório e outros similares.	 PERFUROCORTANTE

Fonte: NBR 7500 (BRASIL, 2003) / CONAMA (BRASIL, 2005) / RDC 222 ANVISA 2018.

Figura 27 - Identificação dos Resíduos dos Serviços de Saúde Conforme o Grupo.

## Transporte

O Transporte Interno dos resíduos consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo. Esse transporte será realizado mediante roteiro definido, que não coincidam com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades, sendo realizado separadamente por setor conforme o grupo e em recipientes específicos para cada grupo de resíduos.

Os recipientes para transporte interno serão constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e são identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos.

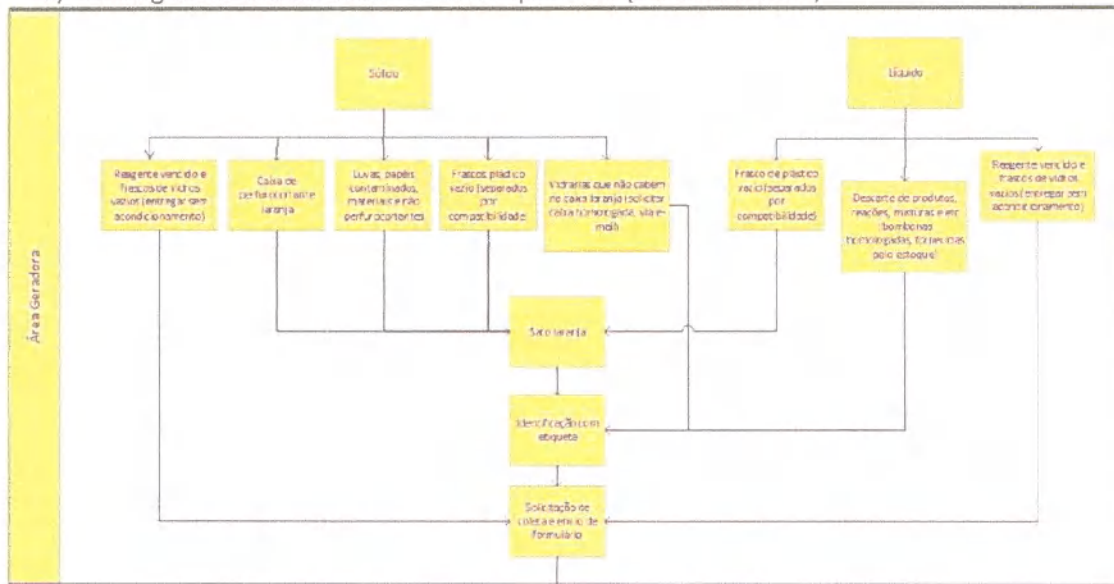
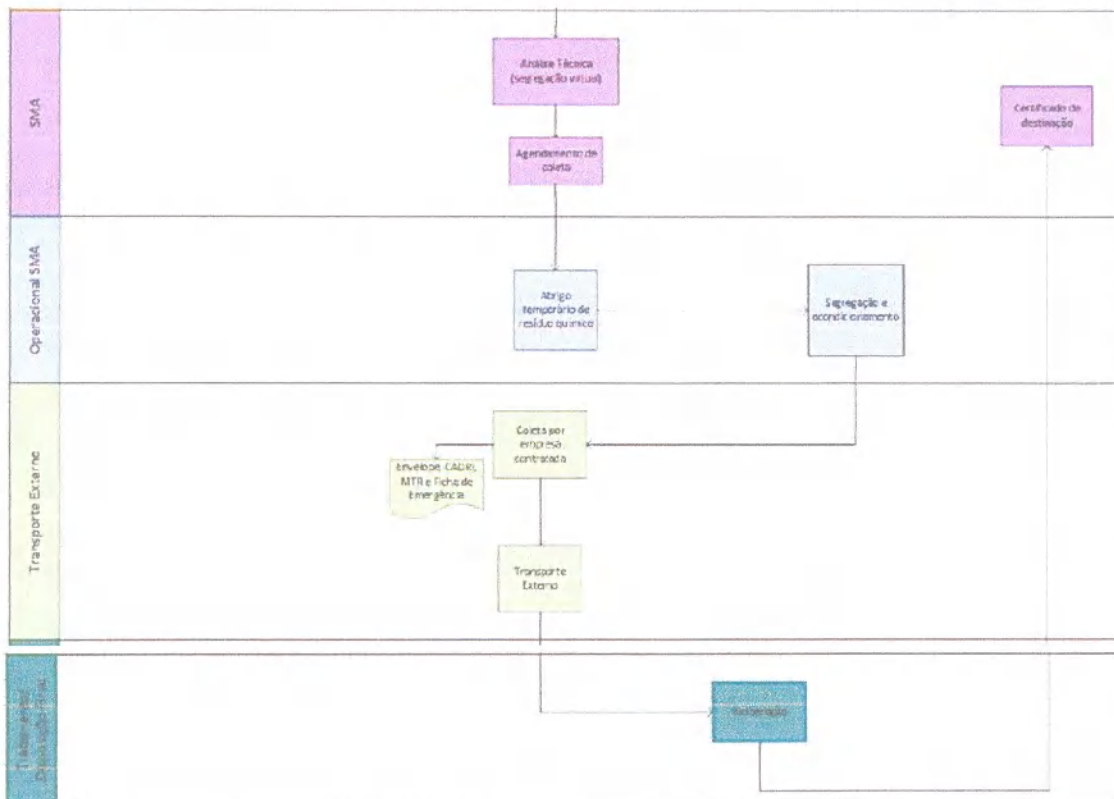
O transporte dos resíduos, do local gerador até o abrigo temporário, será realizado conforme rotina de desinfecção concorrente e terminal, de acordo com a criticidade de cada setor estabelecido pelo Setor de Higienização e Limpeza. Neste momento o resíduo presente nas lixeiras será retirado e encaminhado ao para a sala de utilidades, onde permanecerá até o horário seguinte de transporte para o abrigo externo.

Os horários propostos para o transporte interno dos abrigos temporários para o abrigo externo são: 10:00h, 14:30h, 17:30 horas (ficam armazenados no abrigo). Sendo que, poderá haver transporte de resíduos fora destes horários, desde que, não ocorram os cruzamentos conforme o supracitado.

Nessa perspectiva, considerando a seriedade do manejo correto dos resíduos a serem gerados na unidade, o IBGH implantará no Hospital a COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS que será regida conforme proposta abaixo, para que seja validado o Plano de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS), norteado pela regulamentação vigente no Brasil (RESOLUÇÃO RDC Nº 222, de 28 de março de 2018 RESOLUÇÃO CONAMA nº 358, de 29 de abril).

000055

a) Fluxograma: Descarte de Produtos químicos (medicamentos)


 Figura 28 - Fluxograma de Descarte de Produtos químicos (medicamentos)/  
Parte 1

 Figura 29 - Fluxograma de Descarte de Produtos químicos (medicamentos)/  
Parte 2



096056

b) Fluxograma: Descarte de resíduos infectantes

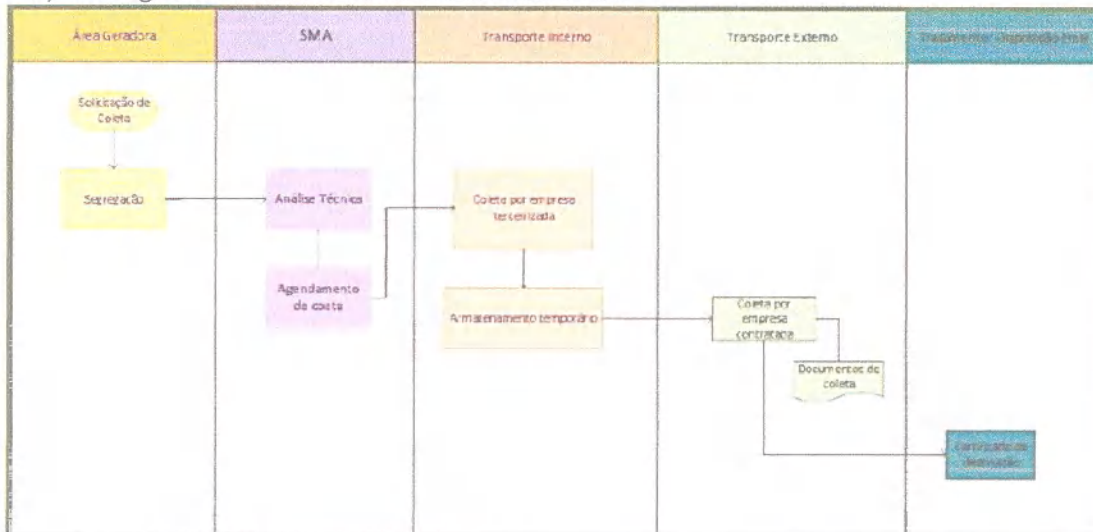


Figura 30 - Fluxograma de Descarte de resíduos infectantes

c) Fluxograma: Descarte de materiais recicláveis

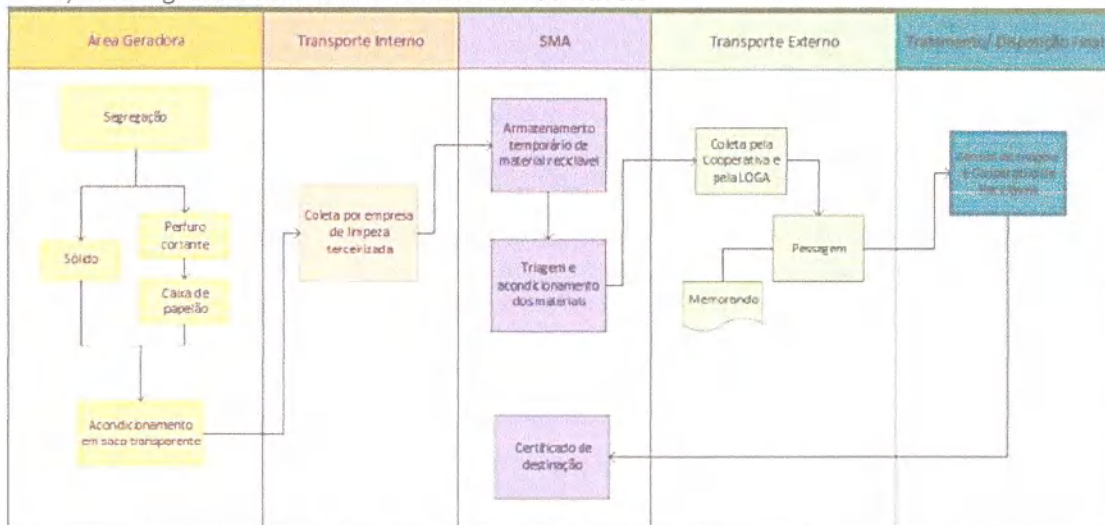


Figura 31 - Fluxograma de Descarte de materiais recicláveis

d) Fluxograma: Descarte de resíduos comuns



000057

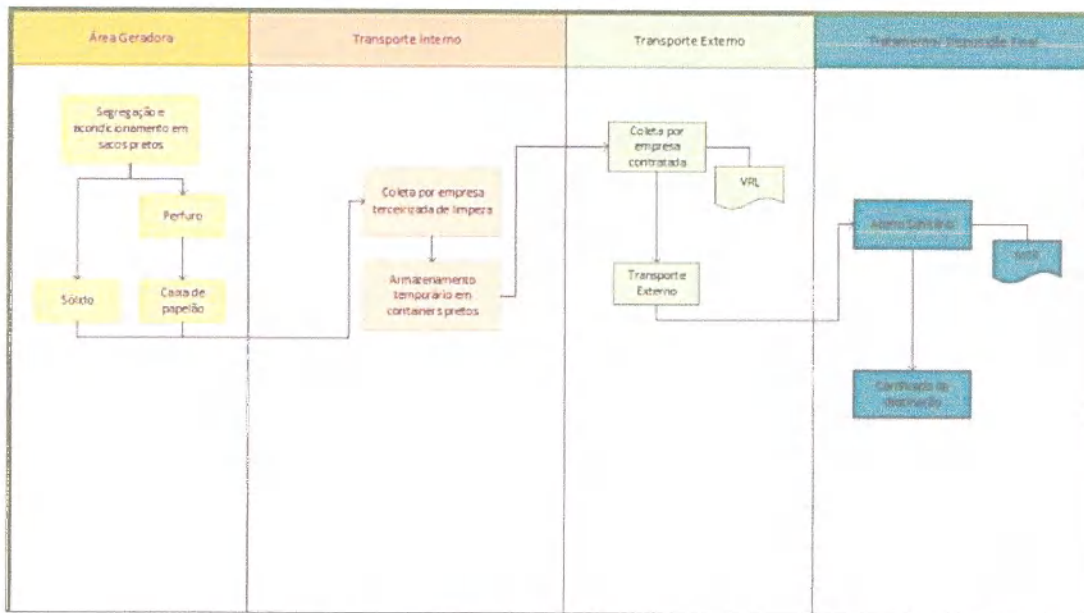


Figura 32 - Fluxograma de Descarte de resíduos comuns

e) Fluxograma: Etapas do manejo de resíduos

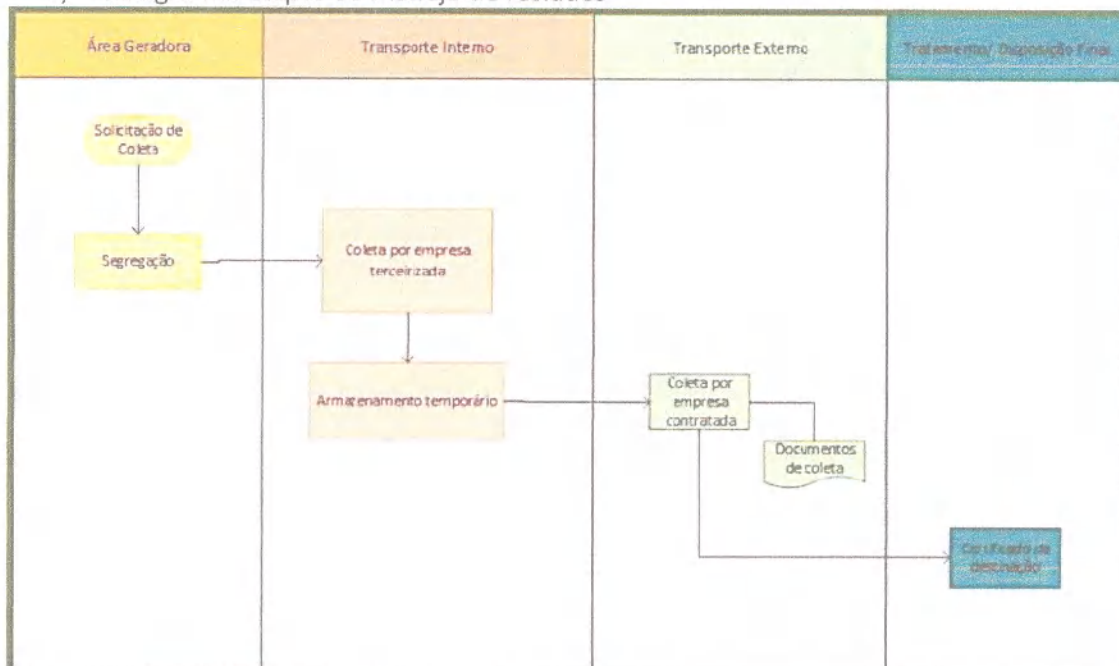


Figura 33 - Fluxograma: Etapas do manejo de resíduos

006058

Os resíduos produzidos nos serviços em saúde deverão possuir todo seu trajeto, acondicionamento e desfecho final monitorado pela unidade geradora, como prevê a RDC N° 222/2018 e a Portaria N° 280/2020.

Os resíduos serão tratados conforme preverá o Plano de Gerenciamento de Resíduos institucional que será implantado na unidade.

#### 4.2.2 Implantação de Gestão

##### 4.2.2.1 Proposta de implantação de Logística de Suprimentos

O Manual de Logística de suprimentos tem o compromisso, de influenciar na organização dos processos de relacionamento e na geração de valor para a cadeia de suprimentos que direciona os fornecedores para o caminho da sustentabilidade socioambiental no mercado.

Os fornecedores são uma parte estratégica dos negócios de qualquer organização, pois eles impactam diretamente a produção, a qualidade, a quantidade e o preço do produto. Por isso, é indispensável um bom gerenciamento da cadeia de fornecedores.

A partir deste contexto será apresentado nos itens a seguir proposta de implantação da Logística de Suprimentos.

##### **Descrição da métrica de para seleção de fornecedores:**

Os processos de compras do IBGH e unidades estão publicados no portal de transparência da unidade.

Os fornecedores são classificados em críticos e não críticos, sendo:

- Críticos: fornecedores de produtos e/ou serviços cujo volume financeiro comprometa os maiores investimentos;
- Não-Críticos: demais fornecedores de produtos e/ou serviços.

Não obstante à classificação de fornecedores, não existe nenhum tipo de prioridade ou vantagens a quaisquer fornecedores.

##### **Qualificação de fornecedores**

O processo de qualificação é a garantia de que o fornecedor atende a critérios documentais estabelecidos pelo IBGH.

Os fornecedores serão qualificados pela área responsável pela contratação dos produtos/serviços e/ou fiscal indicado para fiscalizar o contrato, levando em consideração os documentos abaixo relacionados:

- Cópia do ato constitutivo, estatuto ou contrato social vigente;



996059

- Cópia do RG e CPF dos sócios;
- Inscrição do CNPJ;
- Certidões de regularidade (Federal, estadual e municipal e Débitos trabalhistas);
- Certificado de regularidade do FGTS;
- Alvará de localização e funcionamento expedido pela prefeitura;
- Alvará de regularidade expedido pelo Corpo de Bombeiros;
- Alvará Sanitário;
- Certificação reconhecida nacional e/ou internacionalmente (caso haja);
- Cópia do ato constitutivo, estatuto ou contrato social vigente;
- Cópia do RG e CPF dos sócios;
- Inscrição do CNPJ;
- Certidões de regularidade (Federal, estadual e municipal e Débitos trabalhistas);
- Certificado de regularidade do FGTS;
- Alvará de localização e funcionamento expedido pela prefeitura;
- Alvará de regularidade expedido pelo Corpo de Bombeiros;
- Alvará Sanitário;
- Certificação reconhecida nacional e/ou internacionalmente (caso haja).

Para fornecedores de materiais e medicamentos, será necessário também os seguintes documentos:

- Certificado de boas práticas de fabricação emitido pela ANVISA;
- Concessão de autorização para funcionamento expedido pelo Departamento Técnico Normativo – DIPROD – Divisão de Produtos da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde;
- Declaração de veículo de transporte vistoriado pela vigilância ou outro órgão competente;
- Documentos adicionais poderão ser solicitados a qualquer tempo, pelo IBGH, de modo a compor a lista de documentos para qualificação;
- Relatórios de prestação de serviços;
- Declaração do Fiscal.

### **Critérios para avaliação de desempenho de fornecedores**

A avaliação dos itens referentes ao processo de compras e entrega de produtos/serviços será realizada *de acordo com o contrato firmado e a autorização de fornecimento (Ordem de Compra)* encaminhada ao fornecedor de serviços. A referida avaliação deverá ser juntada no Kit financeiro, a cada pagamento / chegada de material.

Este processo consiste no monitoramento do desempenho da Qualidade e da Logística de seus fornecedores no momento da entrega, sendo que os eventuais problemas detectados posteriormente à entrega serão notificados aos contratados para providências que se façam necessárias.

59





000000

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores de produtos em geral:

- Cumprimento dos prazos de entrega/contrato;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos para pagamento acordados;
- Integridade e condições de embalagem;
- Produtos entregues dentro do prazo de validade;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores de insumos de Nutrição:

- Nota fiscal de acordo com a autorização de fornecimento / Contrato;
- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos de pagamento acordados;
- Integridade e condições de embalagem;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente;
- Relacionamento entre cliente-fornecedor;
- Cumprimento de normativas legais de produtos específicos.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores insumos Almojarifado Geral:

- Nota fiscal de acordo com a autorização de fornecimento;
- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos acordados para pagamento (vencimento da fatura);
- Integridade e condições de embalagem;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente;
- Os materiais e produtos estão devidamente registrados nos órgãos e ou autarquias competentes (ANVISA, MS, INMETRO);
- Relacionamento cliente-fornecedor.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores insumos da Farmácia:

60

000061

- Nota fiscal de acordo com a autorização de fornecimento / Contrato;
- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos de pagamento acordados;
- Integridade e condições de embalagem;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente;
- Temperatura dos insumos termolábeis;
- Produtos entregues dentro do prazo de validade;
- Relacionamento cliente-fornecedor.

### Classificação da avaliação dos fornecedores

A avaliação dos fornecedores de produtos será feita em formulário padronizado e arquivada juntamente com a nota fiscal, de acordo com a avaliação ele poderá ter a seguinte classificação:

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
SATISFATÓRIO	Quando o resultado da avaliação atingir no mínimo 77% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho;
INSATISFATÓRIO	Quando o resultado da avaliação for inferior a 77% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho.

Quanto à avaliação de critérios subjetivos que dependem de julgamento do Supervisor de Compras e/ou dos supervisores (de almoxarifado, farmácia e nutrição) ou executores dos contratos, esta, se dará através da apresentação escrita (e-mail ou ofício) dos questionamentos e da respectiva resposta do fornecedor de serviços.

Quando da ocorrência de não conformidades, o fornecedor será prontamente comunicado pelo executor do contrato, através de e-mail, para tomar ciência e providências no sentido de solucionar as falhas apontadas.

Quando a avaliação de insatisfatório se mantiver por mais de duas entregas, o fornecedor será oficiado e/ou notificado extrajudicialmente para apresentação de ações de correção da não conformidade, sendo que caso não sejam corrigidas, poderá ser suspenso do processo de compras pelo período de até 12 meses.

Os ofícios, notificações extrajudiciais e as comunicações de eventuais punições aos fornecedores serão expedidas pelo IBGH.

### Modo de aquisição de materiais e medicamentos:

O procedimento de compras ou contratação terá início com a elaboração da solicitação de compras e deverá conter no mínimo as seguintes informações:

- I. descrição detalhada do bem, da obra ou do serviço;
- II. especificações técnicas;
- III. quantidade e forma de apresentação;



000062

IV. justificativa da compra ou contratação;

Parágrafo único - É vedada a indicação de marca ou modelo de determinado fabricante; exceto quando se utilizar a marca como paradigma de qualidade da compra ou quando se tratar da identificação de um equipamento, cuja manutenção ou peças de reposição constituam o objeto da despesa pretendida.

Art. 5º. Todos os processos seletivos de compras e contratações deverão ser amplamente divulgados e publicados no sítio do IBGH sendo acessíveis ao público.

Parágrafo primeiro - O IBGH dará publicidade prévia da compra, contratação e alienação, por meio de publicação nos seguintes canais de comunicação, no prazo mínimo de 03 (três) dias úteis para aquisições/contratações comuns e no mínimo 05 (cinco) dias úteis para aquisições/contratações complexas e/ou de grande vulto:

I. Sítio do IBGH na internet, para todas as aquisições, contratações e alienações, incluídas aquelas que forem realizadas por meio de plataforma eletrônica de compras;

II. Jornal de grande circulação ou no Diário Oficial do Município de Aparecida de Goiânia, para compras e contratações cujo valor estimado esteja acima de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), considerado o valor total da aquisição, da contratação ou da alienação.

Parágrafo segundo - Fica resguardado o direito do IBGH em utilizar dos meios de publicação aqui descritos, mesmo quando não estiver obrigado.

Parágrafo terceiro - Havendo publicação em mais de um canal acima descrito, a contagem de prazo se dará a partir daquela que ocorrer por último.

Parágrafo quarto - Em todas as hipóteses elencadas nos incisos I e II do parágrafo primeiro, deverão ser disponibilizadas no sítio eletrônico na internet do IBGH ou da Unidade gerenciada as versões integrais dos Editais (ou documentos que os substituam) das aquisições e contratações a serem realizadas.

Art. 6º - Não será exigida a publicação prévia em qualquer meio de comunicação quando se tratar das seguintes situações:

I. Por valor: Nas aquisições de bens, materiais, e contratações de serviços cujo valor não exceda R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais), considerado o valor total da aquisição e/ou contratação;

II. Emergência: Nas compras ou contratações realizadas em caráter de urgência ou emergência, caracterizadas pela ocorrência de fatos inesperados e imprevisíveis ou por necessidade de contratação de serviços essenciais para início das atividades previstas no contrato de gestão, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando em prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas, pacientes ou equipamentos, desde que limitadas a exata proporção para o atendimento da situação pontual;

III. Especificidade: Na contratação de empresa especializada ou profissional de notória especialização, bem como os serviços de assessoria e consultoria jurídica, assessoria de comunicação, e outros assim declarados pela presidência;

IV. Exclusividade: Quando o fornecedor for exclusivo para o objeto da compra ou contratação, desde que comprovada a exclusividade, através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio local, pelo Sindicato ou equivalente, ou ainda por declaração do fabricante, vedada a preferência de marca;

V. Ausência de interessados: Quando não houver interessados à seleção anterior devidamente publicada nos termos do artigo 5º e esta, justificadamente, não puder ser repetida

62



090063

sem prejuízo para o objeto do contrato de gestão, mantidas, neste caso, todas as condições preestabelecidas;

VI. *Padronização: Atender ao princípio da padronização, que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho, observadas, quando for o caso, as condições de manutenção, assistência técnica e garantia oferecidas, devidamente justificadas;*

VII. Entidades paraestatais, sem fins lucrativos e organizações sociais. Nesses casos, a contratação somente poderá ocorrer se houver uma correspondência entre as atividades-fim de tais entidades com aquelas elencadas no contrato de gestão.

Parágrafo primeiro - Nas hipóteses dos incisos IV, VI e VII, deste artigo, a empresa contratada deverá comprovar a compatibilidade do preço praticado no mercado, por meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes, com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

Parágrafo segundo - As compras ou contratações realizadas com fundamento nos Incisos I, II, e V, deste artigo, serão realizadas por meio de pesquisa de mercado, mediante cotação de preços, sempre que possível junto a, no mínimo, 03 (três) interessados, podendo essa ser realizada por telefone, e-mail ou orçamentos, devidamente registrada no respectivo processo de compras/contratação.

Parágrafo terceiro – Na hipótese do inciso III aplicar-se-á a regra do parágrafo primeiro ou do parágrafo segundo nos termos definidos no ato de solicitação da contratação, com vigência máxima de até 180 dias.

Art. 7º - Os resultados de todas as compras, contratações de obras e serviços, e as alienações serão disponibilizados no sítio do IBGH, durante a vigência do contrato de gestão, e deverão conter no mínimo:

I. Nos casos de ordem de compra:

- a) Nome da empresa;
- b) CNPJ;
- c) Descrição do item;
- d) Quantidade do item;
- e) Valor por item;
- f) Valor Total.

II. Nos casos de Contrato:

- a) Nome da empresa;
- b) CNPJ;
- c) Objeto do contrato;
- d) Vigência do contrato;
- e) Valor mensal;
- f) Valor Total.

Parágrafo Único - Além das informações elencadas no inciso II deste artigo, todos os contratos (e seus aditivos) firmados deverão ser publicados, na sua íntegra, no sítio eletrônico do IBGH ou da Unidade gerenciada.



000064

Art. 8º. A modalidade do processo seletivo será definida com base nos seguintes critérios:

I. Carta Cotação sem publicação prévia: para as aquisições com os valores estimados de até R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por operação de compras e prestação de serviços, obrigando-se apenas a publicação do resultado no sítio do IBGH e Unidade gerenciada;

II. Carta Cotação com publicação prévia:

a) Quando se tratar de contratação de serviços, aquisições de materiais, produtos e bens com os valores estimados entre R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) e R\$ 176.000,00 (cento e setenta e seis mil reais) por operação;

b) Quando se tratar obras e serviços de engenharia com os valores estimados entre R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) e R\$ 330.000,00 (trezentos e trinta mil reais) por operação.

III. Edital:

a) Quando se tratar de contratação de serviços, compras de materiais, produtos e bens com os valores estimados acima de R\$ 176.000,00 (cento e setenta e seis mil reais), por operação;

b) Quando se tratar de contratações de obras e serviços de engenharia com os valores estimados acima de R\$ 330.000,00 (trezentos e trinta mil reais).

Parágrafo primeiro - As condições de participação, prazos, documentos a serem apresentados, requisitos e formas de apresentação da proposta, critérios de julgamento, regras recursais, dentre outras disposições constarão no edital do processo seletivo.

Parágrafo segundo - Todas as modalidades de processos seletivos acima definidas poderão resultar em Chamamento de Registro de Preços, desde que exista no instrumento convocatório previsão para este tipo de ajuste, bem como as regras do mesmo.

Art. 9º - O IBGH selecionará a proposta mais vantajosa, 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 outros, os seguintes aspectos:

- I. Atendimento ao princípio da padronização;
- II. Custos de transporte seguro até o local da entrega;
- III. Forma de pagamento;
- IV. Prazo e condições de entrega até a unidade solicitante;
- V. Credibilidade mercadológica da empresa proponente;
- VI. Disponibilidade de serviços;
- VII. Quantidade e qualidade do produto;
- VIII. Assistência técnica e reposição de peças;
- IX. Garantia dos produtos/serviços;
- X. Faturamento mínimo;
- XI. Prazo de validade;
- XII. Durabilidade do produto/serviço;





090065

- XIII. Economia na execução, conservação e operação;
- XIV. Adoção das normas técnicas de saúde e de segurança do trabalho;
- XV. Impacto ambiental;
- XVI. As condições de guarda e armazenamento que não permitam a deterioração do bem;
- XVII. Outros, excepcionalmente, identificados como relevantes para a decisão, desde que previamente publicados na carta cotação e devidamente fundamentado no processo de compra/contratação.

Art. 10º - Para que determinado concorrente seja qualificado como possível fornecedor/prestador, será necessária a apresentação de documentos legais abaixo relacionados, que deverão ser encaminhados para o IBGH:

- I. Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ;
- II. Última alteração do Contrato ou Estatuto Social, desde que devidamente consolidada, ou Contrato e Estatuto de Constituição acompanhado da última alteração contratual (somente quando houver a necessidade de formalização de contrato);
- III. Documentos pessoais dos sócios ou dirigentes (RG e CPF);
- IV. Procuração e documentos pessoais (RG e CPF) para o representante da contratada, quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato;
- V. Inscrição Estadual ou declaração de isento;
- VI. Inscrição Municipal ou declaração de isentos, no caso de obras e serviços;
- VII. Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante Certidão Conjunta de débitos relativos a Tributos Federais e da Dívida Ativa da União, que abranja inclusive a regularidade relativa às contribuições previdenciárias e sociais;
- VIII. Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos estaduais (ICMS) do Estado de Goiás;
- IX. Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal, por meio de Certidão Negativa de Débitos relativos a tributos municipais do município sede da proponente, em caso de obras e serviços;
- X. Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio de Certificado de Regularidade Fiscal (CRF);
- XI. Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho.

Parágrafo único - Pode-se dispensar a exigência de regularidade fiscal nas seguintes hipóteses, desde que devidamente justificadas:

- I. Aquisição e prestação de serviços até o limite de R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais), por operação; desde que previamente aprovado pela Administração Pública do Município em até 2 dias úteis, caso não haja manifestação dentro do prazo estipulado considerar-se-á aprovado tacitamente;
- II. Nas hipóteses de inviabilidade de competição e/ou na inexistência de outros na localidade.

Art. 11º - A ordem de compra, o contrato ou chamamento de registro de preços celebrados com o fornecedor encerram o procedimento de compras, devendo reproduzir fielmente todas as condições estabelecidas no procedimento de compras/contratação.

65



090066

Parágrafo único – O instrumento contratual será dispensado quando o fornecimento/prestação não gerar qualquer obrigação futura, podendo ser substituído por autorização de fornecimento.

Art. 12º - Em caso de inexecução total ou parcial das obrigações inerentes aos fornecedores/prestadores o IBGH poderá, garantida a prévia defesa, aplicar as seguintes sanções:

- I. Advertência;
- II. Multa, em caso de contrato;
- III. Suspensão temporária de participação em outros processos seletivos por no máximo 06 (seis) meses, desde que já tenha havido a aplicação da sanção prevista no inciso I por pelo menos duas vezes.

#### **Modo de recebimento, guarda e distribuição de medicamentos e produtos nos setores.**

Receber comunicação do Setor de Compras, contendo os números das Ordens de Compras liberadas, e repassá-las aos almoxarifes para o recebimento dos produtos.

Contatar os fornecedores das Ordens de Compras liberadas para recebimento com atraso igual ou superior a 07 dias para cobrar a entrega dos produtos. Anotar, em planilha eletrônica em separado, a data acertada para entrega e o nome da pessoa contatada.

Nos casos em que o fornecedor informar, de imediato, que não será possível realizar a entrega do produto, proceder o cancelamento da Ordem de Compra.

Realizar o procedimento de cancelamento das ordens de compra, nos casos em que mesmo após o contato realizado, o fornecedor não realizou a entrega dos produtos na data informada.

Receber os materiais de segunda-feira a sexta-feira das 14:00h às 17:00h, exceto para mercadorias entregues via transportadora ou produtos considerados imprescindíveis para a Instituição, que poderão ser recebidas também no período das 08:00h às 12:00h.

Em casos emergenciais ou dependendo da importância da aquisição do produto adquirido, este poderá ser recebido em horário noturno ou em final de semana.

Conferir no ato da entrega dos produtos/medicamentos, a Ordem de Compra ou contrato com os produtos recebidos e a nota fiscal. Verificar a quantidade, valor unitário e total, marca, o lote, a validade dos produtos, a inviolabilidade das embalagens, a descrição dos produtos, os dados da unidade e do Fornecedor (Razão Social, CNPJ, Inscrição

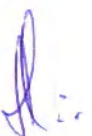
Estadual, endereço completo, frete e data de pagamento). Se houver qualquer divergência, tomar as devidas providências junto ao fornecedor.

Registrar no ato do recebimento de produtos/medicamentos que necessitam de refrigeração, através de termômetro a laser, a leitura da temperatura destes, bem como realizar o preenchimento na Ficha de recebimento de medicamentos e reagentes do laboratório.

Receber os produtos juntamente com o responsável do setor solicitante ou profissional que utilizará o produto, quando for produto novo ou de uso específico do setor.

No caso de produto novo ou de uso específico, colher ateste do setor que utilizará o produto e no caso de produto usual atestar a nota fiscal.

Dar entrada na nota fiscal no sistema operacional, avaliar o fornecedor, emitir via no sistema informatizado.



090067

Após o recebimento de todos os produtos de cada Ordem de Compra, enviar o processo para arquivo. Nos casos de contratos, o arquivamento deverá ser efetivado apenas após a expiração do contrato.

### **Armazenamento/ Controle de estoque**

Armazenar os produtos/medicamentos recebidos armazenando os produtos de modo que os de data mais próxima de vencimento fiquem à frente dos demais e observando as orientações de armazenamento do fabricante de cada produto.

Quando se tratar de produto termolábil (material para o laboratório de análises clínicas, medicamento etc.), armazená-lo de acordo com o item 01 e conferir 03 vezes ao dia a temperatura da geladeira anotando-as no formulário de Controle de temperatura da Geladeira.

Deverá ser observada a seguinte ordem cronológica de armazenamento:

1º Produtos Termolábeis;

2º Medicamentos;

3º Material Médico Hospitalar;

4º Demais materiais (escritório, manutenção, limpeza etc.)

### **Acompanhamento dos prazos de validade**

Emitir, todo o 1º dia útil de cada mês, relatório via sistema operacional, considerando como filtros o almoxarifado / satélite em que está exercendo suas atividades, e o período de 60 dias do dia da emissão do relatório.

No caso dos almoxarifados plantonistas, considerar também os carrinhos de emergência que estão ligados ao seu satélite.

Para cada um dos itens que forem listados no relatório, analisar se o mesmo será consumido antes do prazo de seu vencimento, considerando seu histórico de consumo, bem como avaliar a possibilidade de transferência para outros almoxarifados.

### **Atendimento de solicitações de bens de consumo**

Receber a solicitação de produtos no sistema operacional, analisar os itens solicitados e caso haja itens diferentes dos usualmente utilizados pelo setor solicitante ou que tenham tido dispensação recente e que a solicitação, aparentemente não se justificar, repassar o caso ao Encarregado de Almoxarifado ou ao Supervisor de Almoxarifado para decisão quanto a liberação do material.

Dispensar os bens de consumo seguindo os horários preconizados para os setores, que serão realizados de segunda-feira a sexta-feira das 08:00 às 10:00h para as solicitações e das 10:00h às 14:00h para a retirada dos materiais.

Conferir a lista de produtos/medicamentos solicitados pelo sistema operacional e separá-los, observando o estado de conservação e data de validade, sendo que deverá ser dada prioridade de dispensação aos produtos com menor prazo de validade.

Dar baixa nos estoques dos produtos / medicamentos solicitados no sistema operacional e em seguida emitir (imprimir) o documento de saída para o setor

Entregar os produtos para o colaborador do setor solicitante, colher assinatura e número de matrícula do mesmo, na folha impressa da solicitação atendida.

67



000068

Arquivar em pasta específica, os documentos de saída por setor, que será eliminado após três meses da emissão do mesmo.

#### 4.2.2.2 Proposta para política de Recursos Humanos a ser implantada

A Gestão de Pessoas compreende um conjunto de técnicas e procedimentos de Recursos Humanos, com vistas à condução ampliada de aspectos estratégicos, relacionados às pessoas. O objetivo ímpar está no desenvolvimento do capital humano na Organização, estando o processo na melhoria do desempenho tanto do quadro funcional quanto da empresa. Neste cenário, outros subsistemas se integram, garantindo um fluxo fluido desde o provimento de pessoas até a manutenção humanizada, incluindo recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, remuneração, plano de cargos e salários, avaliação de desempenho, processos sucessórios, entre outros.

Tem-se um compromisso firmado, pautado na gestão saudável e subjetiva, eficaz e assertivo quanto aos aspectos legais, maximizando assertividade processual, em busca de competitividade e produtividade com qualidade.

A partir deste contexto será apresentado nos itens a seguir proposta para a Política de Recursos Humanos a ser implantada.

#### Objetivo

*Alinhar relação laboral entre capital intelectual e Organização, definindo padrões para os subsistemas e operação no IBGH e unidades administradas. Tal proposta visa o apoio no lance de metas, desenvolvimento e implementação de ações integradas à estratégia do negócio, contribuindo para o desenvolvimento de cultura de alto desempenho e incentivando a aplicação de abordagem ética à gestão de pessoas.*

#### Política

Os procedimentos adotados para trâmites de provimento de pessoal serão realizados pelo setor de Gente e Gestão Corporativo e/ou unidades administradas, incluindo processos de divulgação para captação/recrutamento, seleção e contratação de pessoal. Para este fim, considerar-se-á equipe capacitada para condução processual e avaliação específica e/ou situacional, obedecidas diretrizes desta política e regulamento vigente.

A Gerência de Gente e Gestão é responsável pela orientação e validação dos procedimentos para contratação de pessoal, sendo obrigatória na solicitação de pessoal a aprovação da gestão imediata da área, gestão de RH (unidade e Sede) e Diretoria Administrativa (Sede).

Ressalta-se que para o preenchimento dos cargos de confiança, a saber: diretoria, gerência, coordenação, supervisão, encarregado, assessoria e responsável técnico, previstos no organograma, vez que configuram atividades de liderança e/ou gestão, será de livre escolha da Superintendência Executiva do IBGH, mediante formalização do Ato Designatório.

#### Definições

Recrutamento: conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da Organização. A etapa pode ocorrer de forma



000009

externa, com a captação de candidatos no mercado, interna com a captação no quadro funcional, de pessoas já pertencentes à Instituição, ou mista, oportunizando a todos os públicos.

**Cargo:** conjunto de atribuições e responsabilidades de mesma natureza e nível de complexidade, considerando requisitos técnicos e comportamentais, compondo o organograma institucional.

**Função:** conjunto de atividades e suas especificidades, tarefas sistemáticas a serem desenvolvidas pelo colaborador.

**Triagem:** análise comparativa entre informações registradas pelo candidato no formulário de cadastro do currículo e requisitos solicitados na publicação/divulgação da vaga.

**Seleção:** atividade desenvolvida para a escolha de profissionais que melhor atendem aos requisitos divulgados na vaga ofertada, dentre os candidatos pré-aprovados em processo de triagem.

**Remanejamento:** movimentação de pessoal entre setores ou entre unidades, mantendo mesmo cargo ocupado.

**Promoção:** alteração de cargo ou função, em linha ascendente, de profissional já lotado no IBGH ou unidades administradas, que, tendo participado de processo seletivo, for considerado aprovado para novo cargo ou função.

**Solicitação de Pessoal:** documento institucional para abertura de vaga conforme necessidade. A mesma pode ocorrer em substituição - quando a posição já é/foi ocupada por outro colaborador, sendo necessária cobertura da vacância gerada pela ausência do mesmo, não havendo aumento no quadro funcional; ou aumento de quadro - quando nova oportunidade é criada havendo necessidade de aumento no quadro funcional da instituição.

Fica sob responsabilidade do gestor da área verificar a necessidade setorial, procedendo com o preenchimento do Formulário de Solicitação de Pessoal – específico de sua unidade – inserindo todas as informações componentes do documento. Cabe ainda a análise criteriosa da justificativa de solicitação bem como do perfil solicitado em conformidade com o Manual de Descrição de Cargos. A solicitação deve ser inserida para trâmites de autorização via SIN Processos para assinatura de Gestor Imediato, RH, Diretoria Administrativa ou de Operações (unidade) e, sendo autorizada, segue para análise e aprovação do setor de Gente e Gestão e Diretoria Administrativa (Sede).

### Processo para Recrutamento

Consideradas as definições de recrutamento e seus tipos, o processo ocorre imediatamente após a autorização da vaga. Considerando vagas de operação e, em conformidade ao regulamento vigente, elabora-se edital de seleção contendo obrigatoriamente: cargo, número de vagas, carga horária, salário, benefícios, perfil técnico exigido, etapas do processo, conceitos/pesos atribuídos a cada uma das etapas, endereço e prazos para cadastro do currículo no próprio site e demais etapas.

A divulgação do edital de seleção dar-se-á por meio do sítio eletrônico do IBGH e/ou unidades administradas, bem como comunicado e demais divulgações, não apenas no site, mas também nos canais de divulgação do instituto, a critério do setor de Gente e Gestão e Diretorias.

As vagas publicadas ficarão abertas para inscrição de candidatos pelo período mínimo de 2 (dois) dias podendo se estender à 4 (quatro) dias corridos, cabendo ainda prorrogação a critério do setor de Gente e Gestão e Diretorias. Desde que devidamente justificado.



000070

Os interessados deverão acessar o sítio eletrônico, cabendo aos mesmos o cadastro de inscrição e acompanhamento das etapas bem como realização de quaisquer atividades propostas em caráter avaliativo, conforme divulgação prévia.

### Processo para Seleção

A seleção dos candidatos dar-se-á em conformidade com critérios tecnicamente admitidos, considerando obrigatoriamente uma etapa de caráter objetivo e mensurável para atribuição de nota e escalonamento conforme classificação. A análise curricular ocorrerá a partir da comprovação de experiência e/ou habilitação técnica operacional e/ou avaliação situacional, podendo ser conjugada a outros instrumentos como: avaliação psicológica e/ou testes psicológicos, entrevista individual ou coletiva, entre outros legalmente admitidos, desde que previamente previstos e divulgados no edital. As etapas de avaliação poderão ocorrer separada ou simultaneamente, a depender das exigências da contratação, do cargo em seleção, conforme avaliado pelo setor de Gente e Gestão e Diretorias e descritos/divulgados em edital.

O Processo de Seleção de Pessoal, poderá conter as seguintes etapas:

- **Triagem Curricular:** etapa de caráter eliminatório e obrigatório em todos os processos seletivos. A ausência de informações capazes de qualificar o candidato em face dos requisitos exigidos para o cargo ensejará a não convocação do candidato para as etapas subsequentes. A relação dos candidatos, cujos currículos foram triados para a vaga, será publicada no sítio eletrônico do IBGH e/ou unidades administradas;
- **Análise Curricular:** etapa de caráter eliminatório e classificatório, obrigatório em todos os processos seletivos para verificação da habilitação e/ou qualificação profissional e da experiência para o cargo pretendido. Nesta fase o currículo é pontuado conforme tabela disposta no edital, considerando pesos e métricas atribuídas em divulgação, compatíveis ao nível de escolaridade e cargo. Os documentos solicitados para fins de pontuação são anexados via site no momento da inscrição, conforme edital. Em não havendo inserção de documentos ou pontos atribuídos, o candidato é eliminado do processo seletivo;
- **Avaliação Técnica e/ou Situacional:** etapa de caráter eliminatório e classificatório, mas não obrigatória, sendo adotada apenas nos processos e cargos que exigem a aferição de conhecimentos geral e/ou específicos, vinculadas à área de trabalho. Composta por questões objetivas e/ou subjetivas, sendo necessária pontuação mínima de 50% (cinquenta por cento) para aprovação na etapa. A etapa de avaliação é aplicada em dia, horário e local previamente informados no site do IBGH;
- **Avaliação Psicológica e/ou Testes Psicológicos:** etapa de caráter eliminatório, mas não obrigatória, sendo adotada apenas nos processos e cargos que exigem levantamento de perfil psicológico e/ou comportamental, sendo considerado apto ou inapto cada candidato avaliado. Avaliação realizada exclusivamente pelo RH e profissional habilitado (Psicólogo) para condução da atividade. Necessário o status de apto para aprovação na etapa, a qual é aplicada em dia, horário e local previamente informados no site do IBGH;
- **Entrevista:** etapa de caráter eliminatório e classificatório, mas não obrigatória, sendo adotada apenas nos processos e cargos que exigem levantamento de perfil comportamental e avaliação de competências específicas. E, ainda, para avaliação de capacidade técnica e conhecimentos específicos da área de atuação, verificando domínio da área pretendida e conformidade às exigências do cargo.

Em casos nos quais ocorram empate na pontuação atribuída a candidatos, o edital terá previamente os critérios de desempate, garantindo classificação adequada à proposta de legalidade e transparência.

70



000071

O IBGH e unidades administradas poderão, conforme necessidade e critério, convocar os candidatos aprovados em processo seletivo, cujo resultado final tenha sido publicado a menos de 12 (doze) meses para o mesmo cargo. A utilização do cadastro de reserva é uma faculdade do IBGH e unidades administradas, que, para tanto, avaliará as especificidades da vaga para a sua utilização.

- O candidato que, ao ser convocado, não comparecer no dia, horário e local determinados na convocação, será automaticamente desclassificado.
- A promoção de colaborador é modalidade de preenchimento de cargos, desde que observados os seguintes critérios:
- Colaborador com habilitação profissional exigida na descrição de cargos;
- Solicitação de aumento e/ou otimização de quadro de pessoal ou reposição de pessoal, quando for o caso, autorizada pelo Superintendência Executiva;
- Identificação e indicação do colaborador a ser promovido pelo responsável da área cujo cargo vago a ser preenchido esteja subordinado, mediante avaliação de desempenho, análise da gerência de Gente e Gestão, conhecimento e concordância da Superintendência Executiva;
- Colaborador contratado há no mínimo 3 (três) meses;
- Preenchimento de cargos quando da extinção ou criação de serviços, com a finalidade de aproveitar o capital intelectual constituído.

### Processo para Admissão

É vedada, em obediência aos princípios da moralidade e impessoalidade, a ocorrência de práticas como nepotismo, tráfico de influência, apadrinhamento, troca de favores ou discriminação relacionada a etnia, cor, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, origem geográfica, condição socioeconômica e crença.

Sobre a admissão de ex-colaboradores, é permitida a readmissão daqueles que tiveram a rescisão de contrato de trabalho sem justa causa, após o período de 90 (noventa) dias a partir da data do desligamento.

É vedada a recontração de colaborador demitido por justa causa, no prazo de até 5 (cinco) anos da demissão, conforme previsto em edital.

A contratação do candidato selecionado se efetivará mediante:

- Conveniência administrativa e operacional;
- Disponibilidade financeira;
- Entrega da documentação completa, conforme lista de documentos para contratação;
- Apresentação do Atestado de Saúde Ocupacional - ASO, declarando apto o candidato a exercer as funções que dele serão exigidas;
- Participação no Treinamento Introdutório;
- Demais dispositivos estatutários e previsão legal.
- Os colaboradores, quando admitidos, passarão por um período de experiência de 45 (quarenta e cinco) dias prorrogáveis pelo mesmo período, se aptos na avaliação de desempenho a ser realizada ao final deste período.
- Para a contratação de colaboradores na Instituição, estabelece-se as seguintes modalidades:
- CLT contrato de prazo indeterminado - Lei N° 5.452/1943;
- CLT contrato de prazo determinado - Lei N° 229/1967 - em caso de acréscimo extraordinário de trabalho ou substituição de colaboradores afastados por auxílio-doença, após o décimo quinto dia de afastamento e com previsão de afastamento superior a 30 dias no mínimo, auxílio maternidade ou acidente do trabalho;



000072

- Jovens Aprendizizes - Lei No 10.097/2000;
- Estagiários - Lei No 11.788/2008;
- Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - Contratação dos serviços de um profissional autônomo que não atue sob o sistema da Consolidação das Leis Trabalhistas;
- Contratação de Pessoa Jurídica (PJ) - Contratação dos serviços de pessoa jurídica, em conformidade com o objeto, o qual se dá via contrato de prestação de serviço.

A admissão de prestadores de serviços, sejam eles terceirizados, estagiários, residentes e demais, também terão por obrigatoriedade do encaminhamento de documentação com mínimo de 7 (sete) dias de antecedência para o Setor de Gente e Gestão, a fim de que sejam realizados trâmites de cadastro e agendamento de integração.

### Processo para Integração

A Integração tem por objetivo admitir todo o corpo funcional do IBGH e unidades administradas, independente da via de contratação, proporcionando conhecimento nos âmbitos operacionais e comportamentais, para que desenvolvam uma visão contextualizada da Instituição, e que no decorrer do desempenho de suas funções, possam ser parte integrante e responsável pelo seu fazer e de seu local de trabalho.

Objetiva-se o acolhimento e integração dos colaboradores com informações sobre visão, missão, diretrizes organizacionais, normas e procedimentos da Instituição, benefícios oferecidos, informações sobre a gestão de pessoas e processos, avaliações entre outras rotinas proporcionando melhor adaptação do colaborador à equipe de trabalho:

- Gestão de Pessoas: História do IBGH e da unidade; normas e condutas éticas;
- Segurança Patrimonial e de Equipamentos: Uso seguro e consciente de equipamentos e mobiliários;
- Tecnologia da Informação: Uso de computadores, LGPD;
- Controle de Infecção Hospitalar: Higienização das Mãos e Infecção Hospitalar;
- SESMT: Fluxo de Acidente de Trabalho, Uso de EPI's e EPC, Rota de fuga, NR 32 e Normas e Condutas para prevenção de acidentes;
- Segurança do Paciente: 6 protocolos básicos de segurança do paciente, notificações de incidentes;
- Qualidade: Planejamento Estratégico; Gestão de Documentos e Acreditação;
- Gerenciamento de Resíduos: RDC 222/2018;
- Departamento Pessoal: Treinamento exclusivo para os colaboradores com vínculo de CLT e RPA para informações sobre registro de jornada de trabalho, férias, benefícios e pagamentos.

Ao término do processo de integração é realizada avaliação dos participantes, registrando conhecimento alcançado no treinamento, para a qual tem-se como nota mínimo 5 pontos para aprovação. Em caso de não atingimento faz-se necessária nova avaliação. As avaliações são encaminhadas para o Setor de Gente e Gestão, para arquivamento na pasta do colaborador.

Finalizados os trâmites de integração, a gestão imediata tem liberdade para condução de treinamento com conteúdo específico de sua área de lotação, considerando programa teórico-prático que considere as atividades a serem desenvolvidas.

Todo treinamento deve possuir lista de presença com evidência do treinamento, sendo a cópia do documento de armazenamento da área e original de responsabilidade do Setor de Gente e Gestão para arquivamento.

### Processo para Avaliação de Desempenho

72





000073

Avaliação periódica, de caráter anual, a ser realizada pelo gestor imediato para uma análise do desempenho individual do quadro funcional da Instituição. Realizada via formulário desenvolvido para este fim, após análise ampliada, as tratativas se dão diretamente entre avaliador e avaliado para apresentação e discussão dos itens, em um ambiente reservado.

O intuito é a apresentação do cenário atual em análise comparativa às metas e planos traçados para aquele ano, definindo nova proposta para o ano seguinte, pactuando parâmetros de análise, Plano de Desenvolvimento Individual, comportamento e ação esperada para o novo período de avaliação.

O momento também se dá para oportunizar retroação por parte do colaborador, de forma a pontuar sua visão sobre a Instituição, a gestão e outros componentes na relação laboral.

### Processo para Desenvolvimento

O processo de desenvolvimento tem por objetivo capacitar, qualificar e promover crescimento técnico/operacional bem como habilidades no corpo funcional, com vistas ao alcance da missão institucional e à excelência nos serviços prestados.

Cabe ao Setor de Gente e Gestão o levantamento periódico das competências individuais requeridas para o alcance dos objetivos institucionais e das necessidades de treinamento (LNT), estruturando capacitações para a formação de lideranças e grupos de operação, conforme especificidades.

Para o plano de capacitação anual, considera-se:

- Metas das Unidades estabelecidas no Contrato de Gestão;
- Processos de trabalhos conforme exigência de órgãos fiscalizadores, certificadores e financiadores (Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, Vigilância Sanitária, processo de Certificação ONA e outros);
- Resultado da Pesquisa de Satisfação do Cliente Interno e Externo;
- Resultado das notificações de incidentes;
- Resultado do gerenciamento dos riscos dos processos;
- Resultado da Avaliação de Desempenho;
- Elaboração de cronograma de execução das ações;
- Registro de todas as ações de capacitação/educação realizadas;
- Avaliação da aplicabilidade das ações de capacitação nos processos de trabalho;
- Monitoramento dos indicadores de resultados referentes à capacitação.

O LNT e o cronograma de ações anual devem ser encaminhados ao Setor de Gente e Gestão para validação e posterior envio para qualidade para padronização e divulgação. Além da aplicação anual o LNT, pode ser realizado sempre que o gestor verificar a necessidade.

### Processo para Retenção e Valorização do Corpo Funcional

Visando promover a retenção e valorização do corpo funcional a Gente e Gestão realizará múltiplas atividades, como:

- Aniversariantes: cartão personalizado/individualizado;
- Visibilidade nos processos seletivos internos;
- Canal VOCÊ – Gente e Gestão para oportunizar ao colaborador a participação nos processos organizacionais a partir de elogios, apontamentos de melhorias, entre outras possibilidades de manifesto;
- Reuniões semanais entre diretoria e gestores/líderes de área para tratativas diversas e equalização das demandas;



090074

- Pesquisa de clima anual, para levantamento do nível de satisfação do corpo funcional e elaboração de planos/projetos para o ano seguinte, considerando as informações registradas na pesquisa;
- Planos de treinamento e desenvolvimento para ampliação da capacidade técnica e comportamental do quadro, conforme nível e segmento de atuação.

#### Processo de Desligamento:

O desligamento consiste na demissão voluntária ou involuntária do colaborador, sendo que, quando de iniciativa do empregador, posterior a análises verticalizadas sobre os motivos desencadeadores, propostas e intervenções realizadas e resultados alcançados.

Os procedimentos de desligamento ocorrem em ação conjunta do gestor imediato do colaborador, gerência/diretoria da unidade e setor de Gente e gestão, considerando o acompanhamento do colaborador em vias de desligamento, no que tange aos itens indicados na Avaliação de Desempenho.

Para trâmites de desligamento por parte do empregador faz-se necessário preenchimento de formulário específico para este fim, validado pelo setor de Gente e Gestão e autorizado pelas diretorias envolvidas.

Quando ocorrer o desligamento voluntário caberá ao profissional o preenchimento do formulário específico, solicitando e informando cumprimento ou não do aviso prévio, para que de posse desta formalidade o gestor imediato possa seguir com os trâmites necessários via Formulário de Solicitação de Desligamento.

A comunicação de desligamento se dá pelo gestor imediato com a participação do setor de Gente e Gestão, buscando sempre o esclarecimento de dúvidas e apresentação dos trâmites de rescisão.

Em todos os casos de desligamento faz-se necessária a condução da entrevista de desligamento com registro em formulário próprio, excetuando casos de objeção por parte do colaborador. Esta ação tem por objetivo o levantamento de pontos a serem trabalhados, levantamento de indicadores, visão do colaborador sobre a unidade e/ou Sede, e afins.

#### SIGLAS

ASO: Atestado de Saúde Ocupacional

IBGH: Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar

LNT: Levantamento de Necessidade de Treinamento

ONA: Organização Nacional de Acreditação

PJ: Pessoa Jurídica

RH: Recursos Humanos

RPA: Recibo de Pagamento Autônomo

SUS: Sistema Único de Saúde

090075

#### 4.2.2.3 Proposta para regimento interno

O Regimento Interno apresenta um conjunto de normas estabelecidas para regulamentar a organização e o funcionamento da unidade. O documento a seguir é a proposta de regimento a ser implantado na unidade que irá detalhar os diversos níveis hierárquicos, as respectivas competências das unidades existentes e os seus relacionamentos internos e externos.

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE:

Art. 1º- O Hospital Emergência Dr. Osvaldo Cruz é referência para todo o Estado do Amapá, para atendimento de urgência e emergência, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, consultas especializadas e internações hospitalares, exclusivamente aos usuários do SUS.

Art. 2º- O Hospital Emergência Dr. Osvaldo Cruz está localizado à Avenida Hamilton Silva, nº 139, Santa Rita, Macapá, AP, CEP: 68900-068.

#### 2. INTRODUÇÃO:

Art. 3º- O presente regimento interno é a proposta para ser implantado na gestão e operacionalização do Hospital Emergência Dr. Osvaldo Cruz (HE) e disciplina as normas e rotinas a serem seguidas pelos diversos setores do HE, visando a organização e o bom funcionamento dos serviços, garantindo qualidade no atendimento prestado à população.

Art. 4º- A unidade será administrada e operacionalizada pelo Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar- IBGH, com sede na Av. T-9, Qd.523, nº 2310, lote 10 -15, Condomínio Innove Intelligent Place, Sala 609-B, Jardim América, Goiânia, Goiás, através de uma parceria público privada com a Secretaria Estado de Saúde do Amapá.

#### 3. CAPÍTULO I - DA FINALIDADE:

Art. 5º- O Hospital de Emergência é caracterizado como um Hospital Geral, sem atividade de ensino e pesquisa, que atende média e alta complexidade, com atendimento de demanda espontânea e referenciada, nas especialidades de clínica médica, cardiologia, trauma-ortopedia, nefrologia, psiquiatria e cirurgia geral. Possui 36 leitos clínicos de internação, 41 leitos de clínica cirúrgica e 04 leitos de isolamento habilitados, 05 poltronas de hemodiálise que deverão ser mantidos ativos e tem por finalidades:

- I. Prestar assistência médico-hospitalar, urgência e emergência de pacientes regulados;
- II. Promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde da população de que é referência;
- III. Servir de referência às Instituições de Saúde nas áreas de Segurança do Paciente, Hemovigilância, Tecnovigilância e Farmacovigilância.
- IV. Manter serviços de diagnósticos e tratamento que propiciem segurança e qualidade, tanto na elucidação quanto no tratamento das diversas patologias.

#### 4. CAPÍTULO II - DAS RESPONSABILIDADES:



000076

Art. 6º- É de competência da unidade:

- I. Estar aberto 24 horas por dia e 7 dias por semana para assistência gratuita respeitando os princípios do SUS, de acordo com a legislação vigente no Brasil (Lei 8.080/90);
- II. Fazer uso do Prontuário Eletrônico do paciente, para registrar toda a assistência realizada ao paciente;
- III. Fornecer ao paciente ou responsável, as informações necessárias para a recuperação do mesmo, sempre obedecendo a Ética Profissional;
- IV. Garantir qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;
- V. Implantar um modelo de gerência voltado para resultados;
- VI. Apoiar as necessidades dos serviços de Atenção à Saúde, com oferta de consultas de especialidades médicas e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico;
- VII. Buscar a eficiência, eficácia e efetividade na formulação do novo modelo de gestão na saúde a ser adotado no Estado do Amapá obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, atendendo às políticas públicas definidas para a regionalização da saúde, buscando atender os pacientes oriundos da demanda referenciada conforme pactuação com a Central de Regulação, preservando a missão da Secretaria da Saúde;
- VIII. Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;
- IX. Garantir o cumprimento das legislações sanitárias vigentes.

## 5. CAPÍTULO III – DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA UNIDADE DE SAÚDE:

Art. 7º- A unidade terá a seguinte estrutura:

### 5.1. DIRETORIA GERAL

#### 5.1.1. Assessoria da diretoria

#### 5.1.2. Assessoria de Comunicação

#### 5.1.3. Gerência da Qualidade

##### 5.1.3.1. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

##### 5.1.3.2. Serviço de Gerenciamento de resíduos

##### 5.1.3.3. Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde

##### 5.1.3.4. Monitoramento e Metas

##### 5.1.3.5. Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

##### 5.1.3.6. Ouvidoria

#### 5.1.4. Gerência de Regulação

##### 5.1.4.1. Núcleo Interno de Regulação

##### 5.1.4.2. Serviço de Ambulatório

##### 5.1.4.3. Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica – SADT

##### 5.1.4.4. Serviço de Atendimento ao Cliente e Telefonia

#### 5.1.5. Comissões

##### 5.1.5.1. Comissão Núcleo Interno de Segurança do Paciente



000077

- 5.1.5.2. Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde
- 5.1.5.3. Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
- 5.1.5.4. Comissão de Humanização
- 5.1.5.5. Comissão Hospitalar de Epidemiologia
- 5.1.5.6. Comissão de Gerenciamento de Riscos

## 5.2. DIRETORIA TÉCNICA

- 5.2.1. Diretoria Clínica
- 5.2.2. Gerência Médica
  - 5.2.2.1. Serviços Médicos
- 5.2.3. Gerência de Enfermagem
  - 5.2.3.1. Coordenação de Enfermagem
  - 5.2.3.2. Serviço de Hemodiálise
  - 5.2.3.3. Serviço de Central de Material Esterilizado
- 5.2.4. Gerência Multidisciplinar
  - 5.2.4.1. Serviço de Fisioterapia
  - 5.2.4.2. Serviço Terapia Ocupacional
  - 5.2.4.3. Serviço de Assistência Social
  - 5.2.4.4. Serviço de Assistência Psicológica
  - 5.2.4.5. Serviço de Fonoaudiologia
- 5.2.5. Coordenação de Nutrição
  - 5.2.5.1. Serviço de Nutrição Clínica
  - 5.2.5.2. Serviço de Nutrição Produção
- 5.2.6. Coordenação de Farmácia
- 5.2.7. Coordenação de Ensino e Pesquisa
- 5.2.8. Serviço de Banco de Sangue
- 5.2.9. Comissões
  - 5.2.9.1. Comissão de Análise e Revisão de Prontuário
  - 5.2.9.2. Comissão de Verificação de Óbito
  - 5.2.9.3. Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional
  - 5.2.9.4. Comissão de Farmácia e Terapêutica
  - 5.2.9.5. Comissão de Ética Médica
  - 5.2.9.6. Comissão de Ética de Enfermagem
  - 5.2.9.7. Comissão de Residência Médica
  - 5.2.9.8. Comissão Intra hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante



000078

- 5.2.9.9. Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos
- 5.3. DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA
  - 5.3.1. Gerência Administrativa
    - 5.3.1.1. Coordenação Financeira
    - 5.3.1.2. Coordenação de Suprimentos
    - 5.3.1.3. Coordenação de Patrimônio e Frotas
    - 5.3.1.4. Coordenação de Tecnologia da Informação
    - 5.3.1.5. Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
    - 5.3.1.6. Serviço de Faturamento
    - 5.3.1.7. Coordenação de Engenharia Clínica e Manutenção
    - 5.3.1.8. Coordenação de Serviços de Apoio
      - 5.3.1.8.1. Serviço de Vigilância
      - 5.3.1.8.2. Serviço de Lavanderia
      - 5.3.1.8.3. Serviço de Portaria
      - 5.3.1.8.4. Serviço de Jardinagem
      - 5.3.1.8.5. Serviço de Recepção
      - 5.3.1.8.6. Serviço de Higienização
  - 5.3.2. Gerência de Gente e Gestão
    - 5.3.2.1. Recursos Humanos
    - 5.3.2.2. Serviço de Departamento Pessoal
    - 5.3.2.3. Serviço Especializado em Engenharia e em Medicina do Trabalho
  - 5.3.3. Comissões
    - 5.3.3.1. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

Art. 8º- As Diretorias são órgãos executivos de direção superior da unidade, com função normativa e deliberativa, indicados pela Direção da Organização Social administradora da Unidade, com reconhecida capacidade administrativa, obrigatoriamente com curso de graduação e/ou pós-graduação em Administração unidade para a Diretoria Geral, graduação e/ou pós-graduação em Contabilidade ou Gestão Financeira para a Diretoria Administrativa e Financeira e graduação em medicina para a Diretoria Técnica. Ressalta-se que a diretoria técnica é cargo privativo de profissional médico.

Art. 9º- As Gerências, Coordenações, Assessorias e cargos de confiança serão indicados pela Direção da Organização Social administradora da Unidade e devem possuir reconhecimento e comprovada capacidade técnica administrativa para a área a ser coordenada.

Art. 10º- As comissões funcionam conforme Regimentos específicos.

## 6. CAPÍTULO IV – DO PESSOAL, SEUS REQUISITOS E ATRIBUIÇÕES:

Art. 11º- A unidade seguirá as seguintes normativas de requisitos e atribuições dos colaboradores:



000079

## SEÇÃO I:

### DIRETORIA GERAL

Art. 6º – À Diretoria Geral compete:

- I. Coordenar, acompanhar e conduzir as diretrizes e objetivos da política de saúde preconizada para a unidade;
- II. Coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas através da Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa e Financeira, Gerências e Coordenações objetivando a eficiência e a eficácia da organização;
- III. Coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas pelas Comissões Permanentes, como: Comissão de Controle de Infecção Relacionado a Assistência à Saúde, Comissão de Residência Médica, Comissão de Residência Multidisciplinar, Comissão de Ética em Pesquisa, Comissão Estágio e Pesquisa, Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, Comissão de Verificação de Óbito, Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética de Enfermagem, Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, Comissão de Humanização, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Saúde, Comissão Hospitalar de Epidemiologia; Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- IV. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- V. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VI. Promover articulação com órgãos afins para o desenvolvimento de programas, convênios e parcerias da Instituição hospitalar;
- VII. Garantir a execução e o cumprimento dos contratos firmados;
- VIII. Fornecer todas e quaisquer informações requeridas pela direção da administradora geral;
- X. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Relacionado a Assistência à Saúde.

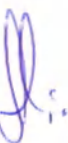
## SUBSEÇÃO I

### 6.1.1. Assessoria da diretoria

Art. 7º – À Assessoria da diretoria compete:

- I. Organizar os protocolos e expedientes das Diretorias da unidade;
- II. Estabelecer uma rotina diária de trabalho;
- III. Confeccionar/ redigir documentos oficiais;
- IV. Preparar e secretariar reuniões;
- V. Recepcionar visitantes e manter contatos de interesse da unidade;
- VI. Coordenar a agenda profissional dos diretores, de acordo com a orientação do mesmo;
- VII. Centralizar o recebimento de toda a correspondência física e eletrônica da Diretoria, bem como controlar, encaminhar e arquivar, conforme sua deliberação, informando à Administradora Geral dos assuntos pertinentes;
- VIII. Assessorar os diretores no desempenho de suas atribuições, gerenciando informações,

79



000030

IX. Supervisionar as equipes de trabalho gerenciadas pelos diretores, assegurando o cumprimento das atividades delegadas;

X. Atender sempre que solicitado à Administradora Geral e os Diretores da unidade, nos assuntos afins ao setor, bem como representá-los quando solicitado em eventos, visitas e reuniões.

## SUBSEÇÃO II

### 6.1.2. Assessoria de Comunicação

Art. 8º - À Assessoria de Comunicação compete:

I. Planejar as ações e veículos de imprensa que fizer cobertura jornalística na região;

II. Levantar as atividades, projetos, ações e serviços no intuito de produzir releases para enviar aos veículos locais de comunicação;

III. Agendar e acompanhar as entrevistas coletivas;

IV. Contato permanente com a mídia, sugerindo pautas e fazendo esclarecimentos necessários para eficiência da matéria jornalística publicada;

V. Desenvolver peças, folder, flyers de comunicação;

Parágrafo Único - A Assessoria de Comunicação deve estar sob a responsabilidade técnica de um profissional que deve possuir formação em Comunicação Social, Jornalismo, Relações Públicas, Publicidade e Propaganda, Rádio e TV ou formação correlata.

## SUBSEÇÃO III

### 6.1.3. Gerência da Qualidade

Art. 9º - A Gerência da Qualidade compete:

I. Verificar instrumentos normativos (formulários, Instruções de Trabalho, Manuais e Protocolos) no que diz respeito a aspectos técnicos da prática assistencial;

II. Fornecer subsídios técnicos na avaliação de questões da Gestão da Qualidade relativas a temas técnicos de saúde;

III. Zelar pelo cumprimento dos instrumentos normativos do setor;

IV. Cumprir com o Plano de Ação Setorial junto à sua equipe;

V. Auxiliar e acompanhar na adesão dos protocolos;

VI. Respeitar e conhecer os instrumentos normativos do setor como instruções de trabalho, contrato de interação de processos, políticas da unidade e outros que venham ser determinados;

VII. Participar de comissões da unidade indicados pela diretoria da área ou por meio de eleição.

VIII. Gerenciar os serviços de Auditoria interna e externa; Núcleo de qualidade e segurança do paciente; Serviço de Gerenciamento de Resíduos; Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde; Serviço de Monitoramento e Metas; Núcleo Hospitalar de Epidemiologia e Ouvidoria.

#### 6.1.3.1. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

Ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente compete:

I. Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;





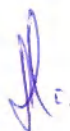
000001

- II. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- III. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidade nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- IV. Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviço de Saúde;
- V. Implantar os protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores
- VI. Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VII. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e na qualidade em serviços de saúde;
- VIII. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- IX. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

#### 6.1.3.2. Serviço de Gerenciamento de resíduos

Ao Serviço de Gerenciamento de Resíduos em Serviço de Saúde compete:

- I. Definir e coordenar as políticas e diretrizes de gestão de resíduos da unidade;
- II. Controlar os resíduos dos serviços de saúde, visando prevenir e reduzir riscos à saúde e ao meio ambiente;
- III. Gerenciar os resíduos do serviço de saúde, para o correto manejo e descarte dos resíduos gerados na unidade;
- IV. Elaborar, implantar e desenvolver o Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (PGRSS), estabelecendo as diretrizes de manejo dos Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde - RSS, a ser submetido à aprovação dos órgãos de meio ambiente dentro de suas respectivas esferas de competência;
- V. Gerenciar os RSS, planejando e implementando, a partir de bases científicas e técnicas, normas, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente;
- VI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- VII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;



000082

VIII. Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;

6.1.3.3. Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde

Ao Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde compete:

- I. Estudar e avaliar, permanentemente, as taxas de infecção na unidade;
- II. Sugerir medidas para controle e diminuição de infecção na unidade;
- III. Auxiliar a Diretoria Geral no estudo, programação, avaliação e supervisão, assim como na coordenação de atividades relacionadas com o controle e/ou combate à infecção na unidade;
- IV. Verificar, do ponto de vista preventivo, os ambientes e as condições de trabalho na unidade;
- V. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o controle da infecção na unidade, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- VI. Notificar a Vigilância Sanitária acerca das infecções relacionadas a assistência, bem como os possíveis surtos previstos em legislação;
- VII. Manter a comunicação direta com o Serviço de Laboratório, no intuito de obter informações pertinentes ao serviço;
- VIII. Participar da Comissão de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde.

6.1.3.4. Monitoramento e Metas

Ao Monitoramento e Metas compete:

- I. Prestar assessoria a Diretoria Geral nos aspectos relacionados com as atividades de monitoramento, controle e avaliação em saúde;
- II. Monitorar, controlar e avaliar os indicadores de desempenho bem como a transmissão desses à administradora geral da unidade;
- III. Monitorar, controlar e avaliar as planilhas e/ou sistema de gestão da unidade referente as metas quantitativas e qualitativas.
- IV. Emissão e fiscalização dos relatórios qualitativos e quantitativos preconizados no contrato de gestão.
- V. Monitoramento do contrato de Gestão.

6.1.3.5. Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

Ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia compete:

- I. Estudar e avaliar, permanentemente, as doenças e agravos de notificação compulsória;
- II. Auxiliar a Diretoria Geral no estudo, programação, avaliação e supervisão, assim como na coordenação de atividades relacionadas com comunicação de doenças e agravos de notificação compulsória;
- III. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a epidemiologia hospitalar, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;



000083

- IV. Notificar a Vigilância Sanitária acerca das doenças e agravos de notificação compulsória;
- V. Manter a comunicação direta com o Serviço de Laboratório, no intuito de obter informações pertinentes ao serviço;
- VI. Participar da Comissão de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde.

#### 6.1.3.6. Ouvidoria

Ao Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria compete:

- I. Viabilizar os direitos dos cidadãos de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no Sistema Único de Saúde - SUS;
- II. Intermediar as relações entre os cidadãos e os gestores da unidade, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a formação de laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania;
- III. Garantir que os cidadãos tenham sua demanda efetivamente considerada e tratada, à luz dos seus direitos constitucionais e legais;
- IV. Desenvolver medidas que favoreçam a participação e o controle social;
- V. Coletar, sistematizar e divulgar as informações, inclusive através de relatórios, que contribuam para o monitoramento e aperfeiçoamento das questões administrativas institucionais;
- VI. Elaborar relatórios gerenciais à direção da unidade, a fim de dar luz aos problemas apontados, bem como acompanhar as ações de resolução dos mesmos.

### SUBSEÇÃO IV

#### 6.1.4. Gerência de Regulação

Art. 8º – À Gerência de Regulação compete:

- I. Gerenciar o Núcleo Interno de Regulação frente a regulação de leitos e/ou exames com a Central de Regulação;
- II. Gerenciar o Serviço de Ambulatório, disponibilizando vagas de primeira consulta, interconsulta e retorno;
- III. Gerenciar o Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica tanto internamente como externamente;
- IV. Gerenciar o Serviço de Atendimento ao Cliente e Telefonia;

#### 6.1.4.1. Núcleo Interno de Regulação

Ao Núcleo Interno de Regulação compete:

À Coordenação de Núcleo Interno de Regulação compete:

- I. Constitui a interface com as Centrais de Regulações do Estado para delinear/informar o perfil de complexidade da assistência da unidade, dentro do âmbito do SUS e disponibilizar leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora da unidade para os pacientes internados, quando necessário;
- II. Fortalecer o processo de regulação assistencial atuando como interface entre a Central de Regulação de Leitos;





000084

- III. Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar e fornecer diariamente a situação dos leitos hospitalares sob regulação para a Central de Regulação de Leitos, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;
- IV. Atuar em consonância com os serviços ofertados pela unidade em observância de sua complexidade, perfil epidemiológico e referência;
- V. Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição.

#### 6.1.4.2. Serviço de Ambulatório

Ao Serviço de Ambulatório compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;
- II. Prestar assistência aos pacientes clínicos e cirúrgicos, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;
- III. Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
- IV. Atender os pacientes para marcação de consultas e encaminhá-los ao Serviço Assistencial necessário;
- V. Orientar os pacientes que retornam ao Ambulatório após procedimentos cirúrgicos;
- VI. 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 Hospitalar de Epidemiologia;
- VII. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de sua unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- VIII. Solicitar condutas junto ao Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde com relação aos pacientes com infecção na unidade;
- IX. Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- X. Requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
- XI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XII. Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;
- XIII. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XIV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- XV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
- XVII. Controlar, avaliar o desenvolvimento das atividades dos serviços, visando a melhor qualidade dos exames de diagnóstico por imagem realizados;

000085

#### 6.1.4.3. Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica – SADT

Ao Serviço de Atendimento, Diagnóstico e Terapêutico compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;
- II. Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
- III. 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 Hospitalar de Epidemiologia;
- IV. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de sua unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- V. Solicitar condutas junto ao Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde com relação aos pacientes com infecção na unidade;
- VI. Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- VII. Requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
- VIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- IX. Colaborar na humanização do atendimento do SADT
- X. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XI. *Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;*
- XII. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- 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. Controlar, avaliar o desenvolvimento das atividades dos serviços, visando a melhor qualidade dos exames de diagnóstico por imagem realizados;
- XVI. Observar rigorosamente as normas de proteção contra as radiações;
- XVII. Integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos;
- XVIII. Estabelecer sistema de plantão nas 24 (vinte e quatro) horas para realização de exames de urgência do Serviço de Pronto Socorro e de pacientes internados;
- XIX. Requisitar e controlar os produtos necessários ao setor;
- XX. Estudar a padronização da apresentação dos laudos;
- XXI. Levantar, mensalmente as informações gerenciais solicitadas pela administração da unidade
- XXII. Manter sempre em dia os alvarás de funcionamento.



000006

#### 6.1.4.4. Serviço de Atendimento ao Cliente e Telefonia

Ao Serviço de Atendimento ao Cliente e telefonia compete:

- I. executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo serviço;
- II. fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. atender toda demanda telefônica com a maior humanidade possível, dando informações precisas e encaminhando aos setores afins à resolução do problema apresentado;
- IV. estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- V. colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- VI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

## SEÇÃO II

### 6.2. DIRETORIA TÉCNICA

Art. 9º – À Diretoria Técnica compete:

- I. Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Geral da unidade;
- II. Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da Unidade.
- III. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas pela equipe técnica assistencial;
- 6.2.1.1. IV. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões: Comissão de Residência Médica, Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, Comissão de Verificação de Óbito, Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética de Enfermagem, Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, Comissão de Humanização, Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos.
- V. Certificar a regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, quando necessário;
- VI. Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional do corpo clínico;
- VII. Coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;
- VIII. Estabelecer, junto às Gerentes e Coordenadores, critérios para o ingresso de profissionais de saúde, voluntários, nos serviços da unidade que venham contribuir para a melhoria da assistência, ensino e pesquisa;
- IX. Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares nas Unidades, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;
- X. Estimular a prática profissional interdisciplinar da unidade;
- XI. Colaborar na humanização do atendimento da unidade;
- XII. Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

000087

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

XIV. Fazer reuniões, caso necessário, com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

XV. Manter contato com a Direção Geral da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;

XVI. Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina, Conselho Federal e Regional de Nutrição; Conselho Federal e Regional de Farmácia, Conselho Federal e Regional de Serviço Social, Conselho Federal e Regional de Psicologia, Conselho Federal e Regional de Enfermagem, Conselho Federal e Regional de Odontologia, Conselho Federal e Regional Fisioterapia e Terapia Ocupacional e Conselho Federal e Regional de Fonoaudiologia.

## SUBSEÇÃO I

### 6.2.2. Diretoria Clínica

Art. 10º – Ao Diretor Clínico Médico compete:

I. Assegurar que todo paciente em regime de internação seja atendido pelo médico assistente;

II. Exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes no prontuário;

III. Exigir aos médicos a anotação no prontuário das suas intervenções com as respectivas evoluções quando atender um paciente na Instituição;

IV. Supervisionar as atividades de assistência médica;

V. Exigir da Direção Técnica condições de trabalho;

VI. Assegurar acadêmicos e residentes, condições de exercer suas atividades com os melhores meios de aprendizagem;

VII. Organizar os prontuários dos pacientes;

VIII. Disponibilizar livro ou meio digital para registro de ocorrências aos médicos plantonistas;

Parágrafo Único – O Diretor Clínico Médico deverá ser eleito pelo Corpo Clínico da Instituição, será responsável pela assistência médica, coordenação e supervisão dos médicos da Instituição. Sua formação deverá ser obrigatoriamente em Medicina, em Escola reconhecida.

## SUBSEÇÃO II

### 6.2.3. Gerência Médica

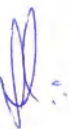
Art. 11º – A Gerência Médica compete:

I. Gerenciar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na unidade;

II. Gerenciar a emissão pareceres de urgência e especialistas nas unidades;

III. Gerenciar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

87



000088

- IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- V. Manter contato com a Diretoria Técnica da unidade, objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;
- VI. Zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- VII. Decidir sobre a alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para a Unidade;
- VIII. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- IX. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- X. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XIII. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XIV. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- XV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

#### 6.2.3.1. Serviços Médicos

Aos Serviços Médicos compete:

- I. Elaborar o Projeto Terapêutico Singular do paciente em até 24 horas após sua admissão;
- II. Elaborar diariamente o Plano Terapêutico Singular, através da visita multidisciplinar diária, com metas e objetivos factíveis;
- III. Desenvolver os cuidados aos pacientes, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na unidade;
- IV. Emitir pareceres de urgência e especialistas nas unidades;
- V. Realizar os procedimentos de acordo com a sua especialidade e característica, prezando a qualidade e segurança do paciente;
- VI. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- VII. Manter contato com a Gerência Médica da unidade, objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;
- VIII. Decidir sobre a alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para a Unidade;
- IX. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- X. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;





090069

- XI. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XII. Estimular a prática profissional transdisciplinar na unidade;
- XIII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XIV. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XV. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- XVI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;
- XVIII. Participar das reuniões de comissões e treinamentos;
- XIX. Garantir que as Notificações de doenças e agravos epidemiológicos sejam feitas e encaminhadas ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia;
- XX. Cumprir e zelar com os protocolos de Segurança do Paciente, bem como estimular as notificações para o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- XXI. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de sua unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente;
- XXII. Cumprir e zelar que todas as normativas de Controle de Infecção Hospitalar sejam cumpridas;

### SUBSEÇÃO III

#### 6.2.4. Gerência de Enfermagem

Art. 12º – À Gerência de Enfermagem compete:

- I. Coordenar a equipe de trabalho nas unidades;
- II. Estimular a participação, a autonomia e responsabilização pela gestão;
- III. Fazer a escala mensal da equipe de enfermagem de forma participativa;
- IV. Manter atualizado o mapa de férias, licenças, folgas da equipe de enfermagem e procurar meios para cobertura nos períodos nobres do ano;
- V. Assinar e avaliar as folhas de frequência, levantar o absenteísmo com o perfil dos motivos dos enfermeiros e técnicos de Enfermagem;
- VI. Autorizar mudanças na escala de trabalho e assinar documento de alteração de horário;
- VII. Avaliar e remanejar pessoal de acordo com a necessidade da assistência;
- VIII. Fazer reuniões com o “Grupo assistencial” pelo menos uma vez por mês;
- IX. Atuar junto aos enfermeiros, técnicos e auxiliares da área assistencial, identificando as necessidades de educação permanente;
- X. Treinar, orientar e acompanhar os trabalhos dos técnicos administrativos vinculados ao serviço de enfermagem;
- XI. Garantir o adequado funcionamento dos setores de enfermagem, através do controle dos processos, visando à qualidade e humanização no atendimento;



090000

- XII. Implantar Protocolos Assistenciais, fluxogramas e normas e rotinas;
- XIII. Coordenar os trabalhos de levantamento estatístico de dados para elaboração dos indicadores de estrutura, processos e resultados.
- XIV. Avaliar a “Escalas de Atividades” das equipes das unidades vinculadas.
- XV. Avaliar e encaminhar os problemas relacionados à equipe de limpeza nos setores.
- XVI. Levantar e propor temas para o “Plano de educação permanente” para a equipe;
- XVII. Colaborar com área de Recursos Humanos no recrutamento, treinamento e avaliação dos trabalhadores da enfermagem;
- XVIII. Desenvolver ações que promovam a qualidade do processo de enfermagem nas unidades;
- XIX. Manter relações com os setores de compras, banco de sangue, almoxarifado, farmácia, nutrição, RX, laboratório, Serviço de Anatomia Patológica, Faturamento, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e outros;
- XX. Elaborar o relatório mensal da produtividade do serviço;
- XXI. Elaborar de parecer técnico referente ao processo de padronização, distribuição, instalação e utilização de materiais, quando necessário;
- XXII. Desenvolver ações que promovam a integração ensino-serviço;
- XXIII. Preparar a equipe de enfermagem e de apoio (secretários) para acolhimento de pacientes;
- XXIV. Levantar e avaliar os projetos de pesquisas;
- XXV. Manter-se atualizado no campo administrativo e da sua especialidade.
- XXVI. Manter-se atualizado no campo das mudanças legais referentes ao COFEN-COREN, Ministério da Saúde, Anvisa e outras esferas importantes para a condução da gestão.
- XXVII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento e normas da instituição e as específicas do setor;
- XXVIII. Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética em enfermagem e a Lei do Exercício Profissional.
- XXIX. Executar outras tarefas correlatas à área.

#### 6.2.4.1. Coordenação de Enfermagem

Art. 13º – À Coordenação de Enfermagem compete:

- I. Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes que apresentem instabilidade grave ou alto risco de instabilidade em um sistema fisiológico principal, visando ao melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na unidade;
- II. Decidir sobre a admissão e alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para a Unidade;
- III. Garantir que a Sistematização de Assistência de Enfermagem seja realizada diariamente para cada paciente;
- IV. Garantir que as Notificações de doenças e agravos epidemiológicos sejam feitas e encaminhadas ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia;

000001

- V. Cumprir e zelar com os protocolos de Segurança do Paciente, bem como estimular as notificações para o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- VI. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de sua unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente;
- VII. Cumprir e zelar que todas as normativas de Controle de Infecção na unidade sejam cumpridas;
- VIII. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- IX. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- X. Manter contato com a Gerência de Enfermagem da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;
- XI. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- XII. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XIV. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XV. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XVI. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- XVII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVIII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

#### 6.2.4.2. Serviço de Hemodiálise

Ao Serviço de Hemodiálise compete:

- I. Cobertura de médico nefrologista com visita diária para avaliação e prescrição dos pacientes em avaliação;
- II. Plantão sobre aviso de 24 (vinte e quatro) horas diárias, todos os dias da semana;
- III. Respostas de pareceres urgentes em até 2 (duas) horas, após o chamado por telefone, e constatado a emergência/urgência, será respondido o parecer em até 24 (vinte e quatro) horas durante a rotina diária de visita;
- IV. Passagem de cateter de hemodiálise;
- V. Todo material e medicamento necessário para a passagem do cateter de hemodiálise, com exceção dos instrumentos para realização de cirurgia;
- VI. Sessão de hemodiálise;
- VII. Material e medicamentos necessários para realização da sessão de hemodiálise;
- VIII. Disponibilização de técnico de enfermagem 24 (vinte e quatro) horas por dia para realização de hemodiálise sob supervisão de enfermeira responsável técnica pelo serviço presencial ou a distância, devendo essa realizar visitas diárias;
- IX. Fornecimento de máquinas de hemodiálise;



000092

- X. Realização das sessões de hemodiálise prescrita pelo médico assistente em até 24 (vinte e quatro) horas e, em casos de emergência, em até 06 (seis) horas;
- XI. Fornecer equipamento de osmose reversa portátil para realização de sessão de hemodiálise;
- XII. Realizar a manutenção dos equipamentos fornecidos;
- XIII. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de sua unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente;
- XIV. Realizar os testes biológicos, emitir pareceres e encaminhá-los mensalmente à Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde;
- XV. Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- XVI. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XVII. Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
- XVIII. Manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa do serviço;
- XIX. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XX. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- XXI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

#### 6.2.4.3. Serviço de Central de Material Esterilizado

Ao Serviço de Central de Material Esterilizado compete:

- I. Fornecer todos os insumos nas quantidades e especificações necessárias da unidade, bem como sua higienização, limpeza, desinfecção, e esterilização dos materiais necessários, conforme RDC nº. 15;
- II. Fornecer insumos, manutenção, qualificação dos equipamentos, mão de obra especializada de acordo com a necessidade da unidade, garantindo a execução dos processos diários dentro das 24 (vinte e quatro) horas diárias;
- III. Gerenciar todo o material, insumo e equipamento, sendo este a obrigatoriedade de reposição das peças quando necessário atendendo as especificações técnicas de qualidade exigidas pela unidade;
- IV. Rastrear todo material disponibilizado nas atividades dentro da unidade, justificando a perda e/ou quebra do material;
- V. Realizar junto com a unidade a avaliação e definição de tratativas quando necessário;
- VI. Identificar todo material fornecido para garantir a rastreabilidade;
- VII. Preparar o instrumental para as cirurgias de acordo com a programação cirúrgica;
- VIII. Proceder ao controle de entrada e saída de material;



000093

- IX. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de sua unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente;
- X. Realizar os testes biológicos, emitir pareceres e encaminhá-los mensalmente à Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde;
- XI. Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- XII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XIII. Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
- XIV. Manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa do serviço;
- XV. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XVI. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- XVII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

#### SUBSEÇÃO IV

##### 6.2.5. Gerência Multidisciplinar

Art. 14º – À Gerência Multidisciplinar compete:

- I. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes da unidade, visando um melhor nível de assistência;
- II. Gerenciar a assistência em saúde nas áreas de fisioterapia, terapia ocupacional, assistência social, psicologia, fonoaudiologia e odontologia aos pacientes da unidade, para efeito de diagnóstico, tratamento e seguimento após alta;
- III. Garantir que os registro diário dos serviços prestados foram executados;
- IV. Organizar e normatizar o atendimento dos pacientes;
- V. Garantir o preenchimento adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- VI. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VII. Gerenciar e supervisionar todas as atividades da equipe multiprofissional, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;
- 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 na unidade;
- IX. Colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde; desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- X. Defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais na unidade, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

000094

- XI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do material utilizado;
- XII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
- XIII. Garantir que as Notificações de doenças e agravos epidemiológicos sejam feitas e encaminhadas ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia;
- XIV. Cumprir e zelar com os protocolos de Segurança do Paciente, bem como estimular as notificações para o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- XV. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de sua unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente;
- XVI. Cumprir e zelar que todas as normativas de Controle de Infecção na unidade sejam cumpridas;

#### 6.2.5.1. Serviço de Fisioterapia

Ao Serviço de fisioterapia compete:

- I. Prestar assistência fisioterápica aos pacientes da unidade;
- II. Zelar para que as visitas fisioterápicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- V. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VI. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências.

#### 6.2.5.2. Serviço Terapia Ocupacional

Ao Serviço de Terapia Ocupacional compete:

- I. Prestar assistência de terapia ocupacional aos pacientes da unidade;
- II. Habilitar ou reabilitar o indivíduo para desempenhar, de forma satisfatória, suas atividades de vida diária.
- III. Zelar para que as visitas de terapia ocupacional ocorram diariamente;
- IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- V. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- VI. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VII. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências.

#### 6.2.5.3. Serviço de Assistência Social

Ao Serviço de Assistência Social compete:



000035

- I. Escutar, acolher e apoiar o paciente e familiar em situações advindas do processo adoecimento;
- II. Emitir parecer social de acordo com a pertinência;
- III. Realizar estudo socioeconômico e cultural do paciente/familiar, para definir estratégia de intervenção;
- IV. Esclarecer e interpretar o paciente/familiar normas e rotinas institucionais;
- V. Identificar e encaminhar os processos relacionados ao abandono do tratamento médico;
- VI. Orientar e encaminhar o paciente/familiar à rede socioassistencial com objetivo de viabilizar Direitos Sociais;
- VII. Orientar o paciente/familiar sobre direitos e legislações; previdenciário, trabalhista e assistencial;
- VIII. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IX. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- X. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XI. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências.

#### 6.2.5.4. Serviço de Assistência Psicológica

Ao Serviço de Assistência Psicológica compete:

- I. Prestar assistência psicológica aos pacientes internados, bem como aos seus familiares, por meio de ações e diagnósticos, terapêuticas de informação, orientação e controle, interferindo nos desajustes emocionais provenientes do processo de adoecer e da hospitalização, através de proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde mental;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- IV. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- V. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências.

#### 6.2.5.5. Serviço de Fonoaudiologia

Ao Serviço de Fonoaudiologia compete:

- I. Prestar assistência fonoaudiológica aos pacientes da unidade;



000036

- II. Zelar para que as visitas fonoaudiológicas sejam feitas aos pacientes hospitalizados;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- V. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VI. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências.

#### 6.2.5.6. Serviço de Assistência Odontológica

Ao Serviço de Assistência Odontológica compete:

- I. Prestar assistência odontológica aos pacientes da unidade;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- IV. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- V. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências;
- VI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

### SUBSEÇÃO V

#### 6.2.6. Coordenação de Nutrição

Art. 15º – À Coordenação de Nutrição compete:

- I. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar todas as atividades técnicas e administrativas da área de nutrição da unidade;
- II. Realizar o planejamento administrativo da Coordenação de Nutrição, coordenando, controlando e avaliando o sistema produtivo dos insumos, visando proporcionar aos comensais uma adequada assistência nutricional, embasada em fundamentos técnico-científicos;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;
- IV. Coordenar e supervisionar todas as atividades de nutrição, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;
- V. Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- VI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- VII. Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial e hospitalar;
- VIII. Promover a interação da equipe de psicologia e assistência social com os demais profissionais da unidade;





000097

- IX. Colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área de psicologia e assistência social;
- X. Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- XI. Defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais na unidade, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;
- XII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

#### 6.2.6.1. Serviço de Nutrição Clínica

Ao Serviço de Nutrição Clínica compete:

- I. Prestar assistência nutricional aos pacientes da unidade;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Incentivar os pacientes e funcionários para a formação de hábitos alimentares sadios, promovendo educação alimentar aos mesmos;
- IV. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- V. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- VI. Participar de atividades científicas, elaboração e condução de projetos de pesquisa;
- VII. Manter contato com o Serviço de Nutrição de Produção e a Coordenação de Nutrição, objetivando a eficácia administrativa do serviço;
- VIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

#### 6.2.6.2. Serviço de Nutrição Produção

Ao Serviço de Nutrição de Produção compete:

- I. Planejar e supervisionar a execução e a distribuição de cardápios para funcionários e acompanhantes e de dietas para pacientes;
- II. Providenciar o abastecimento do setor dos insumos necessários à produção das refeições;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;
- IV. Supervisionar a higienização das áreas de estocagem e produção de refeições para garantir a qualidade das mesmas;
- V. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- VI. Participar de atividades científicas – elaboração e condução de projetos de pesquisa;
- VII. Manter contato com o serviço de nutrição clínica e a coordenação de nutrição;
- VIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

### SUBSEÇÃO VI

97



000038

#### 6.2.7. Coordenação de Farmácia

Art. 16º – À Coordenação de Farmácia Compete:

- I. Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas;
- II. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área farmacêutica, visando à melhoria de assistência ao paciente;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. Manter central de abastecimento farmacêutico e executar as atribuições e tarefas inerentes ao controle físico e contábil necessários à prestação de conta da unidade;
- V. Elaborar pedidos de compras de medicamentos de acordo com a política administrativa do IBGH;
- VI. Receber, armazenar, distribuir e controlar medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos de laboratório;
- VII. Controlar, de acordo com a legislação vigente, medicamentos que podem levar à dependência física e ou psíquica ou que provoquem efeitos colaterais importantes;
- VIII. Emitir pareceres técnico-científicos, quando solicitado, sobre medicamentos e outros produtos farmacêuticos;
- IX. Elaborar avaliações farmacoeconômicas e gerenciar programas de farmacovigilância e centro de informação de medicamentos;
- X. Desenvolver atividades de Farmácia Clínica / Atenção Farmacêutica;
- XI. Manipular e preparar soluções desinfetantes e antissépticas distribuindo-as na diluição de uso para todas as unidades;
- XII. Controlar a qualidade da matéria-prima e do material de envase adquiridos, bem como dos produtos manipulados na unidade;
- XIII. Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;
- XIV. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XV. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XVI. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XVII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVIII. Estabelecer um sistema racional de distribuição de medicamentos para assegurar a assistência ao paciente no horário adequado e dose prescrita;
- XIX. Analisar os esquemas terapêuticos, informando ao médico assistente quaisquer problemas sobre dosagens excessivas, bem como controlar a preparação das doses prescritas, sem margens de erros na dispensação;
- XX. Controlar os estoques e a conservação adequada dos medicamentos nas unidades;
- XXI. Conhecer a realidade dos setores de internação, mantendo um bom relacionamento com a equipe multidisciplinar, fornecendo informações necessárias para garantir o uso adequado dos medicamentos;
- XXII. Participar da elaboração da política de uso racional dos medicamentos, visando a melhoria e garantir a qualidade da farmacoterapia;



000099

- XXIII. Preparar, aditivar e controlar a qualidade das soluções de nutrição parenteral;
- XXIV. Fracionar formas sólidas e líquidas para uso oral e/ou parenteral necessárias à pediatria e pacientes especiais;
- XXV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

## SUBSEÇÃO VII

### 6.2.8. Coordenação de Ensino e Pesquisa

Art. 17º – À Coordenação de Ensino e Pesquisa compete:

- I. Receber as solicitações das instituições de ensino e encaminhá-las para apreciação;
- II. Manter atualizados os dados dos alunos das Instituições de Ensino Superior e Médio e a escala dos cursos de saúde, especificando os serviços onde cada estágio se realiza; se aplicável;
- III. Manter atualizado o cadastro dos estágios extracurriculares, especificando os serviços onde cada estágio se realiza;
- IV. Confeccionar o termo de cooperação mútua, estabelecendo as obrigações entre as partes condições de estágio;
- V. Promover um ambiente integrado e colaborativo entre a atenção à saúde, o ensino e a pesquisa;
- VI. Propor e coordenar mecanismos de comunicação e diálogo permanente com a 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;
- VII. Propor e implementar mecanismos de comunicação sobre o papel estratégico da unidade na formação profissional, produção do conhecimento, desenvolvimento tecnológico e inovação;
- VIII. Coordenar, no âmbito de sua atuação, o planejamento das ações e atividades de forma integrada às demais instâncias de gestão da unidade;
- IX. Coordenar e assegurar a implantação de mecanismos de organização e monitoramento das informações referentes ao ensino e pesquisa;
- X. Instituir mecanismos de avaliação da gestão do ensino e da pesquisa no âmbito da unidade;
- XI. Coordenar a implementação de ações de capacitação necessárias ao aprimoramento e suporte à gestão e desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa;
- XII. Coordenar, em parceria com as universidades, a observância às normativas e diretrizes legais referentes aos programas de residências em saúde;
- XIII. Coordenar o desenvolvimento de ações que assegurem as atividades de preceptoria no âmbito da unidade;
- XIV. Propor, avaliar e participar do desenvolvimento de atividades de ensino e treinamento cooperando com Serviço de Educação Permanente da unidade, promovendo conhecimento, aperfeiçoamento e a interação entre os colaboradores e as universidades;
- XV. Contribuir na formulação de parâmetros e requisitos específicos ao componente ensino e pesquisa no âmbito de acordos, contratos e convênios e monitorar sua implementação;



000100

- XVI. Promover e apoiar a realização de eventos científicos e de incentivo ao ensino e pesquisa;
- XVII. Coordenar a elaboração de documentos e relatórios técnicos afins;
- XVIII. Coordenar as atividades dos residentes.

#### SUBSEÇÃO VIII

##### 6.2.9. Serviço de Banco de Sangue

Art.18º – Ao Serviço de Banco de Sangue compete:

- I. Realiza estudos pré-transfusionais e realiza transfusões, abastecido por um serviço de maior complexidade, mediante um contrato de fornecimento, de acordo com o estabelecido pelo Regulamento Técnico de Medicina Transfusional;
- II. Realizar transfusões, com exames imunohematológicos do receptor, prova de compatibilidade e avaliação clínica do paciente conforme Regulamento Técnico de Medicina Transfusional;
- III. Gerir contrato de fornecimento de sangue e hemocomponentes com serviço de maior complexidade;
- IV. Responsabilizar-se pelo ato transfusional de sangue e hemocomponentes homólogos e autólogos, devendo constatar periodicamente que os produtos recebidos de outro Serviço de Hemoterapia cumprem com as normas em vigência para as boas práticas transfusionais e para a prevenção das enfermidades transmissíveis por sangue;
- V. Realizar controle de qualidade interno;
- VI. Participar de programa de Controle Externo da Qualidade em Imuno-hematologia;
- VII. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- IX. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- X. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- XI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

Parágrafo Único: O Responsável Técnico do Banco Sangue deverá ser obrigatoriamente médico, graduado em Escola reconhecida, com especialização em Hematologia, comprovada.

#### SEÇÃO III

##### 6.3. DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

Art. 19º – À Diretoria Administrativa e Financeira compete:

- I. Cumprir e fazer cumprir o regimento da unidade e as determinações da Administradora Geral da unidade;

100



000101

- II. Executar as políticas sociais, de recursos humanos, econômicas, assistenciais, administrativas e financeiras, emanadas pela Administradora Geral;
- III. Implantar e manter rigoroso controle financeiro;
- IV. Realizar as despesas ordinárias da unidade e obter autorização da Administradora Geral para as extraordinárias;
- V. Avaliar e dar parecer sobre contratos de serviços com terceiros, em relação ao orçamento, quando solicitado, em conjunto com a Administradora Geral;
- VI. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das gerencias e coordenações administrativas;
- VII. Examinar solicitações e sugestões da área administrativa e financeira, e adotar as providências que julgar necessárias;
- VIII. Preparar e apresentar a prestação de contas mensal;
- IX. Estudar e propor medidas que visem a melhoria administrativa e financeira dos serviços da unidade;
- X. Executar as atividades relativas ao faturamento, elaboração e execução orçamentária, registros contábeis pagamentos e recebimentos;
- XI. Representar a unidade em reuniões, sempre que for solicitado pela Administração Geral ;
- XII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XIII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XIV. Manter contato com a Diretoria Geral, Diretoria Técnica e Administradora Geral da unidade, objetivando eficiência administrativa dos serviços da unidade;
- XV. Reunir-se ao menos uma vez ao mês com seus subordinados diretos, transcrevendo em ata as decisões;
- XVI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVII. Contratar e ou dispensar servidores, através da Coordenação de Gestão de Pessoas de acordo com o quadro aprovado pela Administradora Geral, bem como aplicar penas e sanções disciplinares, de acordo com a legislação trabalhista vigente;
- XVIII. Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas e instrumentos e pelo seu uso adequado;
- XIX. Manter em dia os Registros e alvarás;
- XX. Zelar para que a unidade mantenha a maior utilização possível dos seus serviços;
- XXI. Facilitar o campo de estágio para estudantes na área da saúde;

**Parágrafo Único** - A função de Diretor Administrativo e Financeiro é indicação exclusiva da Administradora Geral e deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência, bacharel em administração hospitalar e/ou de empresas e/ou contábil e/ou financeira e/ou Economia e/ou especialização em administração hospitalar, escolhido e nomeado pela administradora Geral.



000102

## SUBSEÇÃO I

### 6.3.1. Gerência Administrativa

Art. 20º – À Coordenação Administrativa e Financeira compete:

- I. Planejar, coordenar, controlar, coordenar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas ao setor administrativo financeiro;
- II. Orientar todos os fiscais de contrato no processo de análise dos faturamentos das notas fiscais referente aos contratos continuados, e a sua inclusão no sistema;
- III. Realizar a prestação de Contas Mensal com base no Balancete, por meio de relatório de pagamentos realizados conciliando com o extrato bancário;
- IV. Elaboração do DRE mensal;
- V. Gestão dos recursos de fundo fixo, sendo deliberado mediante ao regulamento de conformidade da diretoria direta;
- VI. Recepcionar os pagamentos de RPA, realizar análise da documentação, estando em acordo coletar assinatura da diretoria Administrativa e redirecionar ao Recursos Humanos;
- VII. Coordenar à equipe e as atividades, o controle, a análise e o planejamento do fluxo de atividades e processos da área;
- III. Desenhar as políticas e processos criando os fluxos da área;
- IV. Elaborar e implantar procedimentos e políticas administrativas da unidade, mediante orientação da Diretoria Administrativa e Financeira, para garantir a realização de todas as atividades de operações da unidade;
- V. Acompanhar e analisar todos os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;
- VI. Tomar decisões com base em relatórios gerenciais;
- VIII. Gerenciar as atividades dos seguintes serviços: Coordenação Financeira; Coordenação de Suprimentos; Coordenação de Patrimônio e Frotas; Coordenação de Tecnologia da Informação; Serviço de Arquivo Médico e Estatístico; Serviço de Faturamento; Coordenação de Engenharia Clínica e Manutenção; Coordenação de Serviços de Apoio; Serviço de Lavanderia; Serviço de Vigilância; Serviço de Portaria; Serviço de Jardinagem; Serviço de Recepção e Serviço de Higienização.

#### 6.3.1.1. Coordenação Financeira

A coordenação financeira compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Elaborar a proposta orçamentária da unidade;
- IV. Solicitar a Diretoria Administrativa e Financeira fixação dos recursos recebidos;
- V. Emitir notas de empenho e/ou anulação, bem como liquidação dos mesmos, de acordo com a legislação – Sistema Integrado de Contabilidade (SIC), mantendo atualizado seu controle;
- VI. Elaborar os registros contábeis;
- VII. Manter o registro das receitas e despesas realizadas através do SIC;

102



000103

- VIII. Enviar a prestação de conta mensal a SMS;
- IX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. Realizar a prestação de Contas Mensal com base no Balancete, por meio de relatório de pagamentos realizados conciliando com o extrato bancário;
- XI. Elaboração do DRE mensal;

#### 6.3.1.2. Coordenação de Suprimentos

À Coordenação de Suprimentos compete:

- I. Obedecer às políticas de estoque adotadas pela Diretoria da unidade;
- II. Manter o estoque dos materiais padronizados na unidade em níveis ideais, de forma que o fluxo de abastecimento não seja interrompido por falta, nem haja estoque excessivo, empatando capital desnecessariamente;
- III. Atender as requisições dos setores, conforme lista de materiais padronizados pela unidade, e distribuir os materiais;
- IV. Controlar e orientar os funcionários quanto à boa utilização dos materiais;
- V. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VI. Supervisiona a movimentação interna dos materiais, bem como o recebimento dos materiais adquiridos;
- VII. Administra o espaço do setor de suprimentos;
- VIII. Elabora procedimentos de inventários de estoque, mantendo a Diretoria da unidade permanentemente informado sobre os níveis de cada item existente;
- IX. Acompanha a auditoria interna e externa;
- X. Avalia o desempenho de fornecedor;
- XI. Realiza capacitação a equipe;
- XII. Realiza o acompanhamento do processo de compras, via sistema instituído pela administradora;
- XIII. Supervisiona as entradas no controle e envio de notas ao departamento financeiro;
- XIV. Realiza relatório de fechamento mensal contábil;
- XV. Alimenta e analisa os indicadores instituídos;
- XVI. Fiscaliza e monitora os contratos realizados a área;
- XVII. Analisa a necessidade de comprar;
- XIX. Realiza o planejamento e o monitoramento do nível do estoque;

#### 6.3.1.3. Coordenação de Patrimônio e Frotas

À Coordenação de Patrimônio e Frotas compete:

- I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas;

103



000104

- II. receber, conferir, estocar, distribuir e controlar de forma racional os equipamentos e frotas recebido mediante pedido de fornecimento e das unidades, de acordo com as normas fixadas pela Diretoria Administrativa e Financeira;
- III. efetuar o registro de entrada e saída de equipamento e frotas no sistema mantendo a Diretoria da unidade permanentemente informada sobre os níveis de cada item existente;
- IV. manter atualizado o sistema de gerenciamento de patrimônio e frotas, fornecendo informações precisas sobre de equipamentos por cada setor;
- V. controlar e orientar os funcionários quanto à boa utilização dos materiais;
- VI. efetuar o levantamento anual dos bens patrimoniais da unidade, e encaminhar seu relatório aos setores e/ou órgãos competentes da Administração Pública Estadual;
- VII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

#### 6.3.1.4. Coordenação de Tecnologia da Informação

À Coordenação de Tecnologia da Informação compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo serviço de tecnologia da informação;
- II. Traçar política de Tecnologia da Informação para a unidade, no que se refere ao planejamento, definição, supervisão e manutenção de sistemas de informação de caráter geral e específico;
- III. Desenvolver e coordenar, do ponto de vista técnico, a implantação de novos projetos de automação, provendo o suporte técnico necessário e incorporando novas tecnologias, rotinas e programas;
- IV. Manter o controle sobre todos os sistemas computacionais institucionais existentes, no que se refere à sua adequação e operacionalização;
- V. Gerenciar os sistemas de informática, bancos de dados, intranet e internet da unidade;
- VI. Emitir pareceres sobre equipamentos, instrumentos e aplicativos mais adequados ao processamento de dados da unidade;
- VII. Manter os equipamentos de informática em perfeitas condições de uso;
- VIII. Promover o processamento de informações da unidade;
- IX. Promover a segurança de dados da unidade;
- X. Realizar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo alteração das rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;
- XI. Coordenar ações com parceiros externos na busca de melhores soluções em Tecnologia da Informação para a unidade;
- XII. Coordenar novos projetos e modificações de procedimentos e sistemas com o objetivo de racionalização operacional e de custos.

#### 6.3.1.5. Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

Ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) compete:

104





000105

- I. Planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades;
- II. Supervisionar o recebimento, registro e controle do movimento dos usuários e respectivos prontuários da unidade;
- III. Manter atualizado os prontuários médicos, catalogando-os;
- IV. Receber, conferir e revisar os prontuários dos pacientes de alta e solicitar a complementação dos mesmos;
- V. Controlar a movimentação dos prontuários, requisitada pelos demais serviços da unidade;
- VI. Receber os prontuários dos pacientes de alta e classificar os diagnósticos consignados das doenças, operações ou "causa mortis" registrando no sistema informatizado;
- VII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

#### 6.3.1.6. Serviço de Faturamento

Ao Serviço de Faturamento compete:

- I. Executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Faturamento;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Classificar, conferir e apurar despesas por pacientes, de acordo com as comunicações das Unidades;
- IV. Classificar as contas por médico e por especialidade médica;
- V. Calcular as despesas de internação e de atendimento de pacientes externos;
- VI. Calcular outras contas de despesas por clientela, bem como as de particulares;
- VII. Promover conferência dos cálculos de preços lançados nas contas;
- VIII. Enviar documentação de faturamento a secretaria de saúde;
- IX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XI. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XII. Manter contato com a Coordenação Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;

#### 6.3.1.7. Coordenação de Engenharia Clínica e Manutenção

- I. Dirigir, gerenciar, coordenar, e orientar tecnicamente os serviços de Engenharia Clínica.
- II. Responsabilidade técnica pelo gerenciamento das tecnologias em saúde de modo a garantir sua rastreabilidade, qualidade, eficácia, efetividade e segurança e no que couber, desempenho;
- III. Controlar e acompanhar os serviços de manutenção executados por empresas terceirizadas;
- IV. Operacionalizar os equipamentos e estabelecer rotinas para aumentar a vida útil dos equipamentos médico-hospitais;

105



000106

- V. Avaliar a obsolescência dos equipamentos médicos hospitalares;
- VI. Auxiliar na aquisição e aceitação de novas tecnologias;
- VII. Promover estudos, coletar dados, desenvolver protocolos de pesquisa e ensaios clínicos, planejar e especificar tecnicamente os equipamentos de saúde;
- VIII. Realizar estudos de viabilidade técnica e econômica no âmbito da Engenharia Clínica sobre os equipamentos de saúde;
- IX. Propor políticas, planos, programas, diretrizes, regulamentos e procedimentos para manter os equipamentos de saúde seguros para uso nos pacientes;
- X. Assessorar o planejamento, seleção, dimensionamento e especificação para aquisição de equipamentos de saúde, inclusive em relação aos custos;
- XI. Avalizar a especificação e aquisição de equipamentos de apoio médico-assistenciais.
- XII. Realizar a Avaliação de Tecnologia em Saúde;
- XIII. Planejar e desenvolver a implantação de técnicas relativas ao gerenciamento, usabilidade, controle de riscos associados a equipamentos de saúde;
- XIV. Analisar riscos, acidentes e falhas, investigando causas, propondo medidas preventivas, corretivas, promovendo a tecno vigilância dos equipamentos de saúde;
- XV. Conduzir equipe técnica de instalação, montagem, reparo, manutenção dos equipamentos de saúde;
- XVI. Estudar as condições dos ambientes das instalações e dos equipamentos de saúde, com vistas à segurança dos pacientes;
- XVII. Vistoriar, desenvolver programas, avaliar, arbitrar, emitir parecer, laudos técnicos e indicar medidas de controle sobre a aquisição, recebimento, instalação, armazenamento, uso, intervenção técnica, realizar perícias, desativação e descarte dos equipamentos de saúde, caracterizando as atividades e operações;
- XVIII. Assessorar os engenheiros de outras modalidades nos projetos de instalação de equipamentos de saúde;
- XX. Desenvolver, elaborar programas destinados à manutenção corretiva, preventiva e calibração de equipamentos de saúde, incluindo os ensaios de segurança e desempenho;
- XX. Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Coordenação de Manutenção e Direção da unidade;
- XXI. Participar dos processos de integração dos equipamentos de saúde com a rede de tecnologia da formação e comunicação.

Parágrafo Único: O Serviço de Engenharia Clínica deve possuir um Responsável Técnico, graduado em Engenharia em Escola reconhecida, com especialização em Engenharia Clínica.

#### 6.3.1.8. Coordenação de Serviços de Apoio

À Coordenação de Serviços de Apoio compete:

- I. Planejar, coordenar, controlar, coordenar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas aos serviços de: Vigilância, Lavanderia, Portaria, Jardinagem, Recepção e Higienização;
- II. Coordenar a equipe e as atividades, o controle, a análise e o planejamento do fluxo de atividades e processos da área;
- III. Desenhar as políticas e processos criando os fluxos da área;
- IV. Elaborar e implantar procedimentos e políticas administrativas da unidade, mediante orientação da *Diretoria Administrativa e Financeira*, para garantir a realização de todas as atividades operações da unidade;
- V. Acompanhar e analisar todos os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;
- VI. Tomar decisões com base em relatórios gerenciais;

#### 6.3.1.8.1. Serviço de Lavanderia

Ao Serviço de Lavanderia compete:

- I. Fornecer de todo o enxoval nas quantidades e especificações necessárias as atividades da unidade, com chips implantados no enxoval para rastreabilidade via RFID, bem como sua higienização, limpeza;
- II. Realizar o transporte adequado do enxoval, separando enxoval limpo e sujo, de acordo com normas e padrões estabelecidos;
- II. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- III. Coletar nas diversas dependências da unidade roupas para lavagem, conferindo conforme mapa de distribuição;
- IV. Proceder à lavagem, secagem e passagem da roupa, encaminhando-a, devidamente embalada, ao Serviço de Rouparia;
- V. Elaborar mapa de produção diária e encaminhá-lo à Supervisão;
- VI. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- VII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VIII. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IX. Controlar o tempo de vida útil das roupas em uso, para reposição;
- X. Fiscalizar e controlar a roupa em circulação, mantendo o número suficiente de peças que assegure o repouso das mesmas;
- XI. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;

#### 6.3.1.8.2. Serviço de Vigilância

Ao Serviço de Vigilância compete:

- I. Fazer rondas internas e externas do edifício, durante o dia e a noite;

000108

- II. Possibilitar o máximo de segurança possível contra roubo/furto e sabotagens em materiais, equipamentos e outros;
- III. Comunicar imediatamente, registrando por escrito ao setor competente, bem como a pessoa responsável pelo serviço, todo acontecimento entendido irregular e que atente contra a segurança, bem como qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;
- IV. Manter constante verificação de entrada e saída de público e colaboradores nos diversos setores do edifício;
- V. Controlar a entrada e saída, de pessoas fora do horário normal de expediente, conferindo listagem de funcionários que tem livre acesso ao local;
- VI. Permitir o ingresso nas dependências internas somente de pessoas previamente identificadas e autorizadas pela unidade;
- VII. Restringir a circulação de pessoas alheias ao serviço em edifício de serviços internos, sem a circulação de público;
- VIII. Fiscalizar a entrada e saída de objetos e equipamentos do edifício;
- IX. Proibir o ingresso de vendedores ambulantes e assemelhados, bem como, todas as atividades comerciais;
- X. Observar a movimentação de indivíduos suspeitos, adotando medidas de segurança necessárias para evitar qualquer eventualidade anormal;
- XI. Reconhecer qualquer objeto encontrado na dependência da unidade e entregá-los ao setor competente;
- XII. Manter seus equipamentos de trabalhos e armamento em perfeitas condições de uso;
- XIII. Seguir os horários fixados na escala de trabalho, baseada nos postos de vigilância estabelecidos;
- XIV. Colaborar com as polícias civil e militar nas ocorrências de ordem policial nas dependências da unidade, facilitando o melhor possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;
- XV. Proteger os bens móveis e imóveis existentes nas dependências onde os serviços estão sendo prestados, para impedir danos ou prejuízos ao patrimônio público;
- XVI. Garantir condições de segurança das instalações, dos servidores e usuários em geral;

#### 6.3.1.8.3. Serviço de Portaria

Ao Serviço de Portaria compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Controlar a entrada e saída dos pacientes, acompanhantes, visitantes e o público em geral na unidade;
- IV. Prestar informações ao público sobre a localização das unidades hospitalares, seus pacientes e servidores;
- V. Exercer vigilância permanente das dependências de circulação do público, principalmente das entradas e saídas da unidade;
- VI. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;

108



000109

- VII. Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Coordenação;
- VIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

#### 6.3.1.8.4. Serviço de Jardinagem

Ao Serviço de Jardinagem compete:

- I. Pulverizar as plantas, gramados e vasos ornamentais com equipamentos adequados para cada tipo;
- II. Retirar ervas daninhas;
- III. Realizar podas de conformação e limpeza dos galhos, folhas e frutos doentes ou danificados e podas do gramado com bordaduras;
- IV. Retirar entulhos, restos de materiais e outros;
- V. Efetuar a remoção definitiva para fora das instalações da Unidade, de detritos, resíduos e papéis localizados dentro das áreas ajardinadas e vasos ornamentais e lixo orgânico e inorgânico resultante da manutenção dos jardins;
- VI. Refilar meio-fio, corolas das árvores e caixas de refletores, se houver;
- VII. Capinar, roçar e cortar grama;
- VIII. Realizar arejamento do solo;
- IX. Adubar, com adubo orgânico os jardins e as plantas internas;
- X. Podar árvores.
- XI. Combater pragas, fungos, cupins e insetos em geral, utilizando produtos adequados e métodos autorizados pelos órgãos competentes, dentro das normas técnicas e com registro válido junto ao órgão responsável;
- XII. Adubar a cobertura do gramado, com terra vegetal ou adubo orgânico, anualmente ou em periodicidade menor;
- XIII. Plantar novas espécies vegetais, sempre que necessária a substituição daquelas já existentes;
- XIV. Complementar adubação;
- XV. Substituir, recuperar vasos ornamentais danificados;
- XVI. Executar serviços necessários à manutenção e conservação dos jardins e vasos ornamentais;
- XVII. Realizar a manutenção e conservação dos vasos ornamentais dos ambientes distribuídos nas áreas internas dos edifícios, tais como fornecimento de suportes e ou pratos para os vasos dentre outros;
- XVIII. Tratar as plantas doentes com herbicidas ou fungicidas, caso necessário;
- XIX. Podar e/ou replantar plantas, quando necessário ou solicitado;
- XX. Remanejar vasos, quando necessário ou solicitado;
- XXI. Realizar a manutenção e conservação das jardineiras localizadas nas áreas internas dos edifícios, providenciando o replantio com fornecimento de plantas e/ou substituição das plantas ornamentais, quando for o caso;

109



000110

XXII. Replantar com grama e outras plantas quando houver corte ou abertura de valas nos gramados, jardins, bem como nos vãos e floreiras, ou nos locais indicados pela fiscalização do Contrato;

XXIII. Efetuar a limpeza de terreno, tais como capinação e retirada de entulho, dentre outros;

#### 6.3.1.8.5. Serviço de Recepção

Ao Serviço de Recepção compete:

- I. Informar ao público sobre os serviços prestados na unidade;
- II. Informar quanto à localização de pessoas, salas e dependências na unidade;
- III. Notificar a segurança sobre a presença de pessoas com atitudes suspeitas;
- IV. Conferir documentos de identificação dos pacientes, acompanhantes e visitantes de modo a controlar a entrada e a saída de pessoas e de materiais;
- V. Efetuar ligações telefônicas quando solicitado;
- VI. Atender chamadas telefônicas;
- VII. Receber, anotar e transmitir recados e mensagens;
- VIII. Fornecer informações genéricas, de acordo com as orientações recebidas ao assumir o serviço;
- IX. Identificar e cadastrar pacientes, acompanhantes e visitantes, utilizando-se de sistema convencional de controle de acesso às dependências da unidade ou de sistema informatizado que venha a ser utilizado na recepção da unidade;
- X. Observar as normas ou códigos específicos para as diversas áreas de acesso;
- XI. Manter-se atualizado(a) e bem-informado(a) sempre que se fizer necessária a adoção de novas rotinas ou quando houver qualquer outra alteração nos procedimentos de acesso às dependências da unidade;
- XII. Cumprir rigorosamente os procedimentos estabelecidos nas normas de acesso e nas rotinas específicas do serviço de recepção;
- XIII. Receber, de forma educada e prestativa, os pacientes e acompanhantes que se dirigirem a unidade, fornecendo-lhes informações precisas e objetivas;
- XIV. Zelar pela manutenção de um ambiente de trabalho tranquilo e livre de conflitos, de forma a preservar a imagem da unidade e a qualidade dos seus serviços;
- XV. Exercer outras atividades administrativas, tais como, fotocópias, digitalização, entre outras.

#### 6.3.1.8.6. Serviço de Higienização

Ao Serviço de Higienização compete:

- I. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- II. Executar a limpeza, visando higiene, nas dependências da unidade, nos móveis e equipamentos em uso;
- III. Limpar as áreas externas e de circulação da unidade;

110



000111

- IV. Promover o combate a insetos e roedores nas dependências da unidade, bem como da adoção de medidas práticas que evitem sua presença;
- V. Controlar o gasto de material de limpeza, mantendo registro de consumo médio para fins de apuração de custos;
- VI. Efetuar mudanças e organizações, quando solicitado;
- VII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

## SUBSEÇÃO II

### 6.3.2. Gerência de Gente e Gestão

Art. 21º – À Gerência de Gente e Gestão compete:

- I. Gerenciar e coordenar os processos seletivos externos e internos de acordo com as necessidades da unidade;
- II. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos serviços de Educação Continuada do Trabalhador;
- III. Desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro da unidade, visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;
- IV. Encaminhar os servidores interessados para realização de consultas e exames médicos;
- V. Propor e implementar políticas de benefícios sociais;
- VI. Realizar levantamento das necessidades de pessoal em cada setor da unidade;
- VII. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- VIII. Informar regularmente à Diretoria Administrativa notificação de todas as ocorrências da vida funcional dos servidores;
- IX. Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;
- X. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XIII. Manter contato com a Direção Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade.

#### 6.3.2.1. Recursos Humanos

Ao Recursos Humanos compete:

- I. Planejar e coordenar os processos seletivos externos e internos de acordo com as necessidades da unidade
- II. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos serviços de Educação Continuada do Trabalhador;

111



000112

- III. Elaborar o Plano de Capacitação de Recursos Humanos;
- IV. Promover cursos de treinamento e reciclagem do pessoal conforme as demandas dos serviços;
- V. Desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro da unidade, visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;
- VI. Realizar levantamento das necessidades de pessoal em cada setor da unidade;
- VIII. Fazer registro diário dos serviços prestados;
  
- IX. Informar regularmente à Diretoria Administrativa notificação de todas as ocorrências da vida funcional dos servidores;
- X. Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;
- XI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XIII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XIV. Manter contato com a Direção Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade.

#### 6.3.2.2. Serviço de Departamento Pessoal

Ao Serviço de Departamento Pessoal compete:

- I. Elaborar e controlar a folha de pagamento de pessoal;
- II. Monitorar o dossiê do colaborador;
- III. Controlar a documentação e acessos dos colaboradores e terceirizados;
- IV. Manter atualizado o CNES da unidade;
- V. Encaminhar os servidores interessados para realização de consultas e exames médicos;
- VI. Propor e implementar políticas de benefícios sociais;
- VII. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- VIII. Receber e informar, no que lhe competir, todos os requerimentos referentes ao pessoal lotado na unidade;
- IX. Informar regularmente à Diretoria Administrativa notificação de todas as ocorrências da vida funcional dos servidores;
- X. Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;
- XII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIII. Manter contato com a Direção Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade.

112





000113

### 6.3.2.3. Serviço Especializado em Engenharia e em Medicina do Trabalho

Ao Serviço Especializado em Engenharia e Medicina do Trabalho compete:

- I. aplicar os conhecimentos de Engenharia de Segurança e de Medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes a saúde do trabalhador;
- II. determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e esse persistir, mesmo reduzido a utilização pelo trabalhador de equipamentos de proteção individual de acordo com a NR-6, desde que a intensidade ou característica do agente assim o exija;
- III. colaborar, quando solicitado nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa;
- IV. responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis as atividades executadas pela empresa ou seus estabelecimentos;
- V. manter permanente relacionamento com a CIPA valendo-se o máximo de suas observações além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la;
- VI. promover atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente;
- VII. esclarecer e conscientizar os empregados sobre acidente de trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção;
- VIII. analisar e registrar em documento específico todos os acidentes de trabalho, doenças ocupacionais descrevendo a história e as características do acidente ou doença ocupacional;
- IX. registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade.

## 7. CAPÍTULO V – DAS NORMAS GERAIS E TRANSITÓRIAS:

Art. 22º - São deveres do Colaborador de qualquer categoria:

- I. cumprir o horário e as obrigações contratuais e funcionais;
- II. manter-se em seu local de trabalho, ausentando-se somente a objeto de serviço ou quando autorizado;
- III. executar as tarefas que lhe forem determinadas;
- IV. tratar com humanidade pacientes, colegas de trabalho e superiores hierárquicos, bem como as pessoas que procurem a unidade, defendendo a observância dos Direitos e Deveres destes;
- V. zelar pelo patrimônio da unidade;
- VI. comunicar à chefia imediata irregularidades de serviços de que tiver conhecimento;
- VII. obedecer aos respectivos Códigos de Ética Profissional;
- VIII. participar de comissões;
- IX. aguardar em serviço a chegada do substituto;

113





000114

- X. evitar a divulgação entre estranhos de assuntos internos dos serviços;
- XI. participar de reuniões, quando convocado;
- XII. executar as atribuições delegadas.

#### Art. 23° - DO HORÁRIO

O horário de trabalho em toda a unidade é fixado pela Direção Geral da unidade, respeitada a legislação vigente.

Por conveniência de serviço, poderá ser proposto pelos ocupantes das funções de Gerentes, Coordenações, Supervisões e Assessoramento à Direção Geral da unidade, horários especiais, respeitando-se o número de horas estabelecido na legislação.

O trabalho extraordinário só poderá ser prestado, quando autorizado pelos ocupantes das funções de Gerentes, Coordenações, Supervisões e Assessoramentos, nos termos da legislação que reza a espécie.

#### Art. 24° - DAS SUBSTITUIÇÕES

O Diretor Geral da unidade será substituído em suas faltas ou impedimentos pelo Diretor Técnico.

Os titulares das Diretorias e Gerência serão substituídos em suas faltas ou impedimentos por servidor indicado pelo Diretor Geral da unidade;

O titular de qualquer Gerência, Coordenação, Supervisão e Assessoria será substituído em suas faltas ou impedimentos por servidor indicado pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador e autorizado pelo Diretor Geral da unidade.

### 8. CAPÍTULO VI -DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

Art. 25° – Os atos relativos ao pessoal deverão gerar-se na Supervisão de Gestão de Pessoas, em cumprimento a determinação do Diretor Geral da unidade.

Art. 26° – É obrigatório o registro de “ponto” de todo o pessoal da unidade.

Parágrafo Único – São dispensados do “ponto” os Diretores, Gerente, Assessoria, Coordenadores e Supervisores da unidade, os quais deverão, entretanto, observar o horário normal de trabalho.

Art. 27° – O prontuário médico, bem como qualquer documento ou informação relacionados com a assistência prestada aos pacientes, só poderão ser retirados da unidade mediante autorização expressa do Diretor Técnico Assistencial.

Art. 28° – Caberá ao Diretor Geral da unidade estruturar o Corpo Clínico e aprovar os Manuais de Normas e Rotinas dos diversos Serviços da unidade, onde se definirão suas relações com os órgãos da administração.

Art. 29° – As notícias referentes a fatos ocorridos no âmbito da unidade só poderão ser fornecidas para divulgação com autorização do Diretor Geral.

114

000115

Art. 30° – O Diretor Geral da unidade tomará as medidas necessárias para implantação deste Regimento.

Art. 31° – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Direção da unidade, respeitada a competência da autoridade superior.

Art. 32° – Este Regimento, aprovado pelo Diretor Geral da unidade, entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 33° – Revogam-se as disposições em contrário.

#### 8.1. FORMULÁRIO AVALIAÇÃO E PRONTUÁRIO PROFISSIONAL:

Art. 34° Todo Colaborador possuirá um prontuário profissional, que contará com seus dados pessoais e profissionais, contendo toda a mudança funcional, advertências, exames ocupacionais e atestados.

Art. 35° A avaliação periódica, de caráter anual, a ser realizada pelo gestor imediato para uma análise do desempenho individual do quadro funcional da Instituição. Realizada via formulário desenvolvido para este fim, após análise ampliada, as tratativas se dão diretamente entre avaliador e avaliado para apresentação e discussão dos itens, em um ambiente reservado.

Art. 36° O formulário de avaliação será conforme o descrito abaixo:

#### Competência

- 1 **AUTOCONTROLE:** tem capacidade de controlar as emoções, evitando conflitos com chefias, colegas e clientes internos no ambiente de trabalho, conduzindo os problemas de maneira conciliadora.
- 2 **AUTODESENVOLVIMENTO:** busca continuamente autodesenvolver-se, objetivando melhor performance e resultado;
- 3 **COMPROMETIMENTO:** visa o desempenho das atividades profissionais para os interesses e objetivos institucionais;
- 4 **COMUNICAÇÃO:** assegura transmitir a informação de forma articulada e honesta, zelando pela clareza do discurso, tomando sempre cuidado em verificar que a mensagem seja compreendida e esteja em conformidade com as diretrizes da instituição;
- 5 **CONHECIMENTO TÉCNICO GERENCIAL:** conhece as técnicas gerenciais e administrativas necessárias ao desenvolvimento das atividades;
- 6 **CONSERVAÇÃO DE PATRIMÔNIO:** usa adequadamente os equipamentos e instalações, atuando com cuidado e zelo na utilização e conservação dos mesmos no exercício de suas funções.
- 7 **COOPERAÇÃO:** tem comportamento cooperativo em relação à equipe, adotando uma postura profissional e participativa, com vistas à execução das atividades do setor.
- 8 **CUMPRIMENTO DE NORMAS DE PROCEDIMENTO E DE CONDUTA:** assegura o cumprimento das normas de procedimento no desempenho das atribuições do cargo e de conduta de acordo com os princípios da Instituição, em especial as Normas Gerais de Atuação / Regulamentação de Trabalho da FUNEV;
- 9 **EMPREENDEDORISMO:** tem a capacidade de suscitar, implementar e executar projetos inovadores, com vistas a responder desafios inerentes do seu setor de trabalho e da instituição como um todo.

115



000116

- 10 **FLEXIBILIDADE E NEGOCIAÇÃO:** assegura ter capacidade de negociar, utilizando os princípios, conceitos e valores, que regem e se desenvolvem no campo de sentimentos de filiação, adesão e cooperação, possibilitando o sucesso de colaboradores e conquista de resultados;
- 11 **GESTÃO DE PESSOAS:** tem capacidade de administrar os comportamentos internos e potencializar o capital humano na instituição;
- 12 **LIDERANÇA MOBILIZADORA:** tem capacidade de conseguir a adesão dos seus colaboradores e diversos parceiros em torno de objetivos comuns, e obter deles um alto nível de mobilização, desempenho e colaboração;
- 13 **ORIENTAÇÃO PARA O PACIENTE:** tem capacidade de adaptar as práticas e os processos de trabalho, com vistas a oferecer serviços orientados às necessidades e expectativas do usuário, conforme a missão da instituição.
- 14 **ORIENTAÇÃO PARA OS RESULTADOS:** tem capacidade de atingir os resultados almejados em termos de qualidade, impacto e eficiência, por meio de uma gestão rigorosa de planejamento, monitoramento e controle;
- 15 **PLANEJAMENTO:** tem capacidade para planejar, organizar e gerenciar os recursos disponíveis, com distribuição das atividades em função da obtenção dos resultados previstos para o setor;
- 16 **PROATIVIDADE:** atua com intuito de dar andamento ou dar início às atividades, prevendo fatos e atos que ainda não aconteceram, antevendo consequências e/ou resultados, antecipando a ação com rapidez e eficácia.
- 17 **PRODUTIVIDADE:** motiva o trabalho de acordo com as metas estabelecidas, observando o prazo e a qualidade.
- 18 **RELACIONAMENTO INTERPESSOAL:** visa habilidades de relacionamento interpessoal e adequa suas respostas emocionais a cada situação, demonstrando respeito, cortesia, e capacidade de mobilização com as pessoas e grupos;
- 19 **VISÃO ESTRATÉGICA:** visa capacidade de antecipar as tendências, ler o contexto, projetar uma perspectiva de futuro no que se refere ao seu setor e à instituição;

#### 9. ABREVIações:

- 9.1. CIPA: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho
- 9.2. HE: Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz
- 9.3. IBGH: Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar
- 9.4. NHE: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
- 9.5. NIR: Núcleo Interno de Regulação
- 9.6. NR: Norma Regulamentadora
- 9.7. PGRSS: Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde
- 9.8. RSS: Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde
- 9.9. SADT: Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica
- 9.10. SAME: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
- 9.11. SESMT: Serviço Especializado em Engenharia e Medicina do Trabalho

116



000117

#### 4.2.2.4 Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem

Os serviços de enfermagem visam à prestação de atendimento aos pacientes que necessitem de assistência contínua ou transitória, seja a nível ambulatorial até a cuidados intensivos. Desta maneira é de fundamental importância o cumprimento deste regimento interno para nortear as ações e tomadas de decisão nas relações internas e com os pacientes e seus acompanhantes.

##### **Objetivo:**

Este Regimento interno tem como objetivo fornecer informações aos colaboradores sobre as rotinas e ações que devem ser seguidas para melhoria constante da qualidade da prestação de serviços ao beneficiário, com concomitante ampliação da eficácia e eficiência institucional.

##### **Metodologia:**

As rotinas do serviço de enfermagem das unidades assistenciais serão padronizadas a partir de critérios técnico-assistenciais. Tais normas devem ser seguidas usualmente e ser ponto de referência no trabalho de toda a equipe que a compõe.

##### **Atribuições:**

O serviço de enfermagem das unidades será composto por 3 (três) categorias profissionais: enfermeiro gestor, enfermeiro, técnico de enfermagem.

##### **Enfermeiro Gestor:**

- I. Cumprir as normas relacionadas ao Planejamento Estratégico da Instituição e suas políticas voltadas à Qualidade e Segurança na Instituição de Saúde;
- II. Fazer cumprir as normas de controle de infecção da CCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde);
- III. Fazer cumprir as normas do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho);
- IV. Participar das Comissões Multidisciplinares pertinentes ao setor;
- V. Participar das auditorias internas e desenvolver planos de ação para as não conformidades apontadas em relatório;
- VI. Garantir o cumprimento das tarefas descritas no manual de Procedimento Operacional Padrão (POP);
- VII. Gerenciar o cumprimento dos Protocolos multiprofissionais pertinentes ao setor;
- VIII. Definir, junto com o corpo clínico, o fluxo de atendimento de emergência do setor;
- IX. Descrever os planos de contingência necessários às particularidades do setor, evitando que imprevistos dificultem o atendimento seguro ao paciente;

117



000118

- X. Gerenciar os indicadores pertinentes ao setor, assim como a análise de seus resultados através das ferramentas da qualidade definidas pelo Núcleo de Qualidade e implementar as ações de melhoria;
- XI. Garantir que a estrutura física do setor esteja dentro dos padrões estabelecidos pela Vigilância Sanitária e reportar as não conformidades que tenham impacto na segurança clínica e ocupacional;
- XII. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- XIII. Acompanhar o descarte de resíduos praticado pela equipe de enfermagem e estabelecer ações de melhoria, sempre que necessário;
- XIV. Atuar em conjunto com o Serviço de Farmácia para definir o melhor fluxo de atendimento e abastecimento de materiais e medicamentos;
- XV. Acompanhar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do setor;
- XVI. Gerenciar o preenchimento dos documentos e registros assistenciais da Instituição, tais como prescrição, receitas, prontuários, termos de consentimento, entre outros, garantindo assim a segurança clínica no atendimento;
- XVII. Planejar a escala de enfermagem e garantir uma equipe dimensionada e capacitada para atender a demanda;
- XVIII. Gerenciar a necessidade de treinamento da equipe de enfermagem e atuar em parceria com o setor de Educação Continuada.

Enfermeiro:

- I. Cumprir horário de trabalho definido em escala;
- II. Utilizar o uniforme definido pela Instituição;
- III. Cumprir as tarefas descritas no manual de POP's e Protocolos do setor;
- IV. Ter conhecimento dos planos de contingência e fluxos de emergência do setor;
- V. Cumprir as normas de controle de infecção da CCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde);
- VI. Cumprir as normas do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho);
- VII. Atender os pacientes sempre de maneira humanizada;
- VIII. Gerenciar a identificação do paciente durante toda a prestação de serviço;
- IX. Efetuar registro completo e legível nos documentos assistenciais do setor e da Instituição;
- X. Acompanhar as ações de transporte interno do paciente garantindo a continuidade de seu atendimento;
- XI. Obedecer aos critérios e procedimentos para a admissão do paciente.
- XII. Participar do planejamento interdisciplinar da assistência constituindo o plano terapêutico e individualizado do paciente;
- XIII. Acompanhar diariamente o funcionamento dos equipamentos do setor.
- XIV. Coletar os dados pertinentes ao painel de Indicadores definidos para o setor;
- XV. Gerenciar a execução das tarefas dos técnicos de enfermagem através dos critérios descritos no manual de POP's.

Técnico de Enfermagem:

- I. Cumprir horário de trabalho definido em escala;

118 

000119

- II. Utilizar o uniforme definido pela Instituição;
- III. Cumprir as normas de controle de infecção da CCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde);
- IV. Cumprir as normas do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho);
- V. Cumprir as tarefas descritas no manual de POP's e Protocolos do setor;
- VI. Ter conhecimento dos fluxos de emergência do setor;
  
- VII. Atender os pacientes sempre de maneira humanizada;
- VIII. Prestar orientação ao paciente e seus acompanhantes em todas as etapas de prestação de serviço assistencial;
- IX. Efetuar registro completo e legível nos documentos assistenciais do setor e da Instituição;
- X. Estabelecer uma relação de parceria com o serviço de Farmácia obedecendo as normas do Manual de Farmacoterapia para a solicitação, retirada e devolução de materiais e medicamentos;
- XI. Seguir as condutas médicas prescritas, formais e registradas em documento oficial da Instituição, tais como prontuário, prescrição ou receita;
- XII. Administrar os medicamentos conforme Manual de Farmacoterapia padronizado pelo serviço de Farmácia Hospitalar;
- XIII. Evitar o cruzamento do "fluxo limpo e sujo" com atenção aos materiais, roupa, materiais estéreis, medicamentos, pacientes e acompanhantes.

Para garantir a eficácia das atividades do Serviço de Enfermagem da UTI adulto os seguintes indicadores deverão ser gerenciados através da coleta de dados, análise periódica, definição de melhorias e planos de ação para sua implementação:

- I. Taxa de demanda reprimida;
- II. Taxa de mortalidade;
- III. Média de permanência;
- IV. Rotatividade do leito;
- V. Taxa de liberação da vaga dentro do prazo definido;
- VI. Taxa de transporte interno e externo dentro do padrão estabelecido;
- VII. Taxa de satisfação dos pacientes atendidos;
- VIII. Taxa de evasão;
- IX. Taxa de retorno em menos de 24 (vinte e quatro) horas.

Além dos indicadores coletados pelo próprio serviço, outros dados coletados pelos setores de apoio deverão ser analisados pelo Gestor, tais como:

- I. Taxa de infecção;
- II. Taxa de medicamentos inutilizados;
- III. Taxa de coleta de amostras biológicas;
- IV. Acidentes ocupacionais;
- V. Turn over de colaboradores;
- VI. Taxa de aporte calórico em até 96 horas;
- VII. Entre outro pertinentes ao serviço.

119



000120

Conforme será definido pela Comissão de Segurança do Paciente os eventos ocorridos com o paciente durante a prestação de assistência deverão ser analisados individualmente seguindo a metodologia de análise, registro e acompanhamento, assim como:

- I. Queda de paciente;
- II. Extubação não planejada de cânula endotraqueal;
- III. Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral para aporte nutricional;
- IV. Úlcera por pressão;
- V. Lesão de pele;
- VI. Erro de medicação;
- VII. Quase falha relacionada ao processo de administração de medicação;
- VIII. Flebite;
- IX. Perda de cateter central de inserção periférica;
- X. Perda de cateter venoso central.
- XI. Qualquer colaborador será considerado infrator e sujeito a penalidades quando:
- XII. Desrespeitar o código de ética profissional;
- XIII. Desrespeitar o regimento interno;
- XIV. Agir de forma desrespeitosa com outros profissionais do setor;
- XV. Colaborar com situações de exposição do paciente ao risco clínico.

Nestes casos as penalidades aplicadas aos colaboradores deverão seguir as políticas de Gestão de Pessoas.

O presente Regimento poderá ser alterado, no todo ou em parte, mediante proposta do Gestor em parceria com a Gerência de Enfermagem.

Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Gerência de Enfermagem conforme a natureza do mesmo.

#### 4.2.2.5 Proposta de Regimento do Corpo Clínico Multiprofissional

Os serviços multiprofissionais visam à prestação de atendimento aos pacientes de uma forma integrada e multifatorial. Desta maneira é de fundamental importância o cumprimento deste regimento interno para nortear as ações e tomadas de decisão nas relações internas e com os pacientes e seus acompanhantes.

A equipe de multiprofissional é composta por: Medicina, Enfermagem, Farmácia Hospitalar/Clínica, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

#### **Objetivo:**

120







000121

Este Regimento interno tem como objetivo fornecer informações aos colaboradores sobre as rotinas e ações que devem ser seguidas para melhoria constante da qualidade da prestação de serviços ao beneficiário, com concomitante ampliação da eficácia e eficiência institucional.

#### **Atribuições:**

##### **Compete a equipe Médica:**

- XVI. Atender os pacientes sempre de maneira humanizada;
- XVII. Receber, registrar e supervisionar toda a movimentação dos pacientes da Instituição em regime de internação;
- XVIII. Planejar, executar, supervisionar e controlar as atividades da equipe a todos os pacientes, internados;
- XIX. Proporcionar condições ideais de atendimento aos pacientes, contando com infraestrutura e conhecimentos técnicos específicos para tal;
- XX. Executar os procedimentos prescritos dentro dos padrões técnicos reconhecidos e científicos, assegurando a qualidade da assistência prestada ao paciente

##### **Compete a equipe de enfermagem:**

- a) Gerenciar a identificação do paciente durante toda a prestação de serviço;
- b) Efetuar registro completo e legível nos documentos assistenciais do setor e da Instituição;
- c) Acompanhar as ações de transporte interno do paciente garantindo a continuidade de seu atendimento;
- d) Obedecer aos critérios e procedimentos para a admissão do paciente.
- e) Participar do planejamento interdisciplinar da assistência constituindo o plano terapêutico e individualizado do paciente;
- f) Acompanhar diariamente o funcionamento dos equipamentos do setor.
- g) Coletar os dados pertinentes ao painel de Indicadores definidos para o setor;
- h) Gerenciar a execução das tarefas dos técnicos de enfermagem através dos critérios descritos no manual de POP's;

##### **Compete a equipe de farmácia:**

- a) Assessorar o corpo clínico da unidade com relação aos aspectos farmacológicos dos medicamentos, responsabilizar-se tecnicamente pelas aquisições de medicamentos e produtos farmacêuticos, garantindo sua qualidade e adequada conservação;
- b) Elaborar a previsão e o consumo dos medicamentos, produtos farmacêuticos e saneantes químicos usados na unidade;
- c) Responsabilizar-se tecnicamente pelas aquisições de medicamentos e produtos farmacêuticos, garantindo a sua qualidade e adequada conservação;

121

000122

- d) Estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de medicamentos, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com os medicamentos prescritos pelo corpo clínico da instituição;
  - e) Exercer de forma efetiva o gerenciamento do estoque de medicamentos, mantendo registro de consumo, perda e extravio para fins de baixa ou substituição;
  - f) Estabelecer centro de informações de medicamentos para as equipes médica e de enfermagem, visando melhor utilização dos medicamentos;
  - g) Participar em estreita colaboração com a equipe médica dos estudos de casos programados e na manutenção da vigilância contínua sobre os efeitos adversos dos medicamentos;
  - h) Elaborar relatórios, estatísticas ou inventários periódicos dos medicamentos estocados de acordo com orientação da Administração;
- 
- i) Receber as requisições das prescrições, triar e dispensar as medicações em doses individualizadas;
  - j) Controlar, diluir e distribuir os saneantes químicos e produtos afins, segundo padronização e normas da CCIH, obedecendo a indicação e utilização dos mesmos;
  - k) Executar programas de educação em serviço, promovendo a orientação técnica do pessoal da Farmácia;
  - l) Observar o cumprimento a legislação vigente;
  - m) Cooperar com a Comissão de Farmácia e Terapêutica nas atividades de desenvolvimento e análise para a padronização dos medicamentos em uso no hospital;
  - n) Controlar a movimentação de medicamentos e correlatos, em especial, dos entorpecentes e psicotrópicos.

**Compete ao Serviço de Nutrição:**

- a) Definir, planejar, organizar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos clientes da instituição;
- b) Avaliar o estado nutricional do cliente a partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos;
- c) Realizar assistência dietoterápica hospitalar planejando, prescrevendo, analisando e acompanhando a dieta dos pacientes;
- d) Registrar diariamente no prontuário do paciente, a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e a alta em nutrição;
- e) Supervisionar e controlar os equipamentos e utensílios utilizados pelo setor;
- f) Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao paciente;
- g) Supervisionar e estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de gêneros alimentícios, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com as dietas prescritas pelo corpo clínico da instituição;

**Compete ao Serviço de Psicologia:**

122





000123

- a) Promover a humanização do atendimento, facilitando a relação equipe/paciente;
- b) Atendimento psicológico;
- c) Auxiliar o paciente e a família na compreensão da doença e tratamento, tornando-os ativos no processo de recuperação
- d) Trabalhar de forma integrada com os demais profissionais de saúde, colaborando assim para uma visão global do paciente dentro de um enfoque multidisciplinar e possibilitando a assistência e apoio técnico à equipe;
- e) Preparar pacientes para cirurgia a fim de que possam lidar com aspectos práticos e de rotina de uma cirurgia, bem como as fantasias que advêm desta situação;
- f) Trabalhar os conflitos intrapsíquicos gerados ao adoecer, melhorando a qualidade de vida dos pacientes;
- g) Trabalhar e/ou preparar o paciente para mudanças em seu esquema corporal a fim de aceitar melhor seu novo estado físico;
- h) Amenizar e elaborar sentimentos depressivos, de angústia e insegurança, trazendo o sentido de realidade e de conhecimento dos limites determinados pela própria doença, transmitindo confiança em suas possibilidades e apoiando suas realizações;

#### **Compete ao Serviço Social:**

- a) Orientar o usuário quanto as normas e rotinas da unidade;
- b) Realizar entrevista social, estabelecendo o plano de intervenção do Serviço Social;
- c) Orientar o paciente, familiares ou responsáveis quanto a remoção do paciente de alta hospitalar, contribuindo para a otimização do leito hospitalar;
- d) Elaborar, implantar, coordenar e avaliar a execução e desenvolvimento de planos, programas e projetos do Serviço Social, através do acompanhamento sistemático;
- e) Elaborar e adotar manual de normas, rotinas e procedimentos, onde sejam estabelecidas as atribuições do pessoal do serviço;
- f) Proceder acompanhamento social do tratamento de saúde;
- g) Orientar os usuários a utilizarem adequadamente os recursos institucionais, sociais e da comunidade, face as situações constatadas;
- h) *Desenvolver o trabalho em grupo com usuários e/ou seus responsáveis, de acordo com as necessidades apresentadas e visando o desenvolvimento dos aspectos sociais;*
- i) Interpretar a situação social do paciente e sua família junto a equipe multiprofissional;
- j) Elaborar e atualizar, sempre que necessário, a relação de recursos da comunidade a fim de prover os devidos encaminhamentos de pacientes, familiares e funcionários;
- k) Realizar campanhas educativas, elaboradas a partir das necessidades identificadas;
- l) Estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde;
- m) Trabalhar preventiva e resolutivamente as situações de rejeição familiar;

123

000124

n) Participar com os demais membros da equipe de equipe de saúde do processo de transferência, assim como dos avisos de óbitos, prestando aos familiares as orientações concernentes à situação;

#### Compete a Fisioterapia

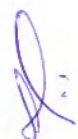
- a) Realizar os procedimentos de fisioterapia nos pacientes;
- b) Prescrever, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano por meio de ação, isolada ou concomitante, de agente termoterápico ou crioterápico, aeroterápico, fototerápico ou eletroterápico, determinando: - O objetivo da terapia e a programação para atingi-lo; - A fonte geradora do agente terapêutico, com a indicação de particularidades na utilização da mesma, quando for o caso; - A região do corpo do cliente a ser submetida a ação do agente terapêutico; - A
- c) dosagem e frequência do número de sessões terapêuticas com indicação do período de tempo de duração de cada uma; - A técnica a ser utilizada.
- d) Utilizar com o emprego ou não de aparelho, exercício respiratório, cardiorrespiratório, cardiovascular, de educação ou reeducação neuromuscular, regeneração muscular, relaxamento muscular, locomoção, regeneração osteoarticular, correção de vício postural, adaptação ao uso de órtese ou prótese e adaptação dos meios materiais, pessoais ou ambientais disponíveis para desempenho físico do paciente, determinando: - O objetivo da terapia e a programação para o atingi-lo; - O segmento do corpo do cliente a ser submetido ao exercício; - A modalidade do exercício a ser aplicado e a respectiva intensidade; - A técnica de massoterapia a ser aplicada, quando for o caso; - A orientação ao paciente para a execução da terapia em sua residência, quando for o caso; - A dosagem de frequência e do número de sessões terapêuticas com a indicação do período de tempo de duração de cada uma.
- e) Manter os equipamentos em perfeito funcionamento e procurar renová-los sempre que possível, para que a unidade tenha o melhor desempenho e atualização tecnológica.

#### Compete a Fonoaudiologia

- a) Atuar precoce e preventivamente através de avaliação, orientação e tratamento;
- b) Reequilibrar alterações miofuncionais, evitando possíveis danos nos processos fonatórios e cognitivos;
- c) Participar de equipe multiprofissional traçando e atuando em terapêuticas que levem ao bom prognóstico;
- d) Diagnosticar sintomas de distúrbios fonoaudiólogos precocemente; retornar à alimentação por via oral, restabelecendo funções vitais de sucção, Mastigação, deglutição e fala, diminuindo o tempo de hospitalização e evitando reinternações por infecções respiratórias;
- e) estimular e agilizar a alta hospitalar, com os menores danos possíveis ao indivíduo no seu retorno à sociedade, diminuindo inclusive os custos da Hospitalização

#### Compete a Terapia Ocupacional

124



000125

- a) Realizar os procedimentos de terapia ocupacional nos pacientes;
- b) Indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos ou de doenças adquiridas por meio da utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos. É uma área que tem intervenção voltada para a pessoa e seu grupo social. O objetivo é ampliar o campo de ação, desempenho, autonomia e participação, considerando recursos e necessidades de acordo com o momento e lugar, estimulando condições de bem-estar e autonomia. Por meio do fazer afetivo, relacional, material e produtivo o profissional contribui com os processos de produção de vida e saúde.
- c) Manter os equipamentos em perfeito funcionamento e procurar renová-los sempre que possível, para que a unidade tenha o melhor desempenho e atualização tecnológica

Todos os Regimentos Internos da Unidade Assistencial de Saúde atualmente implantados, serão motivos de pauta de reunião para análise e se necessário, adequações pertinentes poderão ser implementadas a partir do padrão apresentado.

A Proposta para Regimento Interno do Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso Manoel de Paiva será apresentada abaixo:

#### 4.2.2.6 Proposta de Regimento do Corpo Clínico

### CAPÍTULO I - PRINCÍPIOS

**ARTIGO 1º** - O Regimento Interno do Corpo Clínico visa disciplinar a constituição, ações, relações, avaliações e direção dos médicos que utilizam as instalações desta instituição para o exercício de suas atividades profissionais.

**ARTIGO 2º** - O Corpo Clínico do Hospital será formado pelo conjunto de médicos nas diversas especialidades, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política, cultural e religiosa, desde que respeitando este Regimento.

### CAPÍTULO II- OBJETIVOS

**ARTIGO 3º** - O Corpo Clínico do Hospital tem os seguintes objetivos:

- Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos e do pessoal técnico através de estímulo à pesquisa científica, discussões de casos clínicos, bem como revisão continuada da saúde dos pacientes e funções diárias da equipe multiprofissional.
- Assegurar a melhor assistência aos clientes da Instituição através de seu envolvimento com as normas gerais do hospital, do conhecimento de toda a

125



000126

infraestrutura que o hospital pode oferecer, do seu compromisso com suas funções e interesse para oferecer informações adequadas a seus clientes.

- Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição através das participações nas discussões de casos, nas reuniões científicas e na educação continuada de toda a equipe multiprofissional em suas áreas de atuação, oferecendo informações técnico-científicas, esclarecimentos legais e psicológicos.
- Estimular a pesquisa médica direcionada para a melhor assistência de seus clientes, registrando-a nas respectivas comissões, seguindo os preceitos estabelecidos pela ética em pesquisa médica.
- Cooperar com a administração da instituição, visando a melhoria da assistência prestada através do conhecimento das normas gerais pré-estabelecida pela administração.
- Estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados através da elaboração de protocolos de diagnóstico e conduta médica em cada setor de atendimento especializado.

### CAPÍTULO III – COMPOSIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

**ARTIGO 4º** - O Corpo Clínico do Hospital obedece a este regimento e é constituído em todos os níveis aqui estabelecidos por médicos legalmente habilitados, a quem cabe a execução de todos os atos médicos necessários aos pacientes, com plena autonomia profissional.

**ARTIGO 5º** - O Corpo Clínico do Hospital compõe-se de todos os médicos que utilizam suas instalações, dependências ou serviços e que se encontram em pleno direito de exercer a profissão, sendo classificados nas seguintes categorias:

I – MEMBROS EFETIVOS: Profissionais que, em obediência as normas próprias de frequência mínima, desenvolvem, prioritariamente, suas atividades na Instituição, possuindo direito a voto na eleição para diretoria clínica.

II – MEMBROS CONVIDADOS: Profissionais que pelo seu destaque profissional e notório conhecimento da especialidade são indicados pelo corpo clínico e/ou pela Direção do Hospital para exercer orientação, consultoria ou segunda opinião na sua área, de acordo com normas pré-estabelecidas, porém sem direito a voto na eleição para diretoria clínica.

III – MEMBROS FILIADOS: Profissionais que atuam no hospital, sem nele exercerem, prioritariamente suas atividades, possuindo direito a voto na eleição para diretoria clínica.

IV – MEMBROS EVENTUAIS: Médicos que, esporádica ou excepcionalmente desenvolvam atividades no Hospital, a fim de assistir a um paciente específico, porém sem direito a voto na eleição para diretoria clínica.

### CAPÍTULO IV - ÓRGÃOS DO CORPO CLÍNICO

**ARTIGO 6º** - Os Órgãos do Corpo Clínico são:

- I – Diretoria Técnica de Saúde (Médico)
- II – Diretoria Clínica (Médico)
- III – Comissão de Ética Médica
- IV – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
- V – Comissões Permanentes ou Temporárias
- VI – Médicos do Hospital

### CAPÍTULO V - DAS FINALIDADES

**Artigo 7º.** O Hospital destina-se a prestar atendimento de Média Complexidade, em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Psiquiatria e Ginecologia/Obstetrícia, regulados pelo Complexo Regulador Municipal.

126



000127

§1o. O Hospital disponibiliza os seguintes serviços à comunidade usuária do SUS durante 24 horas, 7 dias por semana.

- I. Internação Hospitalar nas clínicas: médica, cirúrgica, pediatria, e gineco/obstétrica nas suas várias especialidades, em situação eletiva e referenciada.
- II. Exames de Raios X Convencional
- II. Exames de Ultrassonografia
- III. Exame para diagnósticos em: ECG
- IV. Tomografia Computadorizada
- V. Atendimento Ambulatorial para pacientes egressos da internação hospitalar e regulados
- VI. Laboratório de Análises Clínicas

**Artigo 8º.** O Hospital será mantido com base nas verbas específicas oriundos da Secretaria Municipal de Saúde

**Artigo 9º.** A estrutura do Hospital, compreende três áreas articuladas, figurando na primeira a estrutura para atendimento ambulatorial, na segunda a técnico administrativa e na terceira assistencial para internação.

**Artigo 10.** A estrutura do Hospital, distribui-se, hierarquicamente, pelos seguintes níveis de decisão, coordenação e execução:

- I. Diretorias.
- II. Gerência, Supervisões e Coordenações
- III. Responsáveis.

**Artigo 11.** A Diretoria tem a responsabilidade de coordenar e fiscalizar as atividades da estrutura do Hospital.

§ 1o. A Diretoria é composta por: Diretor-Geral, Gerente Administrativo, Diretor Técnico e Diretor Clínico, neste caso, responderá também pelo Corpo Clínico do hospital e com atribuições específicas de representatividade do corpo clínico conforme a legislação vigente.

2o. O Diretor Geral será substituído nos seus impedimentos pelos Diretores Técnico, Gerente Administrativo, nesta ordem.

## CAPÍTULO VI - COMPETÊNCIAS, DIREITOS E DEVERES DO CORPO CLÍNICO E SEUS ÓRGÃOS.

**Artigo 12.** Ao Diretor-Geral, compete:

- I. Gerir e representar o Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso.
- II. Nomear conjuntamente com o Diretor Técnico, o(a) Coordenação de Enfermagem.
- V. Cumprir e fazer cumprir as decisões dos órgãos e entidades responsáveis por autorizações e licenças para o funcionamento, e particularmente as da Secretaria.
- VI. Cumprir e fazer cumprir as normas deste Regimento Interno.
- VII. Zelar pela ordem, aplicando as sanções disciplinares, que sejam de sua competência.
- VIII. Aplicar recursos orçamentários destinados ao Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.
- IX. Autorizar despesas de compras e serviços de urgência e, se necessário, delegar esta autorização a outros colaboradores.
- X. Elaborar e submeter à apreciação da Secretaria Municipal de Saúde e outros a quem ela determinar, os relatórios e informações preconizados no Contrato de Gestão.

**Artigo 13.** As Gerências são órgãos executivos da Diretoria, com atribuição de promoverem a articulação dos Serviços da Unidade, para ordenação dos trabalhos assistenciais e administrativos.

127





000128

Parágrafo 1º. As Gerências, Coordenações e Supervisões serão exercidas por profissionais de nível superior das áreas de saúde, preferencialmente com administração hospitalar, ou experiência profissional equivalente, quando couber, em regime de tempo integral.

Parágrafo 2º. A Diretoria Técnica coordenará as atividades do corpo clínico, bem como aquelas relacionadas à assistência não médica, de terapias complementares, de diagnóstico e de farmácia.

Parágrafo 3º. O Diretor Técnico fará a coordenação de todas as comissões técnicas, reportando-se à Diretoria-Geral. Também deverá assessorar o Diretor-Geral nas suas atribuições e atender as suas solicitações de suporte às atividades técnicas.

Parágrafo 4º. A Gerência Administrativa será responsável pela gestão dos recursos humanos, serviços de apoio e serviços de apoio ao atendimento, incluindo o faturamento, tecnologia da informação e geração de informações para a SMS.

**Artigo 14.** Ao Gerente Administrativo, compete:

- I. Zelar pela ordem, aplicando as sanções disciplinares, que sejam de sua competência.
- II. Elaborar levantamentos de custos visando atender aos requisitos de informações e aos requisitos do diretor geral e demais diretores.
- III. Coordenar e controlar as atividades da área de informática zelando para a eficiência e segurança das informações geradas e armazenadas.
- IV. Executar o faturamento dos serviços prestados e controlar o recebimento das verbas orçamentárias ou extraordinárias, prestando contas conforme definido no contrato de gestão e a diretoria-geral.
- V. Apresentar ao diretor-geral, até o final do primeiro mês de cada ano, relatório das atividades do ano anterior e proposta de trabalho para o ano subsequente.
- VI. Autorizar, o recrutamento, a seleção e o treinamento de pessoal e propor contratação e desligamento de acordo com a legislação vigente.
- VII. Assinar folhas de pagamento de serviços extraordinários dos colaboradores médicos e técnicos da equipe de retaguarda das unidades assistenciais de saúde.
- VIII. Delegar atribuições aos responsáveis pelos serviços ligados à sua gerência e definir normas e determinações de serviços, no âmbito administrativo.
- IX. Fiscalizar as tarefas executadas pelo pessoal administrativo, bem como executar estratégias para treinamento dos colaboradores.
- X. Determinar e controlar demais serviços de acordo com o organograma.
- XI. Apresentar ao Diretor-Geral, até o final do primeiro mês de cada ano, relatório das atividades da diretoria no ano anterior e proposta de trabalho para o ano subsequente.
- XII. Coordenar atividades correlatas.

**Artigo 15 - Compete à Diretoria Técnica:**

- I – Administrar todas as atividades próprias da Unidade, em colaboração com os órgãos respectivos de cada área.
- II – Assumir a responsabilidade técnica da Unidade e representá-lo junto às autoridades, conforme a legislação.
- III – Tomar ciência e desencadear as medidas para implantações das recomendações emanadas dos Órgãos do Corpo Clínico, da Legislação e das Entidades Médicas.
- IV – Planejar, organizar e dirigir administrativamente as clínicas, serviços e unidades do hospital, determinando a destinação de recursos físicos, financeiros e humanos, assegurando condições dignas de trabalho para melhorar o desempenho do corpo clínico, em benefício dos pacientes usuários da instituição.
- V – Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.
- VI – Acionar a Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.

128





000129

**Artigo 16 – Compete ao diretor Clínico:**

I - O Diretor Clínico e seu substituto, de acordo com as resoluções do CFM n.º 1481/97 deverão ser eleitos pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto, de acordo com artigo 6º, através de processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade, com antecedência mínima de 10 dias, sendo que a forma de eleição deverá ser direta e secreta, com mandato inicial de 2 anos, podendo ser reeleito.

II - O Diretor Clínico deve ser membro efetivo do corpo clínico, possuir conhecimentos técnicos e científicos que abrangem o atendimento global do paciente, assim como condições científicas para estimular a pesquisa. Deve estar presente durante o período de maior atividade do Hospital e permanentemente a disposição do mesmo.

Parágrafo único - Compete ao Diretor Clínico dirigir e coordenar o Corpo Clínico, supervisionando a execução das atividades assistenciais e zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição. Para atingir as metas estabelecidas neste artigo são atribuições do Diretor Clínico:

- a. Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da Instituição, propagando o sentimento de responsabilidade entre seus membros.
- a. Assessorar o Diretor Técnico e órgãos administrativos no planejamento, organização e direção das clínicas, unidades e serviços da Instituição.
- a. Desenvolver o espírito da crítica, estimulando o estudo e a pesquisa.
- a. Desenvolver e estimular o relacionamento cordial entre os médicos e outros profissionais, e destes com a administração.
- a. Supervisionar as execuções das atividades de assistência Médica da Instituição.
- a. Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição.
- a. Exercer a função de mediador, esclarecendo às partes interessadas em eventual conflito de posições, visando humanizar os Membros do Corpo Clínico e outros profissionais com a estrutura técnica e administrativa da Unidade em face dos postulados e éticos, médicos e morais.
- a. Permanecer na Instituição no período de maior atividade da Instituição dedicando a maior parte de seu tempo à sua atividade.

**ARTIGO 17 -** A Comissão de Ética Médica deverá ser eleita por escrutínio direto e secreto em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade pela Diretoria Clínica, pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

## CAPÍTULO VII – INGRESSO AO CORPO CLÍNICO

**ARTIGO 18-** Para ingressar no Corpo Clínico da unidade, o médico deverá preencher a solicitação de cadastramento em formulário próprio, dirigidos aos órgãos diretivos e atender aos seguintes requisitos:

I – Estar devidamente registrado junto ao CRM apresentando documentação competente (cópia da carteira CRM).

II – Apresentar comprovação de quitação da anuidade do CRM -apresentar cópia anualmente até o mês de abril de cada ano.

III – Indicar sua Especialidade Médica com os respectivos registros:

- a) Diplomas -cópia autenticada frente e verso.
- b) Títulos -cópia autenticada.
- c) Curriculum Vitae resumido ou Currículo Lattes.

000130

IV – Tomar conhecimento e assinar declaração de ciência do Regimento Interno do Corpo Clínico e das normas administrativas do Hospital.

V – Tomar conhecimento das Normas Regulamentadoras referentes à Segurança e Saúde dos profissionais no trabalho dentro dos Serviços de Saúde.

### CAPÍTULO VIII – INFRAÇÕES

**ARTIGO 19** . Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator e sujeito a penalidade quando:

I – Desrespeitar o Regimento Interno.

II – Desrespeitar as Normas Administrativas internas, não disciplinadas no Regime e Estatuto da unidade.

III – Revelar-se inábil para o exercício da profissão e/ou função independentemente da caracterização da transgressão de natureza ética.

IV – Cometer crime nas dependências da unidade, relacionado ou não ao atendimento ao doente.

V – Praticar atos de indisciplina, improbidade ou de insubordinação.

VI – Violar o sigilo médico, de modo a denegrir a imagem da unidade e causar dano ao paciente.

VII – Abandonar suas funções, sem motivo justo, com prejuízo aos doentes sob sua responsabilidade.

VIII – Atuar com desídia no desempenho de suas funções.

IX – Não obedecer às normatizações do Código de Ética Médica.

**ARTIGO 20** - A suspeita e denúncia de infração cometida por membros do Corpo Clínico ensejarão sindicância a ser realizada pela Comissão de Ética Médica, assegurando ao(s) Médico(s) amplo direito de defesa.

Parágrafo 1º - A Comissão de Ética Médica e/ou outra comissão, deverá no prazo máximo de 30 dias, emitir parecer conclusivo sobre a existência de indícios, ou não, de transgressão ao Código de Ética Médica.

Parágrafo 2º - Nos casos de indícios de infração de natureza ética, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao CRM, único órgão julgador da ética médica.

Parágrafo 3º - Nos casos de infração de caráter administrativo e regimental interno, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao Diretor Técnico, que aplicará as medidas cabíveis.

**ARTIGO 21** - As penalidades aplicáveis aos membros do corpo clínico são:

I – Advertência Verbal.

II - Advertência escrita, a ser entregue ao infrator, bem como anexada ao prontuário do médico.

III – Suspensão temporária do Corpo Clínico.

IV – Exclusão do Corpo Clínico.

Parágrafo 1º - As penalidades aplicadas a nível interno do Hospital, não eliminam a obrigatoriedade da análise do CRM nos casos de indício de infração de natureza ética.

Parágrafo 2º - As penalidades para as transgressões de ordem regimental ou administrativa obedecerão à graduação das penas desse Artigo, salvo nos casos de gravidade incontestável.

Parágrafo 3º - A aplicação das penas III e IV está condicionada ao parecer favorável do Diretor Técnico, Diretor Clínico e Comissão de Ética Médica.

Parágrafo 4º - Compete ao Diretor Técnico e Diretor Clínico a aplicação da penalidade a qualquer Membro do Corpo Clínico, ou a solicitação desta.

### CAPÍTULO IX – DIREITOS E DEVERES DOS INTEGRANTES DO CORPO CLÍNICO

**ARTIGO 22** - São Direitos dos Médicos do Corpo Clínico:

I – Frequentar o Hospital internando e assistindo PESSOALMENTE aos seus pacientes, gozando de autonomia profissional.

130

000131

II – Utilizar os recursos técnicos, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis na Instituição. A utilização de equipamentos e instrumentos especializados poderá ser restringida pelas normas relativas à qualificação e treinamento específico, bem como normas administrativas.

III – Auxiliar a administração do Hospital e órgãos diretivos do Corpo Clínico, comunicando falhas, propondo modificações e aperfeiçoamentos com a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e o padrão técnico e operacional do Hospital. Bem como zelar pelo bom nome e reputação profissional do Corpo Clínico e do Hospital, respeitando o Código de Ética Médica.

IV – Participar das reuniões do Corpo Clínico e atividades científicas do Hospital.

VI – Eleger o Diretor Clínico e seu substituto, bem como a Comissão de Ética Médica, desde que classificado como Membro efetivo ou filiado.

#### **ARTIGO 23 - São Deveres dos Médicos do Corpo Clínico:**

I – Conhecer e seguir o Código de Ética Médica, manter comportamento cordial, respeitando os colegas e funcionários do Hospital.

II – Conhecer e respeitar os Estatutos e Regimento Interno do Hospital.

III – Assistir aos pacientes sob seus cuidados, com respeito, consideração, utilizando a melhor técnica em benefício do mesmo.

IV – Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado.

V – Participar de atos Médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário.

VI – Elaborar e manter atualizado o Prontuário Médico de seus pacientes, que deverá conter de FORMA LEGÍVEL, o histórico clínico, evolução, todas as ordens e prescrições assinadas, bem como preencher o resumo de alta quando da efetiva liberação do paciente.

VII – Informar e relatar aos órgãos diretivos, quando solicitado, esclarecimentos de ordem Médica e/ou administrativa relativa à atividade ou aos pacientes, para fins de esclarecimentos de intercorrências administrativas, Médicas, éticas ou jurídicas.

VIII – Assumir a responsabilidade criminal, civil e ética pelos atos médicos, pela indicação de métodos de diagnóstico, pelo tratamento e medicamentos prescritos.

IX – Comunicar aos órgãos do Corpo Clínico falhas na organização, nos meios e na execução da Assistência Médica prestadora na Instituição.

X – Colaborar com as Comissões específicas da Instituição.

XI – Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência.

XII – Respeitar a política de direito dos pacientes e familiares do Hospital, com o objetivo de fornecer ao paciente atendimento hospitalar de excelência, segurança, envolvimento no seu cuidado, privacidade, respeito, apoio e retaguarda na alta hospitalar.

XIII – Quando da impossibilidade de manter o atendimento a um paciente, por qualquer motivo, comunicar à Diretoria Clínica o fato e os motivos pela interrupção do atendimento, assim como certificar-se da completa transferência de informações sobre o paciente para o profissional que assumirá o acompanhamento.

XIV - Acatar as determinações vigentes da Vigilância Sanitária, inclusive no que se refere à Segurança e Saúde dos profissionais da área de Saúde.

#### **CAPÍTULO X – DOS PROCEDIMENTOS ELEITORAIS**

**ARTIGO 24 -** O Diretor Clínico, seu substituto e a Comissão de Ética Médica serão eleitos de forma direta e secreta, em Processo Eleitoral especificamente convocado para essa finalidade, por maioria simples de votos.

#### **CAPÍTULO XI – DAS ASSEMBLEIAS**

**ARTIGO 25 -** O Corpo Clínico deliberará em Assembleias convocadas com antecedência mínima de 10 dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros e em segunda convocação, após 01 hora com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos. Mediante requerimento de 1/3 dos seus membros o Corpo Clínico poderá convocar

131



Assembleias extraordinárias, com antecedência mínima de 24 horas, de acordo com a Resolução n.º 1481/97 do CRM.

## CAPÍTULO XII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**ARTIGO 26** - Os atos médicos que impliquem em grande risco de vida ou incapacidade física permanente devem ser submetidos, pelo médico assistente,

À aplicação do Diretor Clínico e mais uma Comissão por essa indicada, cuja decisão deverá ser registrada em ata.

Parágrafo Único – Em caso de urgência essa junta poderá ser exercida por 3 Médicos presentes, cuja decisão deverá ser posteriormente submetida ao Diretor Clínico. A Constituição da junta médica para solução de problemas ou, ainda, para discussão de conduta em casos graves, ou de implicações sociais deve ocorrer com frequência, uma vez que o pretendido é a garantia do melhor atendimento ao paciente, sem que isso signifique qualquer limitação à ação do Médico, com a mesma finalidade também poderão ser exigidos necroscópicos, patológicos ou quaisquer outros que se fizerem necessários.

**ARTIGO 27** - A internação de qualquer paciente só pode ser realizada sob a responsabilidade de um Médico que registrará sua indicação, diagnósticos provisórios ou definitivos e recomendações especiais necessários para a internação ou cuidados do paciente.

**ARTIGO 28** - Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda do hospital de acordo com as determinações legais, preservando as condições de sigilo estabelecidas em leis e no Código de Ética Médica.

Parágrafo 1º - É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se total ou parcialmente, do prontuário médico, podendo consultá-lo após o arquivamento, por solicitação escrita e mediante assinatura de termo de responsabilidade.

Parágrafo 2º - Somente com autorização do médico assistente outro(s) profissional(ais), não relacionados ao caso, poderão ter acesso ao prontuário.

**ARTIGO 29** - A divulgação pública em qualquer veículo de comunicação ou através de outros meios diretos ou indiretos, de fatos referentes às atividades do hospital, ou de quaisquer informações sobre pacientes, somente poderão ser dadas pelos órgãos diretivos do Hospital, ou mediante autorização destes.

**ARTIGO 30** - Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo Diretor Técnico, ouvida a Comissão de Ética Médica de acordo com a natureza dos mesmos.

**ARTIGO 31** O presente Regimento Interno entrará em vigor na data da aprovação pelo Corpo Clínico, conjuntamente com a Direção-Geral e Técnica do Hospital.

**ARTIGO 32** A cada dois anos, este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

#### 4.2.3 Implantação de processos

##### 4.2.3.1 Apresentação do Manual de Protocolos Operacionais Padrão Assistenciais e Algoritmos para Procedimentos Médicos.

Os Protocolos Operacionais Padrão são ferramentas que permitem a uniformização do cuidado à saúde, possibilitando uma margem de segurança nas ações devido sua uniformidade nas condutas. Todos os processos de trabalho serão elaborados seguindo a Política de Gestão de Documentos estabelecida pelo Sistema de Gestão da Qualidade. O Manual de Protocolos deverá conter os seguintes documentos:

- I. Identificação de pacientes;
- II. Comunicação e orientação ao paciente;
- III. Transferência interna e externa do paciente;
- IV. Atendimento de emergência do paciente;
- V. Higienização das mãos;
- VI. Manuseio de drenos;
- VII. Manuseio de cateter;
- VIII. Notificação de incidentes;
- IX. Punção e drenagem;
- X. Administração hemoderivados;
- XI. Administração de medicamentos por sonda;
- XII. Controle dos sinais vitais do paciente;
- XIII. Higiene do paciente;
- XIV. Coleta e transporte de amostras biológicas;
- XV. Armazenamento e transporte de material contaminado;
- XVI. Conferência de temperatura de geladeira;
- XVII. Solicitação de material e medicamentos;
- XIX. Registros e controles em ficha, prontuário e prescrição do paciente.

Além do Manual os POP's, deverão ser disponibilizados para consulta os seguintes documentos:

- I. Manual de Farmacoterapia;

000134

- II. Manual da CCIH;
- III. Manual de Prevenção de Riscos Assistenciais.

Tais documentos devem ser descritos pelos setores pertinentes e implantados pelos mesmos, isto é, através de treinamento registrado da equipe.

#### 4.2.3.2 Apresentação de Manual para Orientação de Rotinas Administrativas para Faturamento dos procedimentos

Faturamento Hospitalar é a codificação dos procedimentos realizados em uma unidade hospitalar, composto de três registros básicos, Autorização de Internação Hospitalar – AIH, para internação hospitalar; Boletim de Produção Ambulatorial - BPA para procedimentos realizados de caráter ambulatorial; e Autorização de Procedimento de Alta Complexidade – APAC.

A unidade de saúde realiza o faturamento da produção, a qual é apurada de acordo com o valor e o código da tabela SUS/MS- SIGTAP, sendo responsável pela confecção das contas hospitalares, demonstrado através de registros diários.

A partir desses conceitos serão apresentados a seguir proposta de manual para orientação de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos.

### 1. OBJETIVO

Apresentar manual técnico de forma detalhada as informações para a realização de faturamento Hospitalar, acompanhamento da produção e preenchimento do CNES.

### CAMPO DE APLICAÇÃO

Este manual técnico será aplicado pelo setor de faturamento nas unidades hospitalares geridas pelo IBGH, traduzindo em moeda corrente todas as operações de serviços assistenciais em saúde e medicamentos produzindo a conta hospitalar.

### SIGLAS

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**BPA** - (Boletim de produção Ambulatorial)

**BPA-I** (Boletim de produção Ambulatorial individualizado)

**BPA-C** (Boletim de produção Ambulatorial consolidado)

**CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**OPM'S** - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

134



**DIRETRIZES**

**SUS - Sistema Único de Saúde:** O SUS é referência mundial em Saúde Pública, de acordo com a Constituição Federal de 1988, é composta pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios. Um sistema impar no mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira

**CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde:** sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de Saúde. Possui estrutura para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, um cadastro de base nacional.

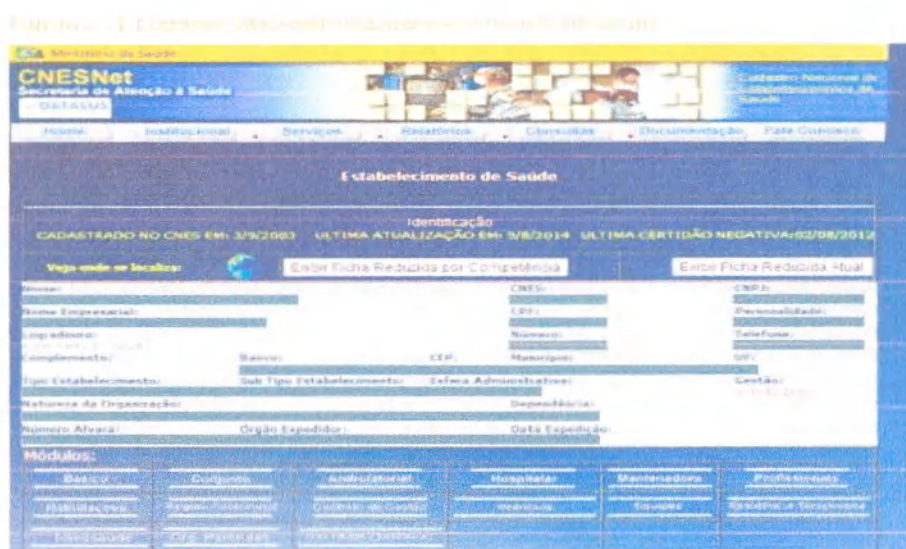


Figura 34 - Tela inicial do CNES.

Através do CNES a Unidade de Saúde deve cadastrar as informações a seguir:

**Básico:** caracterização, infraestrutura, atividade, atendimentos, vínculo e endereço complementar.

**Identificação:** nome, código do CNES, número do CNPJ, natureza, endereço, telefone, tipo de estabelecimento, esfera administrativa, gestão e alvará sanitário.

**Caracterização**

Infraestrutura

Atividade

Atendimento

Endereço Complementar

**Classificação do Estabelecimento**

000136

**Conjunto** Informações Gerais. Serviço de Apoio e Serviço Especializado

**Ambulatorial**

**Hospitalar**

**Mantenedora**

**Equipes**

**Profissionais:** nome, CNS, Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), carga horária semanal, vínculo empregatício e situação.

**Habilitações**

**Regras Contratuais**

**Contrato de Gestão e Metas:** Código e a descrição das existentes, orientações técnicas na Assistência Ambulatorial e Hospitalar no SUS.

**Incentivos:** Mediante contrato de gestão

**Organizações Parceiras:** Mediante contrato de gestão

**Gerência e/ou Administração de Terceiro:** Mediante contrato de gestão obrigatoriamente deve ser atualizado sistematicamente a inclusão e exclusão do cadastro nacionais dos profissionais em saúde (CNS), com vínculo, CBO, carga horária, habilitações, equipamentos, terceiros e serviços.

## CARTÃO SUS

- Disponível na página da internet <https://www.cardweb-sus.com.br>



*Figura 35 – Imagem Ilustrativa do Cartão SUS*

O CNS está inserido na política de e-Saúde do Ministério da Saúde que tem por finalidade prover a consulta às bases de dados: de pessoas, estabelecimentos, procedimentos e outras; e a vinculação dessas informações no Cadweb que é um modelo de sistema online, está integrado ao histórico do paciente registrado no Sistema Único de Saúde.

136





000137

SIGTAP - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Disponível na página da internet: <http://sigtap.datasus.gov.br>

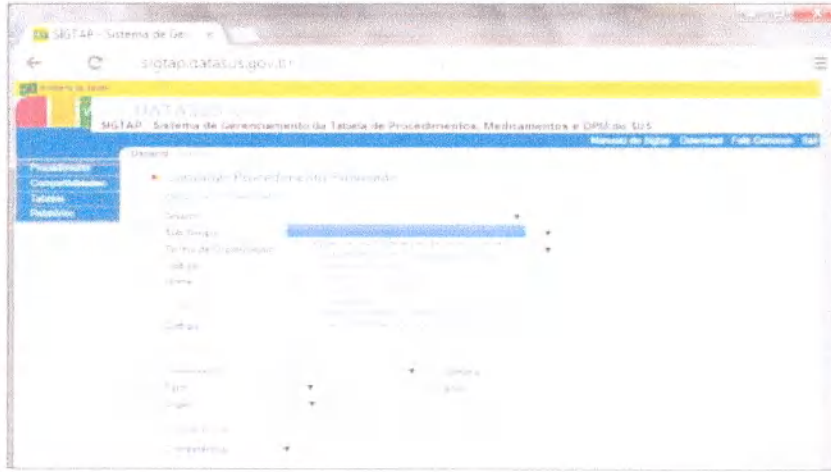
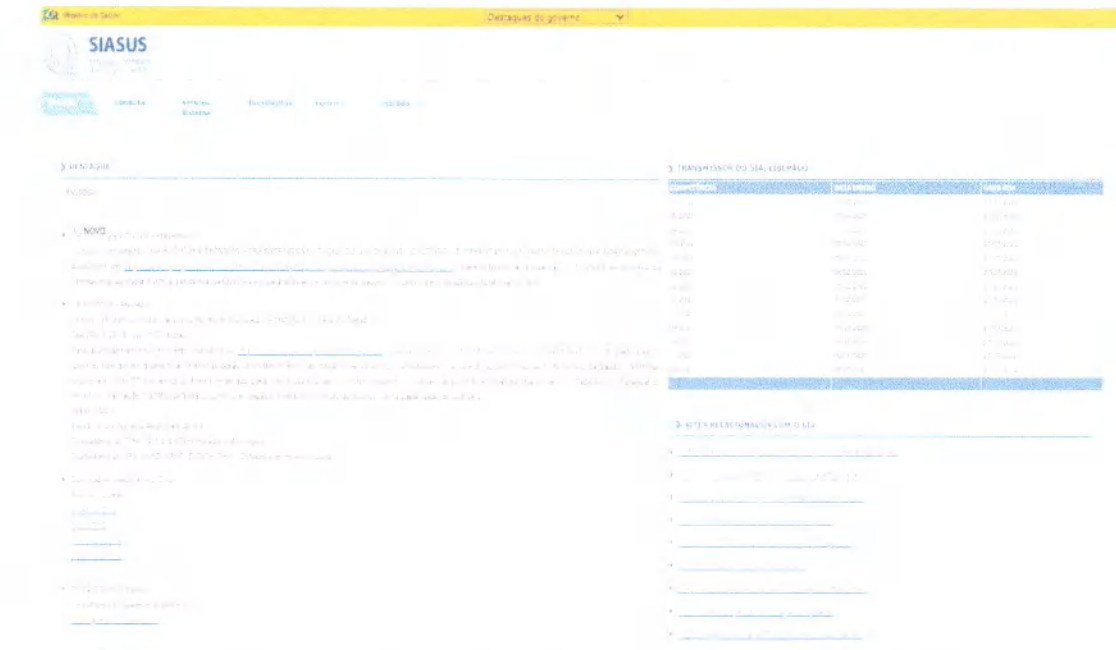


Figura 36 - Tela ao acessar a tabela SIGTAP

### BPA Boletim de Produção Ambulatorial

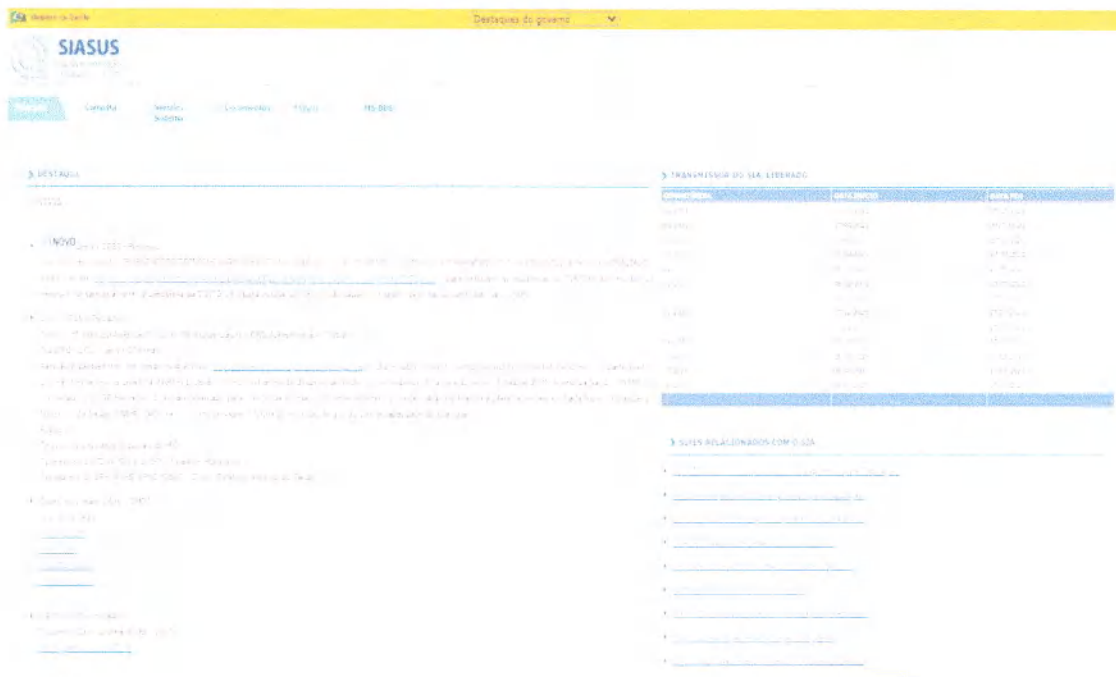
A partir de janeiro de 2008 o BPA foi dividido em dois, BPA-I (boletim de produção Ambulatorial), BPA-C (boletim de produção consolidado) e APAC (autorização de Procedimento de alta complexidade). A Produção Ambulatorial é preenchida pelo estabelecimento de saúde.

000138



The screenshot shows the SIASUS system interface. At the top, there is a navigation bar with the SIASUS logo and the text 'Destaque de governo'. Below this, there are several tabs: 'Destaque', 'Ativos', 'Exercícios', 'Soluções', and 'Relatórios'. The main content area is divided into two columns. The left column, titled 'DESTAQUE', contains a list of items with details such as 'NOVO' and 'TRANSMISSOR DO SIA - LEBRAGE'. The right column, titled 'TRANSMISSOR DO SIA - LEBRAGE', contains a table with columns for 'Data', 'Valor', and 'Status'. Below the table, there is a section titled 'SUA RELACIONADA COM O SIA' with a list of related items.

Figura 37 - Tela ao acessar o BPA / Parte 1



This screenshot is similar to Figure 37, showing the SIASUS system interface. The layout is the same, but the data in the 'TRANSMISSOR DO SIA - LEBRAGE' table and the 'SUA RELACIONADA COM O SIA' list are different. The table columns are 'Data', 'Valor', and 'Status'. The list below the table contains several items with links to related documents.

Figura 38 - Tela ao acessar o BPA / Parte 2



000139

O Serviço de Apoio à Diagnóstico e Terapia, ou Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia, é uma modalidade de prestação de serviços em saúde que se utiliza de recursos de uma fonte financiadora, (SUS, particular ou convênio) com o objetivo de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes externos, internos ou de emergência de um serviço de saúde. Geralmente organiza-se por um sistema informatizado que registra a oferta dos serviços em determinadas especialidades, sejam eles próprios, terceirizados ou contratados interna ou externamente ao estabelecimento de saúde.

É um Serviço ofertado nas unidades de saúde e responsável pela realização de exames complementares das linhas de cuidado da atenção básica e da atenção especializada. O objetivo do SADT é apoiar a realização de um diagnóstico assertivo dos casos de usuários de determinada região, os exames ofertados podem variar de acordo com a necessidade de saúde da população da região.

A requisição de SADT não equivale à execução do atendimento sua comprovação se dará com a anexação do resultado à Ficha de Atendimento.

**APAC. Magnético** - é um sistema que tem por objetivo a digitação e armazenamento quanto autorização de procedimento de alto custo/complexidade, com vistas a agilizar seu processamento mensal. O processamento da produção é feito na Unidade, uma vez que este representa o instrumento formal para cadastrar paciente, coletar informações gerenciais e cobrança dos procedimentos e medicamentos realizados/ministrados.

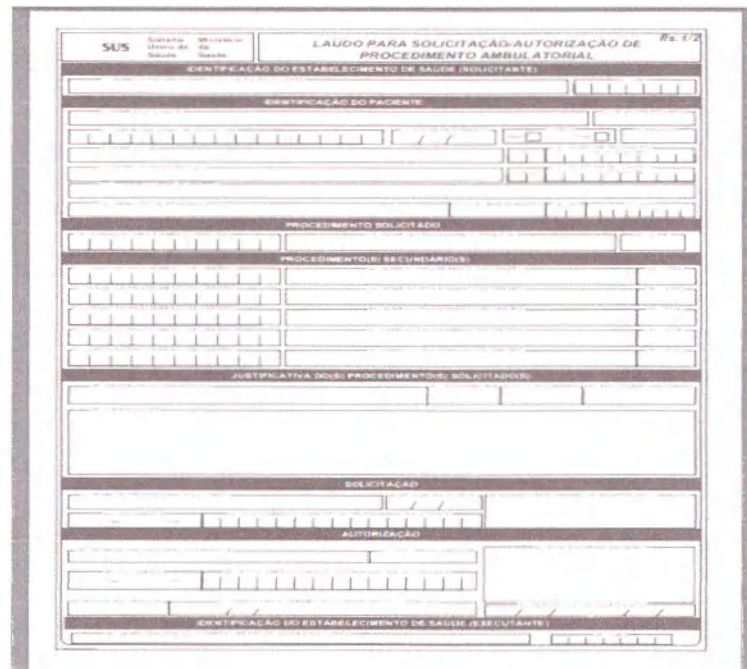
**APAC – Autorização de Procedimentos de Alto Custo**

**Relatórios** - Os relatórios das informações ambulatoriais fornecem como produtos de saída, importantes relatórios e podem ser classificados em acompanhamento da Programação Física Orçamentária, relatório de produção, relatório financeiro / pagamento utilizados para diversos fins. Procedimentos de Alta Complexidade, faz consolidação, valida o pagamento contra parâmetros orçamentários estipulados pelo próprio Gestor de saúde, antes de aprovar o pagamento. Mensalmente os gestores, além de gerar os valores devidos a sua rede de estabelecimentos, enviam ao DATASUS, uma base de dados contendo a totalidade dos procedimentos realizados em sua gestão. Também mensalmente o DATASUS gera arquivos para tabulação contendo estes atendimentos. Complementando as informações do sistema SIHSUS, fornece ao SAS/DRAC os valores do Teto de Financiamento a serem repassados para os gestores.

**4.8.1** O processamento é descentralizado no nível municipal e estadual, de acordo com a jurisdição e os dados são enviados ao nível nacional para consolidação.



090140



The form is titled 'LAUDO PARA SOLICITAÇÃO-AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL' and includes sections for: IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE), IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, PROCEDIMENTO SOLICITADO, PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S), JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S), SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO, and IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE).

Figura 39 - Modelo de LAUDO APAC

### SIA - relatórios

DATA DE EMISSÃO	DATA DE INSCRIÇÃO AMBULATORIAL	DATA DE INSCRIÇÃO	DATA DE INSCRIÇÃO	DATA DE INSCRIÇÃO
01/01/2017	01/01/2017	01/01/2017	01/01/2017	01/01/2017
02/01/2017	02/01/2017	02/01/2017	02/01/2017	02/01/2017
03/01/2017	03/01/2017	03/01/2017	03/01/2017	03/01/2017
04/01/2017	04/01/2017	04/01/2017	04/01/2017	04/01/2017
05/01/2017	05/01/2017	05/01/2017	05/01/2017	05/01/2017

Figura 40 - Modelo de SIA Relatórios

#### 4.9 - AIH – Autorização de Internação Hospitalar

4.9.1 O setor de faturamento hospitalar é extremamente complexo, o faturamento hospitalar é uma das funções de maior importância na Administração Financeira de um Hospital, traduz em moeda corrente, todas as operações de prestação de serviços assistenciais em saúde, materiais e medicamentos produzindo a conta hospitalar.

**Para internação:** urgência ou eletiva

**Durante a internação:** quando houver um novo procedimento que justifique







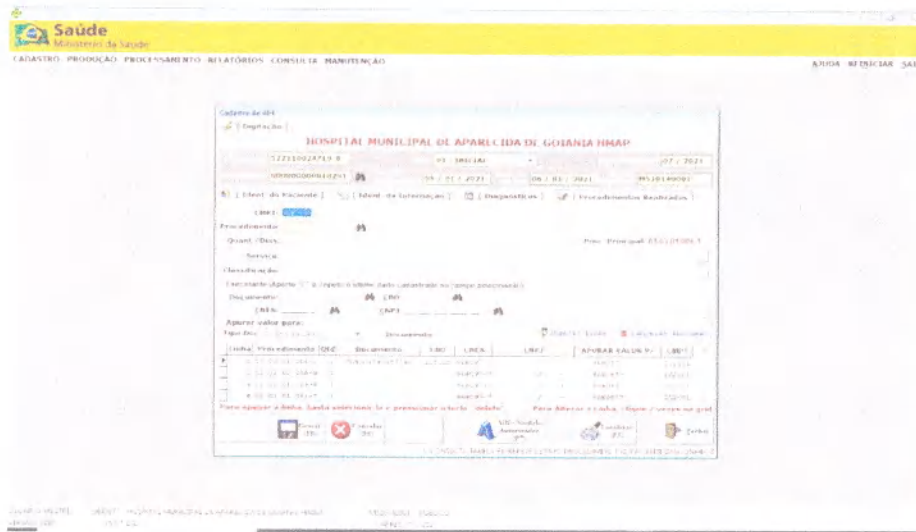


Figura 43 – Tabela cadastro AIII / Parte 2

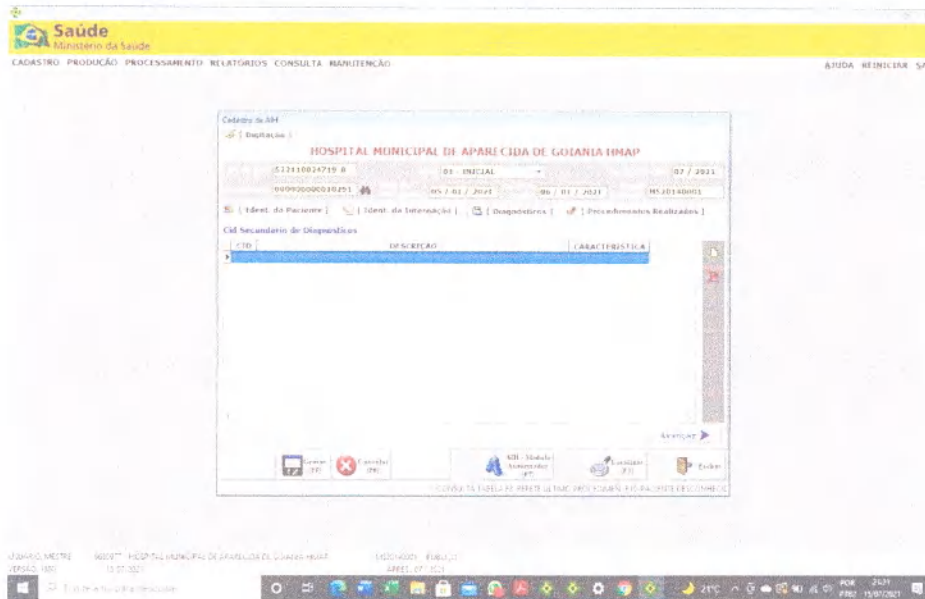


Figura 44 – Tabela cadastro AIII / Parte 3

#### 4.10 CONTROLE DE SISTEMA

- Sistema que proporcione informações que permitam obter os dados necessários ao processamento dos relatórios de faturamento
- Emitir as faturas de cobrança dos serviços prestados e relatórios de controle das faturas emitidas pendentes
- Fornecer a Administração através de dados estatísticos e relatórios, subsídios para a tomada de decisões e avaliações de desempenho da instituição
- Analisar os relatórios de faturas recebidas

000144

- Verificar as ocorrências de glosas ou rejeições
- Identificar as causas de glosas, providenciar as correções localizar documentos comprobatórios
- Reapresentar as contas passíveis de pagamento
- Relatório Demonstrativo de AIH's pagas por competência

#### 4.11 OPME – Órteses, Próteses e Materiais Especiais

São insumos utilizados na assistência à saúde e relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica, dispositivo de classificação para indicar dispositivos ou materiais, de alto valor utilizados em procedimentos médicos.

### 5. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

5.1 Para a realização do processo faturamento hospitalar o setor de faturamento deve executar as seguintes atividades:

Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Sigtap) disponível na página da internet.

Relatório de Frequência de Procedimentos – elaborar utilizando o programa Tabnet

Recolher diariamente os prontuários

Recolher documentos nos setores identificados para faturamento

*Codificação e produção em ordem crescente aos exames de laboratórios e de imagens.*

Acessar o sistema SISS e planilhas as informações. Esse processo é importante para garantir que os prontuários de todos os pacientes que entraram na unidade serão faturados.

Fazer o levantamento da produção diária de cada prontuário, preenchendo o checklist e a planilha de acompanhamento (criada na IV etapa).

Separar os prontuários que foram realizados com procedimentos individualizados – BPI (ex: sutura, curativo, troponina).

Analisar as informações coletadas na planilha e comparar ao do sistema SISS

Realizar as correções

Exportar as informações coletadas dos prontuários diariamente para o sistema COSMOS.

Realizar o lançamento dos procedimentos coletados no sistema BPA-I e BPA-C

Arquivar os prontuários em pastas separando-os de acordo com o dia para ser feito as respectivas auditorias.

O acompanhamento é realizado conforme a agenda da secretaria de saúde que prevê data de envio, prazo para análise, prazo para devolução das produções, data para reapresentação das produções e prazo para reprocessamento.

Expedir as faturas de cobrança dos serviços prestados (guias às operadoras);

Emitir relatórios de controle das faturas emitidas e pendentes;

Manter um sistema de controle que emita informações que permitam obter os dados necessários ao processamento dos relatórios de faturamento;

Analisar os relatórios de faturas recebidas;

144





000145

Verificar as ocorrências de glosas e identificar suas causas;

Providenciar as correções das glosas e localizar documentos comprobatórios;

Preparar os recursos de glosas às operadoras para correção e pagamento das mesmas;

Manter atualizados e organizados, pelo período de no mínimo cinco anos, os comprovantes dos serviços prestados, para atender às auditorias.

**5.2** O preenchimento e acompanhamento do CNES será realizado conforme as alterações em estrutura, quadro de funcionários e de contratações de serviços de apoio e seguirá o seguinte fluxo:

**Pessoal:** deve ser informado pelo departamento de Recursos Humanos, todas as alterações no quadro de pessoal, assim como a inscrição do profissional de saúde no CNES e o CBO referente.

**Equipamentos:** Deve ser informado pelo departamento de Patrimônio, todas as alterações no quantitativo dos equipamentos disponíveis na unidade. Os equipamentos que devem ser informados são os definidos através da lista do Ministério da Saúde.

**Estruturas:** Deve ser informado pelo Gerente Administrativo, todas as alterações referentes a estrutura, como ampliação de setores, alteração de salas e novas edificações.

**Serviços:** Deve ser informado pelo Gerente Administrativo, todas as alterações nos formatos de contratação de empresas de apoio ao serviço hospitalar, bem como as informações de CNES, CNPJ, Razão Social e Certidões de Regularidade.

#### 4.2.3.3 Apresentação de manual para orientação de Rotinas para Administração Financeira

O Manual de Rotinas para a Administração Financeira tem o objetivo de mostrar seus principais processos, atividades e tarefas de forma clara e objetiva.

A partir do conceito acima será apresentada proposta de manual de orientação de Rotinas para Administração financeira.

Todas as rotinas de Administração Financeira estão subordinadas à Diretoria Administrativa Financeira, e destina-se a gerenciar e responder pelas atividades inerentes aos Serviços de: Financeiro e Orçamento e Custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas institucionais para a realização dos trabalhos.

#### **Diretoria Administrativa Financeira**

Cumprir e executar todas as determinações do Manual de Gestão, substituir o Diretor Geral em seus impedimentos, dentro dos limites de delegação fixados. Preparar o expediente, as informações diárias e mensais e compilar os dados de que o Diretor Geral necessite para a tomada de decisões.

A Administração Financeira está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, financeiro, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

145



A Gerência Administrativa e Financeira, está subordinada à Diretoria Administrativa e Financeira, responsável pela gestão dos Serviços de Contas a Pagar e Receber, Tesouraria e Contabilidade, observando normas e diretrizes para a realização dos trabalhos.

À Gerência Administrativa e Financeira compete:

- Planejar, gerenciar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de finanças, de forma a estabelecer política de investimentos, através do controle do fluxo monetário da Unidade Hospitalar;
- Gerenciar, acompanhar e responder pelas atividades de pagamentos e recebimentos da Instituição;
- Gerenciar e garantir a preparação e escrituração dos documentos contábeis, de acordo com o plano de contas estabelecido e em consonância com a legislação contábil, fiscal, tributária e financeira em vigor;
- Gerenciar e acompanhar os processos de cobrança para faturamento, garantindo a representatividade das tabelas unitárias dos serviços; e
- Outras atividades correlatas.

A Gerência Administrativa e Financeira é exercida, por profissional legalmente habilitado e capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

A Gerência Administrativa Financeira executa suas atividades em conjunto com outras seis frentes de trabalho, assim divididas:

#### **Setor de Controladoria**

Este serviço terá como responsável profissional qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Financeira Administrativa, estruturado em quantas unidades forem necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. É responsável pela administração de recursos financeiros e medição do desempenho de sua aplicação na unidade hospitalar tendo por objetivo maximizar o valor da instituição e contribuir para a sua continuidade.

#### **Setor de Custos**

Este setor terá como responsável profissional contabilista qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Financeira Administrativa, estruturado para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Responsável por todas as movimentações possíveis de mensuração monetária e por todos os coeficientes de rateio dos serviços, setores e produtos comuns a toda Instituição Hospital, que registrados contabilmente, em seguida, em forma de relatórios (demonstrações financeiras), demonstrarão o resultado econômico decorrente da gestão da riqueza patrimonial, subsidiando os gestores com informações úteis.

#### **Setor de Suprimentos**

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Geral, estruturado para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Sua participação e a aplicação estão diretamente ligadas controle e manutenção dos estoques de materiais administrativos, medicamentos e correlatos, considerando sempre as necessidades e o consumo correspondente ao volume e atividade do Hospital.

#### **Setor de Recrutamento e Seleção**

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Geral, estruturado para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Sua participação e a aplicação estão diretamente ligadas ao recrutamento e seleção de pessoas, considerando sempre as necessidades organizacionais para captação de



000147

profissionais com competências mais adequadas ao exercício de determinada função no Hospital.

#### **Setor de Departamento Pessoal**

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Cuida exclusivamente das admissões, do pagamento e das demissões da mão de obra do Hospital, de acordo com a legislação trabalhista vigente.

#### **Setor Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina de Trabalho (SESMT)**

Este setor tem a finalidade de promover saúde e segurança ao colaborador no local de trabalho, realizando um monitoramento contínuo sobre as condições e de como são desenvolvidas as atividades, podendo assim aplicar medidas de proteção aos colaboradores. Terá como responsáveis profissionais devidamente qualificados, subordinados diretamente a Gestão de Pessoas, seguindo Normativas Regulamentadoras pertinentes ao setor.

Adotamos a premissa de uma gestão orçamentária que visa apresentar qual a performance econômica e financeira é esperada pelos clientes internos e externos que se interessam pelo resultado. Possibilitando assim nos anteciparmos a eventuais imprevistos que possam impactar o caixa da entidade, dando segurança ao Conselho de Administração sobre a gestão do caixa.

Por se tratar de uma Organização Social, o plano orçamentário econômico (DRE Projetada) e financeiro (Fluxo de Caixa Projetado) deve seguir as premissas estabelecidas na precificação dos contratos de gestão, evidenciando se o cronograma de gastos se realizou conforme previsto. Isso possibilita a entidade a se embasar no caso de reajuste de fornecedores ou mudanças de premissas ao solicitar reequilíbrio dos contratos, assim como no caso de haver superavit, investir em melhores condições de trabalho e estrutura para seus colaboradores.

#### **4.2.3.4 Apresentação de Manual de Rotinas Administrativas para a gerência de Almoxarifado**

A rotina da gerência de Almoxarifado é pautada no recebimento e guarda de produtos, acompanhamento do estoque, liberação de produtos mediante requisição dentre outras atividades.

A partir do exposto, segue proposta de manual de rotinas administrativas para a gerência de Almoxarifado.

Modo de aquisição de materiais e medicamentos:

O procedimento de compras ou contratação terá início com a elaboração da solicitação de compras e deverá conter no mínimo as seguintes informações:

- descrição detalhada do bem, da obra ou do serviço;
- especificações técnicas;
- quantidade e forma de apresentação;
- justificativa da compra ou contratação;

147



090148

Parágrafo único - É vedada a indicação de marca ou modelo de determinado fabricante; exceto quando se utilizar a marca como paradigma de qualidade da compra ou quando se tratar da identificação de um equipamento, cuja manutenção ou peças de reposição constituam o objeto da despesa pretendida.

Art. 5º. Todos os processos seletivos de compras e contratações deverão ser amplamente divulgados e publicados no sítio do IBGH sendo acessíveis ao público.

Parágrafo primeiro - O IBGH dará publicidade prévia da compra, contratação e alienação, por meio de publicação nos seguintes canais de comunicação, no prazo mínimo de 03 (três) dias úteis para aquisições/contratações comuns e no mínimo 05 (cinco) dias úteis para aquisições/contratações complexas e/ou de grande vulto:

- I. Sítio do IBGH na internet, para todas as aquisições, contratações e alienações, incluídas aquelas que forem realizadas por meio de plataforma eletrônica de compras;
- II. Jornal de grande circulação ou no Diário Oficial do Município de Aparecida de Goiânia, para compras e contratações cujo valor estimado esteja acima de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), considerado o valor total da aquisição, da contratação ou da alienação.

Parágrafo segundo - Fica resguardado o direito do IBGH em utilizar dos meios de publicação aqui descritos, mesmo quando não estiver obrigado.

Parágrafo terceiro - Havendo publicação em mais de um canal acima descrito, a contagem de prazo se dará a partir daquela que ocorrer por último.

Parágrafo quarto - Em todas as hipóteses elencadas nos incisos I e II do parágrafo primeiro, deverão ser disponibilizadas no sítio eletrônico na internet do IBGH ou da Unidade gerenciada as versões integrais dos Editais (ou documentos que os substituam) das aquisições e contratações a serem realizadas.

Art. 6º - Não será exigida a publicação prévia em qualquer meio de comunicação quando se tratar das seguintes situações:

- I. Por valor: Nas aquisições de bens, materiais, e contratações de serviços cujo valor não exceda R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais), considerado o valor total da aquisição e/ou contratação;
- II. Emergência: Nas compras ou contratações realizadas em caráter de urgência ou emergência, caracterizadas pela ocorrência de fatos inesperados e imprevisíveis ou por necessidade de contratação de serviços essenciais para início das atividades previstas no contrato de gestão, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando em prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas, pacientes ou equipamentos, desde que limitadas a exata proporção para o atendimento da situação pontual;
- III. Especificidade: Na contratação de empresa especializada ou profissional de notória especialização, bem como os serviços de assessoria e consultoria jurídica, assessoria de comunicação, e outros assim declarados pela presidência;
- IV. Exclusividade: Quando o fornecedor for exclusivo para o objeto da compra ou contratação, desde que comprovada a exclusividade, através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio local, pelo Sindicato ou equivalente, ou ainda por declaração do fabricante, vedada a preferência de marca;
- V. Ausência de interessados: Quando não houver interessados à seleção anterior devidamente publicada nos termos do artigo 5º e esta, justificadamente, não puder ser repetida sem prejuízo para o objeto do contrato de gestão, mantidas, neste caso, todas as condições preestabelecidas;
- VI. Padronização: Atender ao princípio da padronização, que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho, observadas, quando for o caso, as condições de manutenção, assistência técnica e garantia oferecidas, devidamente justificadas;



000149

VII. Entidades paraestatais, sem fins lucrativos e organizações sociais. Nesses casos, a contratação somente poderá ocorrer se houver uma correspondência entre as atividades-fim de tais entidades com aquelas elencadas no contrato de gestão.

Parágrafo primeiro - Nas hipóteses dos incisos IV, VI e VII, deste artigo, a empresa contratada deverá comprovar a compatibilidade do preço praticado no mercado, por meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes, com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

Parágrafo segundo - As compras ou contratações realizadas com fundamento nos Incisos I, II, e V, deste artigo, serão realizadas por meio de pesquisa de mercado, mediante cotação de preços, sempre que possível junto a, no mínimo, 03 (três) interessados, podendo essa ser realizada por telefone, e-mail ou orçamentos, devidamente registrada no respectivo processo de compras/contratação.

Parágrafo terceiro - Na hipótese do inciso III aplicar-se-á a regra do parágrafo primeiro ou do parágrafo segundo nos termos definidos no ato de solicitação da contratação, com vigência máxima de até 180 dias.

Art. 7º - Os resultados de todas as compras, contratações de obras e serviços, e as alienações serão disponibilizados no sítio do IBGH, durante a vigência do contrato de gestão, e deverão conter no mínimo:

- I. Nos casos de ordem de compra:
  - a. Nome da empresa;
  - b. CNPJ;
  - c. Descrição do item;
  - d. Quantidade do item;
  - e. Valor por item;
  - f. Valor Total.
  
- II. Nos casos de Contrato:
  - a. Nome da empresa;
  - b. CNPJ;
  - c. Objeto do contrato;
  - d. Vigência do contrato;
  - e. Valor mensal;
  - f. Valor Total.

Parágrafo Único - Além das informações elencadas no inciso II deste artigo, todos os contratos (e seus aditivos) firmados deverão ser publicados, na sua íntegra, no sítio eletrônico do IBGH ou da Unidade gerenciada.

Art. 8º. A modalidade do processo seletivo será definida com base nos seguintes critérios:

- I. Carta Cotação sem publicação prévia: para as aquisições com os valores estimados de até R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por operação de compras e prestação de serviços, obrigando-se apenas a publicação do resultado no sítio do IBGH e Unidade gerenciada;
- II. Carta Cotação com publicação prévia:
  - a. Quando se tratar de contratação de serviços, aquisições de materiais, produtos e bens com os valores estimados entre R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) e R\$ 176.000,00 (cento e setenta e seis mil reais) por operação;
  - b. Quando se tratar obras e serviços de engenharia com os valores estimados entre R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) e R\$ 330.000,00 (trezentos e trinta mil reais) por operação.

III. Edital:

149



000150

- a. Quando se tratar de contratação de serviços, compras de materiais, produtos e bens com os valores estimados acima de R\$ 176.000,00 (cento e setenta e seis mil reais), por operação;
- b. Quando se tratar de contratações de obras e serviços de engenharia com os valores estimados acima de R\$ 330.000,00 (trezentos e trinta mil reais).

Parágrafo primeiro - As condições de participação, prazos, documentos a serem apresentados, requisitos e formas de apresentação da proposta, critérios de julgamento, regras recursais, dentre outras disposições constarão no edital do processo seletivo.

Parágrafo segundo - Todas as modalidades de processos seletivos acima definidas poderão resultar em Chamamento de Registro de Preços, desde que exista no instrumento convocatório previsão para este tipo de ajuste, bem como as regras do mesmo.

Art. 9º - O IBGH selecionará a proposta mais vantajosa, 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 outros, os seguintes aspectos:

- I. Atendimento ao princípio da padronização;
- II. Custos de transporte seguro até o local da entrega;
- III. Forma de pagamento;
- IV. Prazo e condições de entrega até a unidade solicitante;
- V. Credibilidade mercadológica da empresa proponente;
- VI. Disponibilidade de serviços;
- VII. Quantidade e qualidade do produto;
- VIII. Assistência técnica e reposição de peças;
- IX. Garantia dos produtos/serviços;
- X. Faturamento mínimo;
- XI. Prazo de validade;
- XII. Durabilidade do produto/serviço;
- XIII. Economia na execução, conservação e operação;
- XIV. Adoção das normas técnicas de saúde e de segurança do trabalho;
- XV. Impacto ambiental;
- XVI. As condições de guarda e armazenamento que não permitam a deterioração do bem;
- XVII. Outros, excepcionalmente, identificados como relevantes para a decisão, desde que previamente publicados na carta cotação e devidamente fundamentado no processo de compra/contratação.

Art. 10º - Para que determinado concorrente seja qualificado como possível fornecedor/prestador, será necessária a apresentação de documentos legais abaixo relacionados, que deverão ser encaminhados para o IBGH:

- I. Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ;
- II. Última alteração do Contrato ou Estatuto Social, desde que devidamente consolidada, ou Contrato e Estatuto de Constituição acompanhado da última alteração contratual (somente quando houver a necessidade de formalização de contrato);
- III. Documentos pessoais dos sócios ou dirigentes (RG e CPF);
- IV. Procuração e documentos pessoais (RG e CPF) para o representante da contratada, quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato;
- V. Inscrição Estadual ou declaração de isento;
- VI. Inscrição Municipal ou declaração de isentos, no caso de obras e serviços;
- VII. Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante Certidão Conjunta de débitos relativos a Tributos Federais e da Dívida Ativa da União, que abranja inclusive a regularidade relativa às contribuições previdenciárias e sociais;

150



000151

- VIII. Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos estaduais (ICMS) do Estado de Goiás;
- IX. Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal, por meio de Certidão Negativa de Débitos relativos a tributos municipais do município sede da proponente, em caso de obras e serviços;
- X. Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio de Certificado de Regularidade Fiscal (CRF);
- XI. Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho.

Parágrafo único - Pode-se dispensar a exigência de regularidade fiscal nas seguintes hipóteses, desde que devidamente justificadas:

- I. Aquisição e prestação de serviços até o limite de R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais), por operação; desde que previamente aprovado pela Administração Pública do Município em até 2 dias úteis, caso não haja manifestação dentro do prazo estipulado considerar-se-á aprovado tacitamente;
- II. Nas hipóteses de inviabilidade de competição e/ou na inexistência de outros na localidade.

Art. 11º - A ordem de compra, o contrato ou chamamento de registro de preços celebrados com o fornecedor encerram o procedimento de compras, devendo reproduzir fielmente todas as condições estabelecidas no procedimento de compras/contratação.

Parágrafo único - O instrumento contratual será dispensado quando o fornecimento/prestação não gerar qualquer obrigação futura, podendo ser substituído por autorização de fornecimento.

Art. 12º - Em caso de inexecução total ou parcial das obrigações inerentes aos fornecedores/prestadores o IBGH poderá, garantida a prévia defesa, aplicar as seguintes sanções:

- I. Advertência;
- II. Multa, em caso de contrato;
- III. Suspensão temporária de participação em outros processos seletivos por no máximo 06 (seis) meses, desde que já tenha havido a aplicação da sanção prevista no inciso I por pelo menos duas vezes.

Modo de recebimento, guarda e distribuição de medicamentos e produtos nos setores.

Recebimento dos medicamentos e produtos:

Receber comunicação do Setor de Compras, contendo os números das Ordens de Compras liberadas, e repassá-las aos almoxarifes para o recebimento dos produtos.

Contatar os fornecedores das Ordens de Compras liberadas para recebimento com atraso igual ou superior a 07 dias para cobrar a entrega dos produtos. Anotar, em planilha eletrônica em separado, a data acertada para entrega e o nome da pessoa contatada.

Nos casos em que o fornecedor informar, de imediato, que não será possível realizar a entrega do produto, proceder o cancelamento da Ordem de Compra.

Realizar o procedimento de cancelamento das ordens de compra, nos casos em que mesmo após o contato realizado, o fornecedor não realizou a entrega dos produtos na data informada.

Receber os materiais de segunda-feira a sexta-feira das 14:00h às 17:00h, exceto para mercadorias entregues via transportadora ou produtos considerados imprescindíveis para a Instituição, que poderão ser recebidas também no período das 08:00h às 12:00h.

Em casos emergenciais ou dependendo da importância da aquisição do produto adquirido, este poderá ser recebido em horário noturno ou em final de semana.

Conferir no ato da entrega dos produtos/medicamentos, a Ordem de Compra ou contrato com os produtos recebidos e a nota fiscal. Verificar a quantidade, valor unitário e total, marca, o lote, a validade dos produtos, a inviolabilidade das embalagens, a descrição dos produtos, os dados

151

000152

da unidade e do Fornecedor (Razão Social, CNPJ, Inscrição Estadual, endereço completo, frete e data de pagamento). Se houver qualquer divergência, tomar as devidas providências junto ao fornecedor.

Registrar no ato do recebimento de produtos / medicamentos que necessitam de refrigeração, através de termômetro a laser, a leitura da temperatura destes, bem como realizar o preenchimento na Ficha de recebimento de medicamentos e reagentes do laboratório.

Receber os produtos juntamente com o responsável do setor solicitante ou profissional que utilizará o produto, quando for produto novo ou de uso específico do setor.

No caso de produto novo ou de uso específico, colher ateste do setor que utilizará o produto e no caso de produto usual atestar a nota fiscal.

Dar entrada na nota fiscal no sistema operacional, avaliar o fornecedor, emitir via no sistema informatizado.

Após o recebimento de todos os produtos de cada Ordem de Compra, enviar o processo para arquivo. Nos casos de contratos, o arquivamento deverá ser efetivado apenas após a expiração do contrato.

Armazenamento/ Controle de estoque:

Armazenar os produtos/medicamentos recebidos armazenando os produtos de modo que os de data mais próxima de vencimento fiquem à frente dos demais e observando as orientações de armazenamento do fabricante de cada produto.

Quando se tratar de produto termolábil (material para o laboratório de análises clínicas, medicamento etc.), armazená-lo de acordo com o item 01 e conferir 03 vezes ao dia a temperatura da geladeira anotando-as no formulário de Controle de temperatura da Geladeira.

Deverá ser observada a seguinte ordem cronológica de armazenamento:

- 1º Produtos Termolábeis;
- 2º Medicamentos;
- 3º Material Médico Hospitalar;
- 4º Demais materiais (escritório, manutenção, limpeza etc.)

Acompanhamento dos prazos de validade:

Emitir, todo o 1º dia útil de cada mês, relatório via sistema operacional, considerando como filtros o almoxarifado / satélite em que está exercendo suas atividades, e o período de 60 dias do dia da emissão do relatório.

No caso dos almoxarifados plantonistas, considerar também os carrinhos de emergência que estão ligados ao seu satélite.

Para cada um dos itens que forem listados no relatório, analisar se o mesmo será consumido antes do prazo de seu vencimento, considerando seu histórico de consumo, bem como avaliar a possibilidade de transferência para outros almoxarifados.

Atendimento de solicitações de bens de consumo

Receber a solicitação de produtos no sistema operacional, analisar os itens solicitados e caso haja itens diferentes dos usualmente utilizados pelo setor solicitante ou que tenham tido dispensação recente e que a solicitação, aparentemente não se justificar, repassar o caso ao Encarregado de Almoxarifado ou ao Supervisor de Almoxarifado para decisão quanto a liberação do material.

152



000153

Dispensar os bens de consumo seguindo os horários preconizados para os setores, que serão realizados de segunda-feira a sexta-feira das 08:00 às 10:00h para as solicitações e das 10:00h às 14:00h para a retirada dos materiais.

Conferir a lista de produtos/medicamentos solicitados pelo sistema operacional e separá-los, observando o estado de conservação e data de validade, sendo que deverá ser dada prioridade de dispensação aos produtos com menor prazo de validade.

Dar baixa nos estoques dos produtos / medicamentos solicitados no sistema operacional e em seguida emitir (imprimir) o documento de saída para o setor

Entregar os produtos para o colaborador do setor solicitante, colher assinatura e número de matrícula do mesmo, na folha impressa da solicitação atendida.

Arquivar em pasta específica, os documentos de saída por setor, que será eliminado após três meses da emissão do mesmo.

#### 4.2.3.5 Apresentação de Manual de Rotinas Administrativas para a gerência de Patrimônio

Regulamentar o procedimento interno estabelecendo normas e disposições necessárias para Administração do Patrimônio representado pelos Bens Permanentes que integram o ativo imobilizado.

O patrimônio é o objeto administrado que serve para propiciar às entidades a obtenção de seus fins. Para que um patrimônio seja considerado como tal, este deve atender a dois requisitos:

- a) o elemento ser componente de um conjunto que possua conteúdo econômico avaliável em moeda; e
- b) exista interdependência dos elementos componentes do patrimônio e vinculação do conjunto a uma entidade que vise alcançar determinados fins.

Ações gerais da área de patrimônio:

- a) Gerenciamento de Bens: Conscientização do usuário; Divulgação de procedimentos;
- b) Atualização de dados no Sistema de Gestão; Propostas de melhorias;
- c) Realocação de bens à disposição; Transferência de bens;
- d) Baixa de bens;
- e) Realização de levantamento físico/inventário patrimonial.
- f) Incorporação\Registro de Bens;
- g) Recebimento da documentação pertinente à incorporação dos bens; Cadastramento dos bens no Sistema de Gestão;
- h) Emissão do termo de responsabilidade;

153



000154

- i) Identificação física do bem, com a fixação de etiqueta patrimonial (ou gravação), observada a padronização da etiqueta de código de barras, gerada pelo Sistema de Gestão;
- j) Tipo de Incorporação/Registro de Bens;
- k) Incorporação de animais;
- l) Registros de Bens de Terceiros (comodato);

#### Importância do controle patrimonial

A importância do controle patrimonial nas instituições, tanto públicas quanto privadas, dizem respeito principalmente à grande imobilização financeira decorrente da aquisição do parque instalado e da massa de custos adicionais decorrentes desses bens.

A estrutura básica deste manual segue a estrutura de atividades relativas ao controle patrimonial, quais sejam: tombamento, transferência, movimentação, baixa e inventário. Em cada tópico são abordados aspectos conceituais, legislação e procedimentos a serem adotados em sua execução.

#### Aspectos conceituais e de organização do controle patrimonial

As operações inerentes ao controle patrimonial estão amparadas na seguinte legislação: Instrução Normativa número 205/88 da Sedap – que é o principal instrumento que rege o controle de material, tanto de consumo, quanto permanente, na Administração Pública Federal. Nela estão descritas as principais atividades a serem desenvolvidas pelos órgãos componentes da Administração Pública Federal, abordando os temas:

Aquisição Racionalização Recebimento e aceitação Armazenagem Requisição e distribuição Carga e descarga Saneamento de material Controles

Renovação de estoque Movimentação e controle Inventários físicos Conservação e recuperação

Responsabilidade e indenização Cessão e alienação.

#### Controle Patrimonial

O controle patrimonial se dá através do registro adequado de todos os bens móveis, adquiridos por recursos orçamentários e não orçamentários, que estão à disposição da Instituição para a realização de suas atividades.

Para a eficácia do controle patrimonial é fundamental a atualização constante dos registros de entrada, atualização, movimentação e saída de bens do acervo patrimonial.

A operação de entrada é realizada através do Tombamento, as alocações internas são realizadas através da Transferência e da Movimentação, e a operação de saída é realizada através da Baixa de bens.

Visando preservar a qualidade das informações, todo bem permanente deverá ser identificado individualmente, estar vinculado a um local específico e sob a responsabilidade de um colaborador.

A verificação dessas informações, bem como da qualidade do serviço realizado pelo Serviço de Patrimônio, é realizada através dos Inventários.





000155

Deve ser controlado todo acervo da Instituição, seja de bens móveis ou imóveis, assim como todo bem não pertencente ao acervo, mas colocado à sua disposição para consecução dos objetivos institucionais (bens em comodato).

#### Material Permanente

De acordo com o dicionário, patrimônio é “o conjunto de bens, direitos e obrigações economicamente apreciáveis, pertencentes a uma pessoa ou empresa” (Dicionário Houaiss da Língua portuguesa, p. 2151).

*Para efeito deste manual, a referência a patrimônio deve ser entendida como sendo o conjunto de bens móveis, também denominados, materiais permanentes.*

A Instrução Normativa 205/88 da Sedap define material como:

“... designação genérica de equipamentos, componentes, sobressalentes, acessórios, veículos em geral, matérias primas e outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades das organizações públicas federais, independentemente de qualquer fator, bem como aquele oriundo de demolição ou desmontagem, aparas, acondicionamentos, embalagens e resíduos economicamente aproveitáveis” (item 1).

A Lei n.º 4.320, art. 15, § 2º, de 17 de março de 1964 define como material permanente aquele com duração superior a dois anos.

O Art. 3º da Portaria nº 448, de 13/09/2002, da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda, define a adoção de cinco condições excludentes

para a identificação do material permanente, sendo classificado como material de consumo *aquele que se enquadrar em um ou mais itens dos que se seguem:*

- Durabilidade - quando o material em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de dois anos;
- Fragilidade – material cuja estrutura esteja sujeita a modificação, por ser quebradiço ou deformável, caracterizando-se pela irrecuperabilidade e/ou perda de sua identidade;
- Perecibilidade – material sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou que se deteriora ou perde sua característica normal de uso;
- Incorporabilidade - quando destinado à incorporação a outro bem, não podendo ser retirado sem prejuízo das características do principal;
- Transformabilidade - quando adquirido para fim de transformação.

Verificadas as condições acima citadas, devem ser analisados, por fim, mais dois parâmetros que complementam a definição final da classificação:

A relação custo de aquisição/custo de controle do material, como previsto no item 3.1 da IN N° 142 DASP (Departamento Administrativo do Serviço Público), que determina, nos casos dos materiais com custo de controle maior que o risco da perda do mesmo, que o controle desses bens seja feito através do relacionamento do material (relação-carga) e verificação periódica das quantidades. De um modo geral, o material de pequeno custo que, em função de sua finalidade, exige uma quantidade maior de itens, redundando em custo alto de controle, devendo ser, portanto, classificado como de consumo;

155

000156

Se o bem está sendo adquirido especificamente para compor o acervo patrimonial da Instituição. Nestas circunstâncias, este material deve ser classificado sempre como um bem permanente.

Além disso, é importante frisar que a classificação do bem, para efeito de sua inclusão no sistema de controle patrimonial, deve ser coerente com a adotada no respectivo processo de aquisição.

#### Número Patrimonial

*Todo bem componente do acervo patrimonial deve ser identificado individualmente no momento do seu tombamento.*

Essa identificação consiste na atribuição de um número patrimonial exclusivo e deve permitir aos agentes do controle patrimonial coletar informações relativas à localização, estado de conservação, situação desse bem face ao acervo, bem como o responsável por sua guarda e conservação.

#### Termo De Responsabilidade

A IN 205/88, em seu item 7.11 nos apresenta que:

“Nenhum equipamento ou material permanente poderá ser distribuído à unidade requisitante sem a respectiva carga, que se efetiva com o competente Termo de Responsabilidade, assinado pelo consignatário...”.

Os Termos de Responsabilidade devem ser emitidos pelo Serviço de Patrimônio, em duas vias, e assinados pelo Responsável pela Guarda e Conservação do bem e pelo Gestor do Patrimônio. Uma via será arquivada na Seção de Patrimônio da Unidade e a outra será entregue ao signatário.

Os Termos de Responsabilidade serão emitidos sempre que ocorrer: Tombamento de bens;

Mudança de responsável pela guarda de bens; Mudança de localização de bens; e Renovação anual.

#### Operação Patrimonial

As operações patrimoniais consistem no registro de entrada, movimentações e saída de bens do acervo da Instituição.

A entrada de material permanente é denominada Tombamento.

A alteração da localização de bens na instituição denomina-se Movimentação, quando não há troca pela responsabilidade por sua guarda, ou Transferência, quando há a transferência de posse e guarda para um novo responsável.

A saída do bem do acervo patrimonial é denominada Baixa, é sempre resultado de processo apropriado que a justifique e deve ser sempre autorizada pela Diretoria Administrativa Financeira.

É importante salientar que o registro patrimonial tem sua correspondência no balanço financeiro da instituição, representando recursos imobilizados.

#### Tombamento

Tombamento é o processo de inclusão (entrada) de um bem permanente no sistema de Gestão Patrimonial da instituição. Isso significa dizer que o bem que entra no acervo da Instituição, apresentará igualmente um aporte de recursos no balanço patrimonial.

Por interferir no balanço patrimonial, essa operação é atribuição exclusiva do responsável pelo controle patrimonial da Instituição.

156



000157

O tombamento deve ser realizado sempre no momento em que o bem entra fisicamente na Instituição e é colocado em uso, envolve desde o lançamento dos bens no Sistema de Gestão Patrimonial até a assinatura e arquivamento dos Termos de Responsabilidade.

#### Modalidades De Tombamento

##### a) Aquisição

É a modalidade de tombamento realizada quando o bem é adquirido através de recursos orçamentários ou extraorçamentários.

##### b) Comodato e Cessão

Comodato e Cessão são denominações dadas ao empréstimo gratuito de um bem permanente que deve ser restituído após determinado prazo.

O Comodato é o empréstimo realizado entre a Instituição e empresas privadas, enquanto a Cessão é o empréstimo entre a Instituição e outros.

Como a posse do bem não pertence à Instituição, um bem tombado por comodato não tem seu valor adicionado ao montante de entradas no acervo patrimonial da Instituição.

Quando ocorrer o retorno do bem ao seu proprietário, deverá ser realizada uma baixa por devolução. Caso o bem seja doado definitivamente à Instituição o comodato deverá ser alterado para Doação, através do Termo de Doação.

#### Responsabilidades Pela Gestão Dos Bens Públicos

##### São Responsáveis Pela Gestão Dos Bens Públicos:

- as unidades de controle patrimonial;
- o Setor de Patrimônio (ou assemelhado);
- o detentor da carga patrimonial (Gestor); e os usuários (colaboradores).

É importante colocar que o dirigente do órgão também é responsável pela gestão dos bens públicos, uma vez que este pode responder perante as unidades de controle patrimonial integrantes do sistema de controle interno e externo do ente estatal, quanto a possíveis irregularidades apuradas no patrimônio público sob sua responsabilidade.

#### Atribuições do gestor de controle patrimonial

##### São atribuições do Gestor de controle patrimonial:

- a) coordenar e supervisionar o registro para controle do patrimônio móvel e imóvel;
- b) respeitar as regras da contabilidade de forma a possibilitar a administração dos bens permanentes durante toda sua vida útil;
- c) orientar os procedimentos quanto ao registro, controle e zelo pelo bem patrimonial, observando-se a legislação vigente;
- d) orientar o procedimento quanto ao recolhimento e baixa dos bens inservíveis;
- e) coordenar e supervisionar os serviços de recebimento, conferência, guarda e distribuição de bens permanentes reutilizáveis no âmbito do Instituição;
- f) efetuar auditorias patrimoniais dos bens móveis de caráter permanente; emitir relatórios apontando para a alienação de bens;



000158

- g) instituir e coordenar rotinas de manutenção e recuperação de bens móveis; e definir
- h) a redistribuição dos equipamentos adquiridos e recebidos pela Instituição.

#### Atribuições do serviço de patrimônio

- efetuar a identificação patrimonial, através de plaquetas (metálicas ou adesivas altamente colantes), fixadas nos bens móveis de caráter permanente;
- extrair, encaminhar e controlar os Termos de Responsabilidade dos bens móveis dos diversos centros de responsabilidade da Instituição;
- extrair e encaminhar Termos de Responsabilidades aos Gestores, sempre que necessário;
- registrar as transferências de bens quando ocorrer mudança física dos mesmos ou quando houver alterações do responsável;
- instruir processos 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 as normas da Instituição.

#### Atribuições Do Detentor Da Carga Patrimonial

Considera-se responsável por uso, guarda e conservação dos bens de natureza permanente todo e qualquer colaborador investido de função de direção/chefia (ou congênere) cuja atribuição peculiar será a responsabilidade pela gestão patrimonial dos bens colocados à sua disposição.

- a. assumir a responsabilidade pelos bens que estão destinados ao seu uso ou do setor que está sob sua chefia ou direção;
- b. comunicar ao Setor de Patrimônio qualquer movimentação dos bens sob a sua responsabilidade;
- c. comunicar, imediatamente, a quem de direito, qualquer irregularidade ocorrida com o material entregue aos seus cuidados; e
- d. nos impedimentos legais temporários (férias, licenças, afastamentos etc.), informar o nome do seu substituto ao Setor de Patrimônio para que a ele seja atribuída à responsabilidade provisória pela guarda do bem.
- e. todo colaborador, ao ser desvinculado do cargo, função ou emprego, deverá passar a responsabilidade do material sob sua guarda a outrem, salvo em caso de força maior, quando:
- f. impossibilitado de fazer pessoalmente a passagem de responsabilidade do material, poderá o colaborador delegar a terceiros essa incumbência.

#### Responsabilidades dos usuários no uso de bens patrimoniais

Os colaboradores deverão ser responsáveis pelos bens que estão sob seu uso e/ou guarda, competindo a estes:

- a) conservar os bens do acervo patrimonial, ligar, operar e desligar os equipamentos conforme as recomendações e especificações de seu fabricante;
- b) adotar e propor à chefia imediata providências que preservem a segurança e conservação dos bens móveis existentes em seu setor;
- c) manter os bens de pequeno porte em local seguro;

158



000159

- d) comunicar à chefia imediata, o mais breve possível, a ocorrência de qualquer irregularidade envolvendo o patrimônio do setor, providenciando, em seguida, a comunicação por escrito; e
- e) apoiar os colaboradores do Serviço de Patrimônio na realização de levantamentos e inventários ou na prestação de qualquer informação sobre bem em uso no seu local de trabalho.

todo colaborador poderá ser chamado à responsabilidade pelo desaparecimento do material que lhe for confiado, para guarda e uso, bem como pelo dano que dolosa ou culposamente, causar a qualquer material que esteja ou não sob sua guarda.

cabe, portanto, a todos os usuários nos diversos níveis da Instituição, a responsabilidade de zelar, guardar, conservar e informar qualquer movimentação ou irregularidade com o bem permanente, permitindo ao Serviço de Patrimônio manter os seus registros atualizados.

Os colaboradores temporários (quando houver) não poderão ter sob sua guarda, bens patrimoniais, salvo por motivo de força maior devidamente justificado e apresentado ao Serviço de Patrimônio. Nesses casos, os equipamentos por eles utilizados serão de responsabilidade da chefia do setor, não estando os mesmos isentos das responsabilidades sobre o bem patrimonial.

Por bens de natureza permanente entende-se o conjunto dos bens móveis com vida útil superior a dois anos, e imóveis que, quando postos em uso, não estão sujeitos a danificações imediatas.

Assim, os bens móveis classificados como permanentes são aqueles que:

possuem vida útil superior a dois anos (art. 15, § 2º da Lei Federal nº 4.320/64);

em razão da utilização, não perdem a identidade física;

os materiais que apresentarem baixo valor monetário, baixo risco de perda e alto custo de controle patrimonial devem preferencialmente ser considerados como materiais de consumo.

sua rotatividade não dificulta a atribuição de responsabilidade.

Deve-se observar que todos os bens de natureza permanente adquiridos devem ser cadastrados em sistema próprio de gerenciamento visando ao controle e à gestão dos bens patrimoniais de forma a:

registrar as incorporações e baixas dos bens existentes; registrar e informar a localização dos bens, bem como controlar; controlar a movimentação de bens;

permitir a obtenção de informações gerenciais; registrar os responsáveis pelos bens; e emitir relatórios dos bens em cada centro de responsabilidade. A gestão do patrimônio envolve as seguintes fases:

recebimento e aceite; tombamento;


incorporação (ou escrituração); movimentação; e

desfazimento (desincorporação, baixa).

Tombamento dos bens patrimoniais:

O recebimento dos bens móveis pelo Serviço de Patrimônio inicia-se pela conferência física dos bens pelos seus colaboradores.

O tombamento consiste na formalização da inclusão física de um bem patrimonial no acervo da Instituição, com a atribuição de um único número por registro patrimonial. Pelo tombamento aplica-se uma conta patrimonial do Plano de Contas do hospital a cada material, de acordo com a finalidade para a qual foi adquirido. O valor do bem a ser registrado é o valor constante do respectivo documento de incorporação (valor de aquisição).





000160

**Marcação física:**

Caracteriza-se pela aplicação, no bem, de plaqueta de identificação, por colagem ou rebatimento, a qual conterá o número de registro patrimonial.

**Fixação de plaqueta**

Na colocação da plaqueta deverão ser observados os seguintes aspectos:

- local de fácil visualização para efeito de identificação por meio de leitor óptico, preferencialmente na parte frontal do bem;
- evitar áreas que possam curvar ou dobrar a plaqueta ou que possam acarretar sua deterioração;
- evitar fixar a plaqueta em partes que não ofereçam boa aderência, por apenas uma das extremidades ou sobre alguma indicação importante do bem.
- os bens patrimoniais recebidos sofrerão marcação física antes de serem distribuídos aos diversos centros de responsabilidade da Instituição. Os bens patrimoniais cujas características físicas ou a sua própria natureza impossibilitem a aplicação de plaqueta também terão número de tombamento, mas serão marcados e controlados em separado.
- caso o local padrão para a colagem da plaqueta seja de difícil acesso, como, por exemplo, nos arquivos ou estantes encostadas na parede, que não possam ser movimentados devido ao peso excessivo, a plaqueta deverá ser colada no lugar mais próximo ao local padrão.
- Em caso de perda, descolagem ou deterioração da plaqueta, o responsável pelo setor onde o bem-estar localizado deverá comunicar, impreterivelmente, o fato ao Serviço de Patrimônio.

**Dados necessários ao registro dos bens móveis**

A seguir são elencados, dados necessários ao registro dos bens no sistema de gestão do patrimônio:

- número do tombamento; data do tomo;
- descrição padronizada do bem (descrição básica pré-definida em um sistema de patrimônio);
- *marca/modelo/série (também pré-definidos em um sistema de patrimônio); características (descrição detalhada);*
- valor unitário de aquisição (valor histórico); agregação (acessório ou componente);
- forma de ingresso (compra, fabricação própria, doação, permuta, cessão, outras);
- classificação contábil/patrimonial;
- número da ordem de compra e data de emissão; número do processo de aquisição e ano;
- tipo/número do documento de aquisição (nota fiscal/fatura, Guia de Produção Interna, Termo de Doação, Termo de Cessão, Termo de Cessão em Comodato, outros);
- nome do fornecedor (código); garantia (data limite da garantia);
- localização (identificação do centro de responsabilidade (centro de custos));
- situação do bem (registrado, alocado, cedido em comodato, em manutenção, em depósito para manutenção, em depósito para triagem, em depósito para redistribuição, em depósito para alienação, em sindicância, desaparecido, baixado, outros);
- estado de conservação (bom, regular, precário, inservível, recuperável); e plaquetável ou não plaquetável.

**Movimentação**

160



000161

Caracteriza-se como movimentação de bens patrimoniais o conjunto de procedimentos relativos à distribuição, transferência, saída provisória, empréstimo e arrendamento a que estão sujeitos no período decorrido entre sua incorporação e desincorporação.

#### DISTRIBUIÇÃO DO BEM MÓVEL

Compete ao Serviço de Patrimônio a primeira distribuição de material permanente recém-adquirido, de acordo com a destinação dada no processo administrativo de aquisição correspondente.

A distribuição de qualquer bem móvel será feita mediante o preenchimento e assinatura de Termo de Entrega de Bens Patrimoniais em conjunto com o Termo de Responsabilidade de Bens Móveis atualizado.

#### TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADE DO BEM MÓVEL

A transferência é a operação de movimentação de bens, com a conseqüente alteração da carga patrimonial. A autoridade transferidora solicita ao Serviço de Patrimônio por meio de Comunicação Interna.

É importante destacar que a transferência de responsabilidade com movimentação de bens somente será efetivada pelo Setor de Patrimônio mediante solicitação do responsável pela carga cedente com anuência do recebedor.

A devolução ao Serviço de Patrimônio de bens avariados, obsoletos ou sem utilização também se caracteriza como transferência. Neste caso, o gestor do setor onde o bem está localizado devolve-o com a observância das particularidades (motivo da devolução), a fim de que o Serviço de Patrimônio possa manter rigoroso controle sobre a situação do bem.

Os bens que foram restituídos ao Serviço de Patrimônio também ficam sob a guarda dos colaboradores deste setor e serão objetos de análise para a determinação da baixa ou transferência a outros setores.

É importante colocar que uma cópia do Termo de Responsabilidade de cada setor deverá ser fixada em local visível a todos, dentro de seu recinto de trabalho, visando facilitar o controle dos bens.

Para que ocorra a transferência de responsabilidade entre dois setores, deverão ser observados os seguintes parâmetros:

solicitação, por escrito, do interessado em receber o bem, dirigida ao possível cedente;

“de acordo” do setor cedente com a autorização de transferência;

solicitação do agente patrimonial ao Serviço de Patrimônio para emissão do Termo de Responsabilidade;

após a emissão do Termo de Responsabilidade, o Serviço de Patrimônio remeterá o mesmo ao assistente de patrimônio, para que este colha assinaturas do cedente e do recebedor.

uma vez assinado o Termo, o assistente enviará uma das vias para que seja arquivada no setor onde os bens se encontram e outra encaminhada ao Serviço de Patrimônio para arquivo em pasta específica.

#### Saída provisória

A saída provisória caracteriza-se pela movimentação de bens patrimoniais para fora da Instituição ou dependência onde estão localizados, em decorrência da necessidade de conserto e manutenção.



000162

Qualquer que seja o motivo da saída provisória, esta deverá ser autorizada pelo Serviço de Patrimônio, que emitirá o documento de Saída Bens Patrimoniais para fora da Instituição.

O setor solicitante deverá solicitar manutenção do bem patrimonial pelo sistema de gestão, imprimir a Solicitação de Serviços e encaminhá-la junto com o bem ao Serviço de Manutenção.

Toda a manutenção de bem incorporado ao patrimônio deverá ser solicitada pelos setores responsáveis pela carga através da emissão de uma Ordem de

Serviço ao Setor de Manutenção, que tomará todas as providências para proceder à assistência de bem em garantia ou não, utilizando-se de seus recursos próprios e/ou de terceiros. Para certificar-se que o bem possui garantia, o Setor de Manutenção deve recorrer às informações disponíveis no Serviço de Patrimônio.

#### DESAZIMENTO (DESINCORPORAÇÃO, BAIXA)

O desfazimento é a operação de baixa de um bem pertencente ao acervo patrimonial da Instituição e conseqüente retirada do seu valor do ativo imobilizado.

Considera-se baixa patrimonial, a retirada de bem da carga patrimonial da instituição, mediante baixa de bens patrimoniais no Sistema de gestão patrimonial, exclusivamente pelo Serviço de Patrimônio. O número de patrimônio de um bem baixado não deverá ser utilizado em outro bem.

A baixa patrimonial pode ocorrer por quaisquer das formas a seguir: alienação;

permuta; perda total; extravio; destruição; comodato;

transferência; e sinistro;

Em qualquer uma das situações expostas, deve-se proceder à baixa definitiva dos bens considerados inservíveis por obsolescimento, por seu estado irreversível e inaproveitável, sendo encaminhado à Diretoria Administrativa e Financeira para autorização de alienação dos bens patrimoniais pertencentes à Instituição e devolução dos bens patrimoniais à SESA/AP.

Visando o correto processo de baixa de bens do sistema patrimonial, faz-se necessário a adoção dos procedimentos a seguir:

Serviço de Patrimônio, ao receber o processo que autoriza a baixa, emitirá por processamento o Termo de Baixa dos Bens;

Serviço de Patrimônio encaminhará à Gerência Contábil e Financeira, todo início do mês vigente, o relatório de baixa de bens patrimoniais, juntamente com os relatórios de posição patrimonial, bens adquiridos no mês anterior, bens tombados e não tombados e relatórios de posição patrimonial por espécie e por classificação, em arquivo eletrônico compactado.

competete ao Serviço de Patrimônio, periodicamente, provocar expedientes para que seja efetuado levantamento de bens suscetíveis de alienação ou desfazimento.

A seguir, alguns procedimentos voltados à alienação dos bens:

deverá ser remetido ao Setor de Patrimônio a Comunicação Interna pelo gestor da área, o qual o setor instaurará o procedimento respectivo;

sempre que possível, os bens serão agrupados em lotes para que seja procedida a sua baixa;

os bens objeto de baixa serão vistoriados in loco pelo Serviço de Patrimônio em conjunto com o Serviço de Manutenção, os quais, observando o estado de conservação, a vida útil, o valor de mercado e o valor contábil, classificando-os em:

bens móveis permanentes inservíveis: quando for constatado serem os bens danificados, obsoletos, fora do padrão ou em desuso devido ao seu estado precário de conservação; e

bens móveis permanentes excedentes ou ociosos: quando for constatado estarem os bens em perfeitas condições de uso e operação, porém sem utilização.

Os bens móveis permanentes considerados excedentes ou ociosos serão recolhidos ao Serviço de Patrimônio, ficando proibida a retirada de peças e dos periféricos a ele relacionados, exceto nos casos autorizados pela Diretoria.

Os bens móveis permanentes considerados inservíveis serão baixados do acervo patrimonial da Instituição, por decisão da Diretoria, com registro no Sistema de Gerenciamento Patrimonial e de Contabilidade.

Os bens móveis baixados do acervo patrimonial, que não apresentarem valor econômico e de uso, poderão ser incinerados ou descartados mediante autorização da Diretoria.

Os bens móveis baixados do acervo patrimonial, que ainda apresentarem valor econômico ou de uso, poderão ser doados, leiloados ou permutados, mediante autorização da Diretoria. As plaquetas patrimoniais deverão ser retiradas e descartadas pelo Serviço de Patrimônio. No caso de computadores, o Serviço de Tecnologia da Informação, deverá apagar todos os dados contidos nos HD (hard disk) das máquinas, evitando o acesso indevido de dados da instituição.

#### Perda total

A perda total consiste na formalização, para fins contábeis, da desincorporação de bens que já não existem fisicamente por terem sido objeto dos eventos a seguir discriminados, ou, embora existindo fisicamente, são inservíveis:

roubo, furto ou qualquer outro tipo de desaparecimento; acidente de qualquer natureza;

sinistro de qualquer natureza;

quando submetidos a leilão por mais de duas vezes e não houver arrematante, em razão do estado de inservibilidade. Nesse caso os bens devem, obrigatoriamente, ser incinerados ou completamente destruídos.

#### Procedimentos na ocorrência de perdas

Considera-se irregularidade, toda ocorrência que resulte em prejuízo a Instituição, relativo a bens de sua propriedade, constatado por qualquer

colaborador no desempenho do seu trabalho ou resultante de levantamentos em inventários.

As irregularidades podem ocorrer por:

extravio: desaparecimento de bem ou de seus componentes;

sinistro: ocorrência de prejuízo ou danos em bens da instituição (Incêndio, inundações etc.);

avaria: danificação parcial ou total de bem ou de seus componentes; inobservância de prazos de garantia; e

mau uso: emprego ou operação inadequada de equipamento e material, quando comprovado o desleixo ou a má-fé.

É dever do detentor de carga e do corresponsável comunicar, imediatamente, ao Serviço de Patrimônio, qualquer irregularidade ocorrida com o material entregue aos seus cuidados.

A comunicação de bem desaparecido ou avariado deve ser feita de maneira circunstanciada, por escrito, sem prejuízo de participações verbais que, informalmente, antecipem a ciência dos fatos ocorridos. O Serviço de Patrimônio deverá realizar imediatamente verificação da irregularidade comunicada.



000164

No caso de irregularidade por avaria, se o colaborador que averiguou o fato concluir que a perda das características do material decorreu do uso normal ou de outros fatores que independem da ação do usuário, o Serviço de Patrimônio poderá proceder a baixa patrimonial, desde que receba laudo atestando o fato.

No caso de avaria resultante de utilização inadequada de equipamentos e materiais, quando comprovado o desleixo ou a má-fé, o Serviço de Patrimônio deve apresentar a irregularidade para avaliação da Diretoria, com o objetivo de:

- a) providenciar a reposição de outro bem novo com as mesmas características, ao bem patrimonial da Instituição;
- b) apresentar justificativas da avaria, o que será considerado, preliminarmente, como irregularidade.

Quando se tratar de material, cuja unidade seja "jogo", "conjunto" ou "coleção", suas peças ou partes danificadas deverão ser recuperadas ou substituídas por outras com as mesmas características, de forma a preservar a funcionalidade do conjunto. Havendo impossibilidade de recuperação ou substituição, as peças devem ser indenizadas pelo valor de avaliação.

O Serviço de Patrimônio deve comunicar e apresentar os relatórios sobre constatações de irregularidades não sanadas à Diretoria Administrativa Financeira, para que elas sejam levantadas a qualquer tempo ou inventariadas. Recebida a comunicação ou relatório de irregularidades não sanadas no prazo de notificação, o Superintendente Administrativo Financeiro, após a avaliação da ocorrência pode:

- a) autorizar a baixa patrimonial em processo administrativo, devido à perda de características ou avaria do material;
- b) designar Comissão de Apuração de Irregularidades, cujo relatório deverá abordar os seguintes tópicos, orientando, assim, o julgamento quanto à responsabilidade do(s) envolvido(s) no evento:
- c) a ocorrência e suas circunstâncias;
- d) o estado em que se encontra o material;
- e) o valor do material e, em caso negativo, se há matéria-prima a aproveitar; a sugestão sobre o destino a ser dado ao material;
- f) a caracterização da responsabilidade da(s) pessoa(s) envolvida(s);
- g) analisar o extravio e a justificativa apresentada, quando houver, e determinar: a aceitação da justificativa apresentada e a baixa do material;
- h) que a(s) pessoa(s) responsabilizada(s) arque(m) com as despesas de conserto e recuperação;
- i) a indenização total do material em dinheiro, feita pela(s) pessoa(s) responsabilizada(s), no valor de avaliação calculado considerando seu desgaste físico.

#### Inventário patrimonial

Inventário é a discriminação organizada e analítica de todos os bens permanentes e valores de um patrimônio, num determinado momento, visando atender uma finalidade específica. É um instrumento de controle para verificação da existência física dos bens em uso na instituição, informando seu estado de conservação, e mantendo atualizados e conciliados os registros do sistema de administração patrimonial e os contábeis. Além disso, o inventário também pode ser utilizado para subsidiar as tomadas de contas indicando saldos existentes, detectar irregularidades e providenciar as medidas cabíveis.

Através do inventário pode-se confirmar a localização e atribuição da carga de cada material permanente, permitindo a atualização dos registros dos bens permanentes bem como o levantamento da situação dos equipamentos e materiais em uso, apurando a ocorrência de dano, extravio ou qualquer outra irregularidade.



Pode-se verificar também no inventário as necessidades de manutenção e reparo e constatação de possíveis ociosidades de bens móveis, possibilitando maior racionalização e minimização de custos, bem como a correta fixação da plaqueta de identificação.

Os diversos tipos de inventários são realizados por determinação de autoridade competente, por iniciativa própria do Serviço de Patrimônio ou de qualquer detentor de carga dos diversos centros de responsabilidade, periodicamente ou a qualquer tempo.

Os inventários devem ser levantados não apenas por uma questão de rotina ou de disposição legal, mas também como medida de controle, tendo em vista que os bens nele arrolados não pertencem a uma pessoa física, mas à Instituição e precisam estar resguardados quanto a quaisquer danos.

A fim de manter atualizados os registros dos bens patrimoniais, bem como a responsabilidade dos setores onde se localizam tais bens, a Instituição deve proceder ao inventário mediante verificações físicas pelo menos uma vez por ano.

Para fins de atualização física e monetária e de controle, a época da inventariação será anual para todos os bens móveis e imóveis sob responsabilidade da instituição em 31 de dezembro (confirmação dos dados apresentados no Balanço Geral).

Durante a realização de qualquer tipo de inventário, fica vedada toda e qualquer movimentação física de bens localizados nos endereços individuais abrangidos pelos trabalhos, exceto mediante autorização específica do Serviço de Patrimônio ou dos dirigentes da Instituição, com subsequente comunicação formal a Comissão de Inventário de Bens.

#### Tipos de inventário

Os tipos de inventário são:

- a) de criação (ou inicial): quando criada uma nova unidade, com o objetivo de relacionar os bens que ficarão sob a responsabilidade de seus administrados;
- b) de verificação: realizado a qualquer tempo, com o objetivo de verificar qualquer bem ou conjunto de bens, por iniciativa do Serviço de Patrimônio, ou a pedido de qualquer detentor de carga ou responsável. Também pode ser realizado com o intuito de apurar indícios de prejuízos à Instituição, decorrentes de desaparecimentos, mau uso, ou outros fatos danosos, como, por exemplo, os causados por negligência etc.;
- c) de transferência: realizado quando ocorrer mudança definitiva de titular da instituição ou do detentor de carga patrimonial;
- d) de extinção ou transformação: realizado quando determinada instituição for extinta ou transformada em outra.
- e) anual: realizado ao final de cada exercício financeiro (que coincide com o ano civil) por comissão de servidores (designada pela Superintendência
- f) Administrativa Financeira) especialmente para esse fim, e visa comprovar a exatidão dos registros de controle de todo o patrimônio da instituição, demonstrando o acervo de cada detentor de carga de cada unidade gestora, o valor total do ano anterior e as variações patrimoniais ocorridas no exercício.

#### Avaliação dos bens no processo de inventário

Um bem pode ser considerado:

- a) reversível: é o bem móvel ou imóvel que integra o acervo patrimonial, o qual é indispensável à prestação do serviço;
- b) alienável: é o bem móvel ou imóvel inservível à instituição;





000166

- c) inservível: é o bem considerado ocioso, cuja recuperação é antieconômica ou impossível, não sendo, portanto, mais viável sua utilização em qualquer atividade relacionada ao serviço prestado;
- d) alienável ocioso: é o bem que se encontra em perfeitas condições de uso, mas não está sendo utilizado;
- e) alienável de recuperação antieconômico: é o bem que apresenta desgaste prematuro ou obsolescência e possui rendimento precário, cuja recuperação seria onerosa, salvo aquele de valor histórico que poderá ser aproveitado pela instituição e
- f) irrecuperável: é o bem que não pode mais ser utilizado para o fim a que se destina devido à perda de suas características.

#### Comissões de inventários

A realização do inventário anual fica a cargo da Comissão de Inventário de Bens Permanentes, que será constituída por, no mínimo, 3 (três) colaboradores efetivos conhecedores de bens patrimoniais, entre outros do setor de localização do bem, que deverão acompanhar o levantamento.

A Comissão de Inventário é designada pela direção da Instituição, antes do término do primeiro semestre de cada ano, o que lhe dará tempo hábil para a execução dos levantamentos nos endereços individuais da instituição. É

importante que dessa Comissão faça parte pelo menos um colaborador lotado no Serviço de Patrimônio.

No desempenho de suas funções, a Comissão de Inventário é competente para:

cientificar os dirigentes da instituição sobre todos os endereços individuais envolvidos, bem como os diversos centros de responsabilidade, com antecedência mínima de 72 horas da data marcada para o início dos trabalhos, a fim de viabilizar o acesso aos locais em inventário;

solicitar ao detentor de carga patrimonial elementos de controle interno e outros documentos necessários aos levantamentos;

requisitar servidores, máquinas, equipamentos, transporte, materiais e tudo mais que for necessário ao cumprimento das tarefas da Comissão;

identificar a situação patrimonial e o estado de conservação dos bens inventariados, discriminando em relatório os suscetíveis de desfazimento, para ciência do dirigente da instituição;

propor ao responsável pela carga patrimonial a apuração de irregularidades constatadas;

relacionar e identificar, com numeração própria, os bens que se encontram sem o número de patrimônio ou sem o devido registro patrimonial, para as providências cabíveis; e

solicitar o livre acesso em qualquer recinto para efetuar levantamento e vistoria de bens.

A Comissão de Inventário de Bens Permanentes deve apresentar um relatório do Inventário Anual, que o levará ao conhecimento da Diretoria responsável pela Instituição.

Esse relatório deve registrar, de forma circunstanciada, todas as irregularidades e demais aspectos observados nos trabalhos. Dele também devem constar as informações analíticas de bens levantados por detentor de carga patrimonial e resumo do fechamento contábil do exercício (valores).

O inventário, depois de realizado, estará sujeito às análises e, conseqüentemente, aos ajustamentos necessários para a apresentação do balanço dentro do prazo estabelecido.

166

096167

As divergências que, porventura, surgirem por diferença de preços ou de avaliação serão ajustadas. Entretanto, se surgirem diferenças sem a devida explicação, a contabilidade poderá solicitar revisão ou apuração para que estas sejam cabalmente esclarecidas.

Com adoção de MANUAL DE ADMINISTRAÇÃO PATRIMONIAL, que constará as principais atividades realizadas e as definições técnicas, como: depreciação, tombamento de bem patrimonial, definições de material permanente e material de consumo, inventários, responsabilidade dos gestores pelos bens patrimoniais locados em seus setores, padronização de colagem das plaquetas, código de barras, taxas de depreciação de bens, entre outras *informações de relevância ao setor, para maior compreensão de todos os setores do Hospital de Emergências, Oswaldo Cruz, Macapá-AP.*

Apresentação de proposta de educação em saúde/ capacitação

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Educação em Saúde é entendida como sendo uma combinação de ações e experiências de aprendizado planejado com o intuito de *habilitar as pessoas a obterem controle sobre fatores determinantes e comportamentos de saúde.*

Dessa forma, a Educação em Saúde constitui-se em um processo educativo que envolve as relações entre os profissionais da área da saúde e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados individuais e coletivos.

Considerando que toda e qualquer prática que eduque fornece ao indivíduo o ato de conhecer ou reconhecer a aquisição de suas habilidades a favor da tomada de decisões, na busca por melhores condições de vida e saúde, é importante ressaltar que o IBGH valoriza o empoderamento da população público-alvo de seus esforços.

O profissional de saúde como ponte nesse processo, precisa ser capaz de identificar os níveis de suas ações no processo educativo, refletindo a necessidade de se desvincular da sua prática assistencial, colocando-se como educador justamente pela ação recíproca da reflexão das pessoas, entendendo que ele não é o dono do saber e sim um cooperador e participe deste processo transformador.

Perante esse entendimento, este Instituto orienta suas práticas de Educação em Saúde, incentiva e treina os seus colaboradores, das diferentes especialidades e áreas de formação em saúde, para que sejam capazes de facilitar o processo de aprendizagem da população em prol da promoção da saúde.

Dentro desta perspectiva, as ações de Educação em Saúde aqui propostas tem o intuito promover o senso de responsabilidade das pessoas por sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertencem.

Objetivo da Proposta



4.2.3.6 Apresentar a proposta das ações de Educação em Saúde a serem realizadas na unidade, visando a promoção da saúde, prevenção de doenças e possíveis agravos à saúde buscando a melhora da qualidade de vida da população por meio do esclarecimento e empoderamento da população a respeito de suas próprias vidas.

#### 4.2.3.6.1 Justificativa

Sendo a Educação em Saúde um dos principais dispositivos para a viabilização da promoção da saúde, auxiliando no desenvolvimento da responsabilidade individual e na prevenção de doenças, considerando que a promoção da saúde é uma estratégia que proporciona visibilidade aos fatores de risco e aos agravos à saúde da população, focando no atendimento do indivíduo (coletivo e ambiente) e elaborando mecanismos que reduzem as situações de vulnerabilidade.

Nesse sentido, a Educação em Saúde contribui para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e meios para preservarem e melhorarem suas próprias vidas através da busca de qualidade de vida, autonomia e estímulo ao autocuidado, visando o bem-estar individual e o coletivo.

Sabendo que a educação em saúde está relacionada à aprendizagem, desenhada para alcançar a saúde, torna-se necessário que ações sejam planejadas para atender a população de acordo com a sua realidade. Isto porque a educação em saúde deve provocar conflito nos indivíduos, criando a oportunidade das pessoas pensarem e repensarem a sua cultura, e por si próprias, transformarem a sua realidade.

Em busca de atingir o objetivo supracitado, as ações de Educação em Saúde aqui propostas tem perspectiva de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertencem, além de criar consciência sobre a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva.

#### 4.2.3.6.2 Operacionalização da Proposta

A tabela a seguir apresenta uma proposta inicial de temas para serem trabalhados no Hospital De Emergência Dr. Oswaldo Cruz de acordo com o perfil do hospital e com os principais problemas de saúde vivenciados pela população assistida na unidade. Também, é importante enfatizar que todas as ações propostas têm caráter interdisciplinar.

Projeto/ ação	Descrição
---------------	-----------





Calendário Anual de Saúde

Todas essas campanhas mensais terão o objetivo de alertar os colaboradores da unidade, os usuários e a comunidade em geral, para voltarem seus olhares para a prevenção das doenças, abertura de debates sobre elas, conscientização, educação do público e troca de experiência entre as pessoas. Ou seja, refletirá no cuidado com a saúde no dia a dia da população.

As cores nacionalmente estipuladas para cada mês, serão utilizadas de forma lúdica e trabalhadas mensalmente na unidade juntamente com seus temas específicos conforme o exposto abaixo:

**Janeiro Branco**

- Atenção à Saúde mental;
- Combate e Prevenção da Hanseníase (data instituída pela Lei nº 12.135/2009);
- Combate à Violência;

**Fevereiro Roxo e Laranja**

- Atenção ao Câncer – Fatores de risco, alerta de observação das mudanças do próprio corpo e diagnóstico precoce;
- Atenção à Epilepsia;
- Atenção ao lúpus, fibromialgia e ao mal de Alzheimer;
- Combate às Drogas e ao Alcoolismo;

**Março Azul-Marinho**

- Atenção à Audição;
- Atenção à Obesidade e a saúde relacionada a nutrição;
- 2ª quinta-feira do mês – Dia Mundial do Rim;
- Atenção ao Sono;
- Atenção à importância da Saúde Bucal;
- 21 – Dia Internacional Contra a Discriminação Racial;
- 21 – Dia Mundial da Síndrome de Down;
- Semana Nacional de Mobilização e Luta Contra a Tuberculose;

**Abril Verde e Azul**

- Conscientização Sobre o Autismo;
- Conscientização da Doenças de Parkinson e Chagas;
- Atenção à Hemofilia;
- Atenção à Meningite;



000170

**Maio Amarelo**

- Combate à Asma;
- Importância da Higiene das Mãos;
- Uso Racional de Medicamentos – Os perigos da automedicação;
- Atenção ao Lúpus;
- Combate ao Glaucoma;
- Atenção à Saúde Digestiva;
- Atenção à Esclerose Múltipla;
- Prevenção de Acidentes e Boas Práticas no Trânsito;

**Junho Vermelho e Laranja**

- Conscientização a Respeito da Doação de Sangue;
- Conscientização a Respeito da Violência Contra a Pessoa Idosa;
- Conscientização sobre a Doença Falciforme;
- Controle da Asma;
- Luta Contra a Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). Data instituída pela Lei nº 13.471/2017;
- Conscientização a Respeito do Vitiligo;
- Conscientização a Respeito do Diabetes;

**Julho Amarelo**

- Luta contra as hepatites virais. Lei nº 13.802/2019;
- Conscientização a Respeito da Vacina BCG;
- Conscientização e Combate ao Câncer de Cabeça e Pescoço;

**Agosto Dourado**

- Aleitamento Materno no Brasil - Lei nº 13.435/2017

**Setembro Verde, Amarelo e Vermelho**

- Atenção ao Alzheimer;
- Prevenção ao Suicídio;
- Atenção e prevenção da Sepsis;
- Conscientização Sobre Linfomas;
- Combate e Prevenção à Trombose - instituída pela Lei nº 12.629/2012;
- Conscientização a respeito da Doação de Medula Óssea;
- Conscientização e Incentivo ao Diagnóstico Precoce do Retinoblastoma - instituída pela Lei nº 12.637/2012;

170 

000171

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens;</li> <li>• Conscientização a Respeito da Doação de Órgãos e Tecidos Para Transplantes;</li> <li>• Conscientização a Respeito do que é a Morte Encefálica e esclarecimento sobre como é feito o seu Diagnóstico;</li> </ul> <p><b>Outubro Rosa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Outubro Rosa – Mês de conscientização sobre o câncer de mama. Data instituída pela Lei nº 13.733/2018;</li> <li>• Conscientização sobre a Dislexia;</li> <li>• Atenção à Osteoporose;</li> </ul> <p><b>Novembro Azul e Dourado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Novembro Azul – Mês de conscientização sobre a saúde do homem e combate ao Câncer de Próstata;</li> <li>• Conscientização a respeito da Doação de Sangue.</li> </ul> <p><b>Dezembro Laranja e Vermelho</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dezembro Vermelho – Campanha Nacional de Prevenção ao HIV/AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis. Data instituída pela Lei nº 13.504/2017;</li> <li>• Mobilização dos Homens pelo Fim da Violência Contra as Mulheres de Acordo com a Lei nº 11.489/2007; e</li> <li>• Conscientização para a Doação de Medula Óssea. Instituída pela Lei nº 11.930/2009.</li> </ul>
Cuidando do Cuidador	<p>Voltado para os cuidadores: Cuidadores/familiares são pessoas geralmente com algum grau de parentesco, que acompanham o paciente hospitalizado. A transição para o papel de cuidador(a) é complexa e incorpora diferentes dificuldades e necessidades ao longo do processo.</p> <p>Pensando no cuidador, essa proposta tem o objetivo de trazer uma atenção específica a eles, através de um olhar humanizado e proposição de rodas de conversa com o intuito de ouvi-los e atendê-los em relação a suas necessidades (na medida do possível), além de lhes amenizar o sofrimento e distraí-los do foco da doença, oferecendo-lhes atenção, troca e momento para falar.</p>
Saúde e Segurança no Trabalho	<p>As ações educativas em segurança do trabalho, se bem direcionadas, podem contribuir para a minimização dos riscos e acidentes e doenças ocupacionais.</p>



000172

	<p>O presente projeto tem o objetivo de propor práticas educações voltadas a segurança no trabalho como mediação entre as informações de caráter técnico presente nas normas regulamentadoras e aquelas de conhecimento individual, para possibilitar a mudança de postura. As ações a serem realizadas, levarão em conta a realidade do público-alvo e o conhecimento prévio dos colaboradores sobre a temática.</p> <p>As atividades serão realizadas com os próprios trabalhadores do hospital, de forma lúdica, interativa e participativa.</p> <p>Os seguintes temas e datas comemorativas serão propostos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Construção coletiva do mapa de risco de cada área/setor a ser gerido pelo instituto;</li> <li>• A Importância do uso dos EPI's e EPC's de acordo com o tipo de risco embutido em cada atividade laboral hospitalar;</li> <li>• Paramentação e Desparamentação;</li> <li>• 28 de abril – Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho;</li> <li>• 28 de abril – Dia Nacional em Memória das Vítimas de Acidentes e Doenças do Trabalho. Data instituída pela Lei nº 11.121/2005;</li> <li>• Atenção à Síndrome de Burnout; e</li> <li>• 27 de julho – Dia Nacional da Prevenção de Acidentes do Trabalho</li> </ul>
<p>Prevenção a COVID-19</p>	<p>A presente proposta tem a finalidade de ofertar e facilitar o acesso a informações de cunho educativo relacionadas a prevenção, ao controle da transmissão e manejo clínico de casos suspeitos e confirmados de coronavírus. Esta ação será criada com o objetivo de agregar materiais e meios reconhecidos de informações, fidedignas, geradas por instituições referência, relacionadas a proteção individual e coletiva, favorecendo conhecimento/aprendizagem para todos os profissionais, gestores e usuários da unidade.</p>
<p>Hospital De Emergência Dr. Oswaldo Cruz nas Escolas</p>	<p>Sabendo que a escola é o espaço genuíno para o favorecimento da transformação social, o reconhecimento do território onde o hospital está instalado, a apropriação do perfil da área e da comunidade, é um desafio assumido pelo IBGH.</p> <p>Dentro dessa perspectiva, o projeto buscará a promoção de atitudes e valores que visam a redução dos comportamentos de risco predominantes na infância e na adolescência, favorecendo a tomada de decisão inteligente em prol do autocuidado por parte dos educandos.</p>



	<p>A ação será desenvolvida por meio de oficinas com temas como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 18 de maio – Dia Nacional de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes (Lei nº 9.970/2000);</li><li>• 05 de junho – Dia Mundial do Meio Ambiente;</li><li>• Autocuidado;</li><li>• Prevenção das IST's;</li><li>• Alimentação e Atividade Física;</li><li>• Álcool e Drogas Ilícitas;</li><li>• Prevenção do Suicídio;</li><li>• Gravidez na Adolescência;</li><li>• Sexualidade etc.</li></ul>
--	--

*Figura 45 – Proposta De Educação Em Saúde/ Capacitação a serem desenvolvidas no Hospital De Emergência Dr. Oswaldo Cruz.*

Ao longo do desenvolvimento das propostas, a diretoria de planejamento do IBGH gerenciará e implementará as ações de Educação em Saúde de forma integrada com as áreas finalísticas do Hospital. Desta forma, para cada atividade deverá ser previsto o tempo e o melhor momento para a sua execução, sendo estabelecido e pactuado um cronograma para esses trabalhos.

A metodologia de trabalho também incluirá a participação popular (de pessoas da comunidade local), a fim de promover a representatividade da comunidade nas tomadas de decisões, na validação dos temas e na reflexão sobre aspectos da realidade local.

Para facilitar todo esse processo, os profissionais de saúde serão treinados para serem capazes de identificar os níveis de suas ações, onde deverão assumir o seu devido papel de educadores em saúde, entendendo que são peças-chave nesse processo transformador.

Como forma de articulação entre ensino, serviço e comunidade, os estagiários e residentes das Instituições de Ensino ou de saúde parceiras do hospital serão convidados e/ou convocados a se integrarem aos projetos, responsabilizando-se pela sua execução. Entende-se que esse espaço de discussão teórico-reflexiva se faz necessário para que os sujeitos em formação possam ter fundamentos para assumirem o seu futuro papel como profissional e educador em saúde.

Para que seja possível atingir os objetivos propostos, o IBGH além de realizar as atividades de forma aberta ao público que estiver na unidade, também acredita na articulação entre o hospital e as diferentes esferas do estado do Amapá, cujo objetivo principal é a promoção da saúde, para que seja possível compor a nossa rede de apoio para as ações e projetos a serem desenvolvidos, assim como para somar e potencializar esforços, firmando parcerias em prol do esclarecimento e empoderamento da população amapaense.

Dessa forma, caberá ao IBGH articular de modo a fomentar a formulação e desenvolvimento das ações e garantir o incremento ao apoio logístico, de recursos humanos, financeiros e materiais, visando o cumprimento dos projetos e das ações propostas.

Os resultados das experiências bem-sucedidas serão apresentados em eventos que serão promovidos, com objetivo de ampla divulgação e incentivo à incorporação por outras instituições com interesses comuns, fortalecendo a educação em saúde e o SUS.

000174

#### 4.2.4 Incremento de atividade

##### 4.2.4.1 Incremento das metas quantitativas

Visto a possibilidade prevista em edital o Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar se dispõe a incrementar em até 15% as metas anuais de produção, estabelecidas no plano de metas, sendo o indicador de aferição a admissão hospitalar na clínica médica e cirúrgica, além da produção nos serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutica e de procedimentos multiprofissionais de psicologia, fisioterapia, serviços sociais e enfermagem.

##### 4.2.4.2 Proposição De Outras Especialidades Além Das Constantes No Perfil Da Unidade.

Visto a possibilidade prevista em edital o Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar se dispõe a incrementar as atividades do edital propondo a oferta das especialidades de cardiologia e Geriatria.

##### 4.2.4.2.1 CARDIOLOGIA:

A cardiologia é definida como um ramo da medicina responsável por estudar, cuidar e tratar o coração e o sistema circulatório.

No Hospital de Emergências, Dr. Oswaldo Cruz, no Macapá, Amapá, o Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar, terá condições de ofertar, além das especialidades já discriminadas no edital, a especialidade de cardiologia.

O serviço de cardiologia, será realizado dentro da enfermaria clínica, com a realização de um acompanhamento aos pacientes cujo os médicos clínicos avaliem a necessidade. A cardiologia atuará também na elaboração de pareceres bem como na análise e interpretação de exames.

Os cardiologistas realizarão na enfermaria cirúrgica, avaliação de risco cirúrgico e consequente elaboração de pareceres, de acordo com a solicitação dos cirurgiões.

Dentro da especialidade de cardiologia, poderemos realizar ainda, os serviços de Telemedicina, de modo a agilizar a avaliação dos pacientes, e consequentemente reduzir as filas de espera da Regulação da SESA-AP.

174

090175

#### 4.2.4.2.2 GERIATRIA

A Geriatria é uma especialidade médica que busca a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, bem como na reabilitação e cuidados paliativos de indivíduos idosos. A especialidade compreende as grandes Síndromes Geriátricas: insuficiência cognitiva, imobilidade, instabilidade postural e quedas, incontinência, suas causas e consequências.

No Hospital de Emergências a geriatria atuará na enfermaria clínica e na enfermaria cirúrgica. Dentro da enfermaria realizará acompanhamento de pacientes que os médicos clínicos e cirurgiões solicitem acompanhamento especializado.

Além disso, a geriatria participará do Programa de Desospitalização, que é um programa que busca a humanização, acolhimento e auxílio na recuperação mais rápida e bem-sucedida no seu lar. Esse programa irá otimizar a rotatividade de leitos, redução de custos e humanização no atendimento.

Dentro da especialidade de geriatria, poderemos realizar ainda os serviços de Telemedicina, de modo a agilizar a avaliação dos pacientes, e consequentemente reduzir as filas da Regulação da SESA-AP.

#### 4.2.4.3 Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais

Visto a possibilidade prevista em edital o Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar se dispõe a incrementar as atividades do edital propondo a realização de projetos assistenciais de Saúde e/ou sociais, conforme as três opções que serão apresentadas a seguir.

##### 4.2.4.3.1 Projeto: Incremento na área assistencial

O Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar (IBGH) propõe, como ação para incremento de atividade, a implantação de um Ambulatório de Saúde Ocupacional, que tem por objetivo exercer uma atividade coadjuvante ao ambulatório do hospital e atender a demanda por esse tipo de serviço de pessoas que não possuem vínculo formal de trabalho com empresas ou que exerçam a atividade de forma autônoma.

Não existem estimativas oficiais da quantidade de pessoas que trabalham no setor na informalidade, mas considerando que o sistema produtivo da área de confecção trabalha com um grande número de prestadores de serviços não formalizados em atividades como de facção

175 

000176

de montagem, facção de acabamento, bordados, manutenção de máquinas e equipamentos, representação comercial e desenho de moldes, a implantação do Ambulatório de Saúde Ocupacional é uma oportunidade para que pesquisadores iniciem estudos nessa área.

SELMA MARIA DA SILVA, pesquisadora da Universidade Federal de Goiás, pesquisou as relações de trabalho no setor de confecção, em Goiânia, e relatou:

De acordo com Leite (2004) o processo de terceirização/subcontratação é caracterizado como mal pago, desqualificado, com altas taxas de doença profissionais e com predominância na divisão de gênero, com enorme concentração de mulheres na categoria. A autora destaca também, que as condições de trabalho nas fábricas são precárias, os salários são baixos, alta rotatividade, jornada de trabalho alta, treinamentos escassos, benefícios pouco significativos, má iluminação, pouco espaço, dentre outros. Já a organização da produção, a autora descreve as inovações como pouco significativas, baseada na divisão de trabalho e na organização da produção em linhas.<sup>1</sup>

O Ambulatório de Saúde Ocupacional terá as seguintes atribuições:

- a) Realizar ações individuais ou coletivas de prevenção à saúde tais como: imunizações, primeiro atendimento, controle de doenças, visita domiciliar, coleta de material para exame etc.
- b) Realizar vigilância epidemiológica através de coleta e análise sistemática de dados, investigação epidemiológica, informação sobre doenças etc.
- c) Promover ações de educação em saúde por meio de palestras, demonstrações, treinamento in loco, campanhas etc.
- d) Realizar vigilância nutricional através das atividades continuadas e rotineiras de observação, coleta e análise de dados e disseminação da informação referente ao estado nutricional, desde a ingestão de alimentos à sua utilização biológica

O que difere o Ambulatório de Saúde Ocupacional do ambulatório comum é que as atividades serão realizadas por médico do trabalho que, ao detectar indícios da necessidade do usuário ser submetido à ação da assistência médica comum, realizará o encaminhamento do usuário/paciente para a especialidade médica correta.

Estima-se que o Ambulatório de Saúde Ocupacional realizará, mensalmente, 160 consultas médicas de saúde ocupacional, as quais gerarão 320 encaminhamentos para outras áreas, havendo um incremento na ordem 480 consultas ambulatoriais por mês e 5.760 no ano.

1 Disponível em: <[https://nest.cienciassociais.ufg.br/up/154/o/Selma\\_revisado.pdf](https://nest.cienciassociais.ufg.br/up/154/o/Selma_revisado.pdf)>

Nessa estimativa não está computado os reflexos que a consulta médica de saúde ocupacional impactará na área multidisciplinar e nas internações.

Estima-se que haverá um incremento de 15% nas metas das consultas ambulatoriais sem que haja geração de custos.

As ações do Ambulatório de Saúde Ocupacional gerarão 5 ações externas à unidade que possuem caráter social ou assistencial:

Visita domiciliar aos trabalhadores não formalizados para orientação da saúde ocupacional

Promoção de atividade de prevenção a doenças ocupacionais com orientações sobre ergonomia

Atividades de orientação nutricional a ser realizadas em reuniões de associações de bairro e associações religiosas

176





000177

Parceria com o poder pública para realizar a busca ativa de pessoas com problemas oftalmológicos.

Parceria com o poder público para verificação da ocorrência de trabalho infantil nas residências visitadas.

#### 4.2.4.3.2 Projeto: Projeto Assistir

O fato da existência na unidade hospitalar de profissionais multidisciplinares como psicólogos, assistentes sociais, terapeutas em geral, entre outros, com boa experiência em Ginecologia/Obstetrícia propomos trabalhos sociais no sentido de palestras educativas, conscientização dos cuidados e meios de prevenção de DST/AIDS e doenças sexualmente transmissíveis, inclusive com o desenvolvimento de trabalhos demonstrando estatísticas na área, pois temos como obter tais dados na instituição.

Propomos ainda trabalhar junto a centros de convivência de idosos, asilos e residências particulares, no sentido de prevenção da AIDS nesta faixa etária, através de palestras, panfletagens, meios de comunicação, ensino das práticas de prevenção etc. O mesmo vale para os adolescentes podendo desenvolver trabalhos com escolas, orfanatos, bairros carentes, etc.

#### Objetivos:

O IBGH por meio dos Projetos Sociais visa a assistência social, à comunidade local. Com suas diretrizes definidas a partir da necessidade de complementaridade e em período inverso ao escolar, o desenvolvimento infantil, com foco na faixa etária acima de 6 anos, de ambos os sexos, evitando assim, a ociosidade e acesso às drogas, situações de risco pessoal e social, além de viabilizar aos adolescentes e adultos mais oportunidades de engajamento no mercado de trabalho, por meio da inclusão digital, buscando a melhoria contínua na qualidade de vida e a socialização.

#### Identificação do projeto:

##### Aulas de Música/Orquestra

Desenvolver o lado artístico e cultural das crianças e adolescentes, descobrir novos talentos e promover apresentações no município e região, objetivando a motivação e socialização dos alunos.

##### Aulas de Informática

Proporcionar às crianças, adolescentes e adultos a oportunidade de inclusão digital, acesso à internet e socialização.

##### Aulas de Esporte

Promover torneios, campeonatos e gincanas.

177



000178

Incentivar o esporte às crianças e adolescentes, preenchendo o tempo ocioso dos mesmos, descobrir novos talentos, envolvendo toda a comunidade, buscando a socialização.

#### Assistência às pessoas doentes e carentes

Realizar visitas às pessoas necessitadas e ajudá-las conforme possibilidade, no que for necessário, por meio de comodato, com cadeiras de rodas, camas, colchões, suporte para soro, cadeiras de banho, muletas, bengalas, andadores, equipamentos de apoio, alimentação, remédios etc., visando minimizar o sofrimento das pessoas através da solidariedade.

#### Público-alvo:

Crianças acima de 06 anos, adolescentes e adultos. População carente/baixa renda, comunidade local e rural.

#### Estratégias Operacionais:

Contatos com escolas e Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente para priorizar o atendimento a essas crianças.

Reuniões com enfoque socioeducativo com as famílias, apoio escolar, atividades socioculturais, atividades voltadas à tecnologia de informação, desenvolvimento de habilidades profissionais, educação para cidadania, preservação do meio ambiente, prática desportivas, cultura, lazer e recreação.

Aulas expositivas/explicativas/palestras, atividades externas monitoradas, dinâmica de grupo, oficinas lúdicas, recursos audiovisuais e reuniões de orientações com a equipe de colaboradores.

Utilização de instrumentos próprios para monitoramento e avaliação final.

#### 4.2.4.3.3 Projeto: Movimenta

A inserção do psicólogo no contexto hospitalar inclui uma extensa área de atuação. Segundo Chiattonne (2000), para atuar no hospital, o psicólogo inicialmente emprestou recursos técnicos e metodológicos de outras áreas do saber psicológico. Entretanto, esse conhecimento mostrou-se inadequado a esse contexto, cuja especificidade tem exigido a construção de um novo saber e a adequação de técnicas.

No que se refere à assistência psicológica em Hospitais de Emergência, a bibliografia é relativamente escassa. Há literatura sobre o atendimento psicológico em enfermagem, mas não seria adequado simplesmente transpor esse conhecimento para o atendimento em emergências, que se apresenta como uma realidade singular. É preciso considerar que a assistência pode se modificar a partir da estrutura e funcionamento do setor, da dinâmica institucional e do perfil do paciente. Assim, para planejar sua intervenção o psicólogo precisa considerar todos esses fatores.

O tratamento de traumas requer uma abordagem multidisciplinar, que considere as manifestações clínicas e os aspectos psicológicos relacionados a elas, que afetam os pacientes e seus familiares. Segundo os autores, esses aspectos, muitas vezes, são ignorados, levando a uma alta incidência de distúrbios psiquiátricos. Os problemas psicológicos estariam

178



relacionados à natureza súbita ou inesperada dos eventos, à dor e ao ambiente do hospital, que é desconhecido para os pacientes. Estes apresentam sentimentos de desamparo, humilhação, alteração da imagem corporal, regressão, negação, raiva, ansiedade e depressão.

O paciente que é encaminhado para o atendimento de emergências, geralmente, teve sua vida desestruturada a partir da instalação abrupta de um processo mórbido, da vivência de acidente ou de uma descompensação em casos de doenças crônicas.

**Recomendações:**

O trabalho assistencial do psicólogo hospitalar procura compreender e minimizar o sofrimento relacionado à doença e à hospitalização. Pode ainda ter um caráter preventivo, o que exige que se desvende os significados pessoais que as experiências de doença e hospitalização têm para o indivíduo. Exige ainda que se considere as adversidades de determinado setor do hospital enquanto desencadeantes de alterações emocionais, pois, quando se conhece a demanda é possível se antecipar a ela. Quanto mais precoce a intervenção, menores as possibilidades de agravamento e maiores as expectativas de recuperação psíquica dos pacientes.

Diante do que foi apresentado compreende-se que, ao oferecer o atendimento psicológico aos sujeitos, fortaleceremos as potencialidades e os recursos familiares dos enlutados e/ou traumatizado, além de desafogar a rede.

Para estruturar um plano de cuidado amplo, recomenda-se a inclusão de ações em níveis de apoio complementares integrados, como na imagem abaixo, representada pela pirâmide de intervenções do IASC (ver Figura 46), variando desde estratégias amplas de intervenção com a população em geral, até a garantia de cuidados especializados para pessoas em severas condições.



*Figura 46 – Pirâmide do Guia do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias.*

000180

Ainda dentro das possíveis intervenções psicológicas, o psicólogo pode ajudar a família a quebrar o silêncio em relação ao processo de adoecimento do seu ente querido, sendo que os *profissionais podem fornecer técnicas para trabalhar com a família a quebra do silêncio em relação ao adoecimento e tratamento*, visto que em muitos casos os familiares preferem manter os pacientes sem informações sobre o seu estado de saúde.

O trabalho do psicólogo com a família consiste em atuar nas desordens psíquicas que geram estresse e ansiedade, depressão e sofrimento sendo que o profissional da psicologia fornece suporte emocional para a família, lidar com as diferentes fases da doença levando a desenvolver junto ao paciente a autonomia para lidar com o tratamento.

A proposta do projeto é fornecer apoio a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de atendimento qualificado e integrado aos familiares de pacientes internados no Hospital de Emergências Oswaldo Cruz com traumas ou em processo de luto.

Benefícios:

Atenção clínica especializada direta a pessoas que apresentam demandas mais complexas, ou que já tenham histórico de distúrbios, transtornos e adoecimentos psicopatológicos anteriores à internação;

Atenção priorizada a grupos de maior risco;

Ações de promoção e educação para a SMAPS (Saúde Mental e Apoio Psicossocial);

Participação da sociedade nas estratégias;

Comunicação social;

Coordenação intersetorial.

Público-alvo:

Familiares e cuidadores de pessoas que apresentam problemas de saúde mental e que exijam intervenções que possam ser realizadas no primeiro nível de atenção em saúde.

Método de atendimento:

Será através da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Uma abordagem considerada diretiva, breve (se comparada a outros tipos de abordagens) e focada no problema atual do paciente.

Ou seja, traz resultados expressivos para a demanda que o paciente busca resolver em terapia, em um tempo mais curto de tratamento do que o habitual de outras terapias convencionais.

**Regulação:** Os familiares com indicação de tratamento serão identificados no Hospital de Emergências Oswaldo Cruz, encaminhados para a Secretária do Estado que regulará o paciente para tratamento no Espaço Movimenta.

180 

000181

### 4.3 ÁREA DA QUALIDADE

#### 4.3.1 Qualidade Objetiva

A Qualidade Objetiva é orientada para obter e garantir a melhor assistência possível ao paciente dado o nível de recurso, tecnologias e inovações a serem implementadas pela Organização Social.

Com o objetivo de melhorar a qualidade na assistência a ser oferecida ao paciente pelo IBGH, nas Clínicas médica e cirúrgica, passamos a apresentar as estratégias que serão implantadas.

As Comissões Técnicas Hospitalares, criadas com o objetivo de melhorar as atividades de assistência aos pacientes e os processos de trabalho interno dos Hospital, servem como instrumento de gestão oferecendo subsídios a Diretoria da Clínica médica e cirúrgica do Hospital de Emergência.

#### Comissões Técnica Hospitalares

As Comissões hospitalares, criadas com o objetivo de melhorar as atividades de assistência aos pacientes e os processos de trabalho interno dos Hospital, servem como instrumento de gestão oferecendo subsídios a Presidência Executiva e Diretoria Geral do Hospital.

As comissões serão compostas por profissionais com a responsabilidade de analisar e produzir dados e protocolos dentro de suas especificidades e suas atribuições devem ser definidas, e, validadas em forma de Regimentos Internos, para assim gerenciar e garantir o funcionamento das Comissões Hospitalares obrigatórias em conformidade com as resoluções do CRM, CFM, ANVISA e Ministério da Saúde e Normativas e Portarias vigentes.

O IBGH em seu diferencial em gestão qualificada, implantará no Regimento Interno proposto ao Serviço de Saúde, como Estrutura de Governança e de Apoio à Gestão, o Núcleo de Comissões.

O Serviço de Saúde possuirá minimamente as seguintes Comissões Hospitalares elegíveis e obrigatórias, segundo a Portaria Interministerial nº 2.400/2007 e, implantações futuras de Comissões pertinentes para o reforço das melhorias e certificações de qualidade setoriais.

O delineamento e direcionamento das atribuições do Núcleo de Comissões e norteio das ações e atribuições deverão ser apresentadas, discutido e validado com a Estrutura de Governança para a validação em conjunta com o IBGH, bem como a proposta de Política de Comissões Hospitalares que corrobora as diretrizes e critérios das ações que compete a cada Comissão Técnica.

Segue a relação de Comissões minimamente garantidas ao Serviço de Saúde e consequentes Regimentos Internos a serem seguidos e validados:

- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
- Comissão de Vigilância Epidemiológica (CVE);
- Comissão de Gerenciamento de Riscos (GR);
- Comissão Ética de Enfermagem (CEEn);
- Comissão de Ética Médica (CEM);

181



000132

- Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos (CGR);
- Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral (CNEP);
- Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia (CIH);
- Comissão de Revisão de Óbitos (CROb);
- Comissão de Revisão de Prontuários (CRP);
- Comissão Proteção Radiológica (CPR);
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgão e Tecidos para Transplante (CIHDOTT);
- Comissão de Segurança do Paciente (CSP);
- Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos (CPMME).

As comissões serão implantadas de acordo com o cronograma apresentado a seguir.

ATIVIDADES	MÊSES DO PRIMEIRO ANO DO CONTRATO DE GESTÃO											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comissão de Vigilância Epidemiológica			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comissão de Gerenciamento de Riscos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comissão de Ética de Enfermagem			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comissão de Ética Médica				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comissão de Farmácia e Terapêutica			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comissão de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comissão de Gerenciamento de Resíduos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comissão de Revisão de Óbitos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comissão de Revisão de Prontuários	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comissão de Proteção Radiológica			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante						X	X	X	X	X	X	X

182

Comissão de Segurança do Paciente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos					X	X	X	X	X	X	X	X

Tabela 5 - Cronograma de Implantação das comissões

#### 4.3.1.1 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

### REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

#### Categorias e Finalidades:

O Programa de Controle de Infecção será constituído por uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à Estrutura de Governança. A CCIRAS da Unidade sob gestão do IBGH, é de natureza técnico- científica permanente, de acordo a Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 e com a Portaria 2616 de 12 de maio de 1998;

Art. 1º. A CCIRAS tem por finalidade desenvolver um conjunto de ações deliberadas e sistemáticas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das Infecções Relacionadas à Assistência - IRAS, e assim, melhorar a qualidade da assistência prestada.

Parágrafo Único: Endente-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização

#### Estrutura e Organização:

Art. 2º - A estrutura da CCIH compreende o Grupo de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde.

Art. 3º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCIH, a Estrutura de Governança da Unidade proporcionará a infraestrutura necessária para a atuação na Unidade.

#### Composição:

Art. 4º - A CCIH terá composição multidisciplinar e multiprofissional e seus membros serão de dois tipos: Consultores e Executores. Os membros Consultores devem contar com profissionais da saúde, de nível superior, formalmente designados, representantes dos seguintes serviços:

- Serviço Médico;
- Serviço de Enfermagem;
- Serviço de Farmácia;
- Laboratório;
- Higienização;
- Administração.



000184

Art. 5º - Caberá ao Diretor Geral da Unidade designar os integrantes da CCIH, através de Portaria específica e publicada em Diário Oficial.

O núcleo básico citado anteriormente, poderá ser acrescido de representantes de outros serviços de áreas afins.

O Presidente ou Coordenador da CCIH será um dos membros da mesma, designado pela Diretoria Geral da Instituição.

Os membros executores da CCIH representam o serviço de controle de IRAS e, portanto, são os executores das ações programadas de controle de infecções em âmbito da Unidade.

Membros:

Art. 6º - A CCIH será constituída por, no mínimo, os seguintes componentes:

Um membro executor;

Um representante médico;

Um representante do serviço de enfermagem;

Um representante da farmácia;

Um representante do laboratório;

Um representante da administração;

Um secretário.

Parágrafo Único - O membro executor deve ser, preferencialmente, médico, sendo este o Presidente da CCIH.

A constituição da CCIH seguirá a tabela abaixo:

CONSTITUIÇÃO DA CCIH	
QUANTIDADE	CATEGORIA
1	MÉDICO INFECTOLOGISTA
1	COORDENADOR MÉDICO
1	COORDENADOR DE FARMÁCIA
1	COORDENADOR DE LABORATÓRIO
1	ADMINISTRADOR
1	ENFERMEIRO SCIRAS
1	GERENTE DE ENFERMAGEM
1	GERENTE DE NQSP

Tabela 6 - Constituição da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar



000185

Funcionamento:

Art. 7º - A CCIH será instalada em sala das dependências da Unidade Mista, designada para esse fim.

Art. 8º - As reuniões ordinárias da CCIH ocorrerão uma vez por mês, em sala de reuniões que devem ser proporcionadas pela Unidade Mista e, extraordinariamente, quando se fizer necessário.

Art. 9º - A sequência das reuniões da CCIH serão as seguintes:

Verificação da presença do Presidente;

Verificação de presença e existência de "quórum";

Leitura e aprovação da ata anterior;

Informes;

Leitura e discussão da ordem do dia;

Ocorrência na Unidade Mista para discussão e planejamento em conjunto de melhores práticas a serem implantadas.

Art. 10º - A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções.

Art. 11º - A ata deverá ser assinada pelo presidente e demais membros, quando se sua aprovação.

Competências e Atribuições:

Art. 12º - A Diretoria Geral compete:

Constituir formalmente a CCIH;

Designar os componentes da CCIRAS, por ato próprio;

Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;

Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIH;

Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição como, por exemplo, os conselhos deliberativos e conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora da Unidade Mista;

Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Estadual/Distrital de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde;

Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer.

Art. 13º - À CCIH compete:

Elaborar, implantar, manter e avaliar um Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde adequado as características e necessidades da instituição;

Implantar e manter sistema de vigilância epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS);

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

185



000186

Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando à prevenção e controle das infecções;

Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas, visando limitar a disseminação de agentes nas infecções em curso, através de medidas de isolamento e precauções;

Orientar e supervisionar a aplicação das técnicas de esterilização, desinfecção, limpeza a antissepsia;

*Notificar e acompanhar os casos de acidente com material biológico;*

Cooperar com o núcleo de educação permanente e demais setores da unidade para a capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle de IRAS e prevenção de acidentes;

Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios;

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

Elaborar o Regimento Interno da CCIH;

Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão estadual ou municipal de gestão, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias competentes;

Notificar, na ausência do núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão Estadual ou Municipal Sistema Único de Saúde (SUS) e/ou seguimento informativo e pactuado dos regimes hospitalares os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica, atendidos em qualquer dos serviços ou unidades da Unidade Mista, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

Notificar ao Serviço de Vigilância Sanitária do organismo de gestão Estadual ou Municipal do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados;

Realizar reuniões periódicas;

Monitorar o controle de qualidade da água utilizada na instituição;

Alimentar os sistemas de informação da Unidade Mista com os dados pertinentes à CCIH.

Art. 14º - Ao Presidente ou Coordenador da CCIH compete:

Cumprir e fazer cumprir as determinações da CCIH aprovadas pela Diretoria Geral;

Representar a CCIH nos órgãos colegiado, deliberativo e formador de política da instituição, como por exemplo, os conselhos técnicos, independentemente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde;

Convocar periodicamente as lideranças da instituição para tomadas de decisões de situações identificadas pela CCIH;

Promover a convocação e coordenar as reuniões, com os membros executores;

Assegurar atualização técnica e científica dos membros da CCIH;

Elaborar documentos, pareceres e relatórios pertinentes ao Controle das IRAS;

Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissões de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão.

Art. 15º - Ao representante do Serviço Médico compete:

186



000187

Apoiar a implementação de ações de Controle de Infecção nas áreas específicas de sua responsabilidade;

Supervisionar a indicação e realização de procedimentos com risco em desenvolver IRAS;

Promover e participar de atividades de ensino e atualização baseado no plano de ação de controle de IRAS;

Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos e validar no que se refere aos procedimentos de risco biológico;

Prestar assessoria técnica em relação ao uso de antimicrobianos;

Participar das reuniões periódicas da CCIH;

Participar de eventos científicos referentes à área;

Participar da elaboração de relatórios da CCIH;

Participar do parecer técnico para aquisição de produtos médico-hospitalares.

Art. 16º - Ao representante do Serviço de Enfermagem compete:

Colaborar para que haja adesão máxima do Serviço de Enfermagem à política de Controle de Infecções adotadas pela Instituição;

Participar da vigilância epidemiológica das IRAS;

Promover e participar de atividades técnico-científicas e atualização referente ao plano de ação de controle de IRAS, visando à melhoria da qualidade da assistência no serviço de enfermagem;

Supervisionar a indicação e realização de procedimentos com risco em desenvolver IRAS;

Emitir parecer técnico sobre produtos e equipamentos a serem adquiridos pela instituição;

Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos;

Manter-se alerta quanto à saúde dos funcionários, realizando acompanhamento quando necessário;

Participar das reuniões periódicas da CCIH;

Participar da elaboração de relatórios da CCIH;

Prestar assessoria técnica aos profissionais.

Art. 17º - Ao representante da Farmácia compete:

Fornecer mensalmente o levantamento de consumo de antimicrobiano por clínica, especialidade e paciente;

Participar da definição e padronização da utilização de medicamentos e produtos químicos, juntamente com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;

Informar o uso adequado de produtos e medicamentos que visem a garantia da qualidade da assistência prestada;

Colaborar com a avaliação microbiológica e emitir Parecer Técnico sobre produtos químicos e medicamentos a serem adquiridos pela instituição;

Assegurar a qualidade das condições de armazenamento e prazo de validade de medicamentos e soluções germicidas;

Cuidar para que não interrompa o tratamento com antimicrobiano;

187



000188

Participar das reuniões periódicas da CCIH.

Art. 18º - Ao representante do Laboratório compete:

Orientar a equipe de saúde quanto à coleta de amostras para exames microbiológicos e interpretação de resultados;

Manter arquivos dos dados microbiológicos, permitido estudos e levantamentos;

Realizar levantamento periódico da frequência de microrganismos isolados nas IRAS e da prevalência das cepas resistentes aos antimicrobianos;

Participar das reuniões periódicas da CCIH.

Art. 19º - Ao representante da Estrutura de Governança compete:

Apoiar as ações de controle com vista à prevenção e controle de IRAS;

Estimular a comunidade da Unidade Mista, quanto à adesão das atividades que visem à prevenção e controle das IRAS, demonstrando, que são desejadas e necessárias à instituição;

Definir política de controle de qualidade (promover manutenção preventiva e periódica dos equipamentos; garantir a realização semestral da lavagem e desinfecção dos tanques da instituição);

Participar das reuniões periódicas da CCIH.

Art. 20º - Ao representante da Higienização compete:

Apoiar as ações de controle com vista à prevenção e controle de IRAS;

Orientar e supervisionar a aplicação das técnicas desinfecção, limpeza e antisepsia da Unidade e equipamentos;

Participar da definição da Política de utilização de produtos químicos, juntamente com a Comissão de Farmácia;

Participar das reuniões periódicas da CCIH;

Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos;

Manter-se alerta quanto à saúde dos funcionários, realizando acompanhamento quando necessário.

Art. 21º - À Secretária compete:

Assistir as reuniões;

Lavar termos de abertura e encerramento do livro de Ata e Protocolo;

Auxiliar na elaboração dos documentos da comissão (relatórios, ofícios, pareceres);

Manter suprimento de materiais de consumo diário;

Providenciar o cumprimento das diligências determinadas.

Art. 22º. A comunicação escrita utilizada interna e externamente pode ocorrer através dos seguintes instrumentos:

Agenda de reunião:

Instrumento de comunicação interna/externa da CCIH, utilizado para disciplinar as reuniões, que deverá ser distribuída aos participantes, 24 (vinte e quatro) horas antes da reunião, tendo como responsável, o coordenador da mesma em alinhamento com os demais.

Livro de ata:

188



000189

Instrumento em que será registrada a exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções das reuniões. A ata deverá ser assinada pelo presidente e demais membros, quando se sua aprovação.

**Súmula:**

Instrumento em que são registradas e descritas, de forma sucinta, as decisões, conclusões e orientações das reuniões. Deverá ser distribuída aos participantes até 48 (quarenta e oito) horas após a realização da reunião. É elaborada por quem coordena a reunião ou alguém por delegação deste.

**Programa de ação anual:**

Disparador do processo de planejamento da CCIH. "É um conjunto hierarquizado de prioridades da instituição de saúde. Apresenta em linhas gerais estratégias adotadas a médio e longo prazo, dando subsídios para o planejamento e transformações de metas em resultados.

**Relatórios:**

Interpretação e análise de indicadores técnicos, administrativos ou financeiros que podem subsidiar tomadas de decisões e facilitar o processo de acompanhamento dos resultados.

**Comunicação Interna:**

Correspondência interna destinada a tratar de assuntos de interesse da CCIH (técnicos, administrativos ou financeiros), podendo ser utilizada entre as áreas ou serviços da instituição.

**Comunicado:**

Instrumento que contém avisos e/ou determinações da CCIH destinado a todo a Unidade Mista ou algumas áreas ou serviço.

Art. 23º - A comunicação oral utilizada interna e externamente pode ocorrer através dos seguintes instrumentos:

**Reuniões de Alinhamento Gerencial:**

Compõem o processo de alinhamento entre os membros da CCIH. Têm por objetivo discutir as ações a serem desenvolvidas pelas diversas áreas em curto período de tempo, tomadas de decisões administrativas e repasse de informações/orientações gerais, segundo cronograma anual.

**Reuniões de Alinhamento Técnico:**

Compõem o processo de alinhamento entre a CCIH e as demais áreas ou serviço. Com o objetivo de discutir as ações técnicas a serem desenvolvidas pelas diversas áreas em curto período de tempo, os pontos críticos e tomadas de decisões relativas à qualidade, segundo às necessidades das áreas ou serviços.

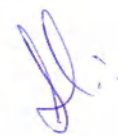
**Reuniões de acompanhamento, avaliação e julgamento:**

São reuniões mensais estabelecidas oficialmente em cronograma divulgado anualmente e compõem o processo de acompanhamento, avaliação e julgamento da CCIH, áreas ou serviço. Têm por objetivo formalizar e disciplinar o processo de planejamento e de acompanhamento, *avaliação e julgamento*. São responsáveis, ainda, por promover a integração das equipes e das ações desenvolvidas.

**Reuniões extraordinárias:**

São as reuniões que ocorrem extras aos Processos de Planejamento. Podem ser convocadas sempre que necessário para busca de apoios na identificação de soluções e oportunidades de

189



servir. Têm por objetivo refletir o modelo participativo de gestão, em que todo profissional ou parceiro da Unidade Mista de promover o diálogo nos diversos níveis hierárquicos.

#### Sistema de Vigilância Epidemiológica:

Art. 24º - Vigilância Epidemiológica é a observação ativa, sistemática e contínua da ocorrência de infecções e de sua distribuição entre pacientes ou dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

Art. 25º - O método de Vigilância Epidemiológica deve atender às características da Unidade Mista, à estrutura do pessoal e a natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo.

Art. 26º - Serão utilizados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência.

Art. 27º - Serão realizados métodos de busca ativa de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das IRAS.

Art. 28º - Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

#### Processo de Educação:

Art. 29º - A CCIH deve participar do processo educativo dos clientes internos e externos com vistas a prevenção e controle das infecções, envolvendo atividades de educação permanente, reciclagem e treinamento técnico, com aulas teórica e prática, principalmente as relacionadas ao controle de IRAS.

Parágrafo Único: O projeto de educação deverá ser elaborado através do levantamento das necessidades do cliente e do serviço, realizando o diagnóstico, determinando coberturas e metas e identificando facilitadores.

#### Disposições Gerais:

Art. 30º - A CCIH convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Art. 31º - A Diretoria Geral da Unidade Mista poderá, a qualquer tempo e por motivo justificável, promover a substituição dos membros da CCIH.

Art. 32º - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Presidente da CCIH e em grau de recurso pelo Diretor Geral da instituição.

Art. 33º - O presente regimento poderá ser alterado, mediante proposta da CCIRAS, através da maioria absoluta dos seus membros, submetida ao Diretor Geral.

Art. 34º. Este regimento entrará em vigor após aprovação pela Diretor Geral ou Diretor Geral, revogadas as disposições em contrário.

IBGH		CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO 2022											
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	PRESIDENTE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PRIMEIRA REUNIÃO MENSAL	COMISSÃO		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES	COMISSÃO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTOS	COMISSÃO				X	X	X	X	X	X	X	X	X

Tabela 7 - Cronograma de implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar



000101

#### 4.3.1.2 Comissão de Ética Médica (CEM)

##### REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

A Resolução CFM nº 1657/2002 (Alterada pela Resolução CFM nº 1812/2007) estabelece no Art. 1º: "Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas que se exerçam a medicina, ou sob cuja égide se exerça a medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto em seus Regimentos Internos, Comissões de Ética nos termos desta Resolução. Assim, a Resolução evidencia a obrigatoriedade dos hospitais possuir a Comissão de Ética, ainda que sob a gestão de uma única entidade, como um braço do Conselho Nacional e Regional de Medicina no local, assim agilizando as apurações das possíveis infrações éticas ocorridas no local.

Atuação:

Art. 1º - A Comissão de Ética Médica (CEM) atuará junto à Estrutura de Governança na Diretoria Geral e Diretoria Técnica, de forma educativa, prevenindo as infrações éticas, e de forma fiscalizadora das condições oferecidas para o exercício profissional.

Organização:

Art. 2º - Organizará e manterá, em todo âmbito da Unidade.

§ 1º - Os assuntos e funcionamento das CEM serão coordenadas pela Unidade Mista, através da Coordenação da Comissões de Ética Médica.

§ 2º - A Coordenação da Comissão de Ética Médica será exercida por três conselheiros especificamente designados pela Diretoria Geral da Unidade Mista.

§ 3º - Cabe ao Diretor Geral prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética Médica na Unidade Mista.

Art. 3º - A CEM será instalada nas dependências da Unidade Mista de acordo, porém o presente documento ressalva as necessidades de acordo com o crescimento Institucional.

Art. 4º - Na instituição que possuir de 16 a 99 médicos a CEM deverá ser composta por 03 (três) membros efetivos e 03 (três) suplentes.

Art. 5º - O mandato dos membros das CEM será de 30 (trinta) meses, de forma a proporcionar eleições gerais para a Comissão de Ética, permitindo-se a reeleição.

Regulamentação:

Art. 6º - A Comissão de Ética Médica estará regulamentada pelas Resoluções do Conselho Federal e Regional de Medicina em âmbito Nacional.

Subordinação:

Art. 7º - Estão subordinadas único e exclusivamente ao Conselho Federal de Medicina e ao Conselho Regional de Medicina do estado do Amapá e não aos Diretores das instituições médicas.

Funções:

191



000132

Art. 8º - Ampliar e descentralizar a ação do Conselho Regional de Medicina nas funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do exercício profissional.

Obrigatoriedade:

Art. 9º - Nos Serviços de Saúde sob gestão do IBGH há obrigatoriedade que tenham 16 (dezesesseis) ou mais médicos em atividade.

Composição:

Art. 10º - A escolha dos membros deve ser feita mediante eleição direta entre todos os médicos que compõem o corpo clínico, e que não exerçam cargos de Direção, Gerente ou Supervisor em Gestão em Saúde.

Art. 11º - Compostas de, no mínimo, três profissionais que exercerão o cargo no período de trinta meses.

A constituição da CEM seguirá a tabela abaixo:

CONSTITUIÇÃO DA CEM	
QUANTIDADE	CATEGORIA
1	DIRETOR TÉCNICO
1	COORDENADOR MÉDICO
1	MÉDICO INTENSIVISTA
1	MÉDICO CLÍNICO
1	MÉDICO EMERGENCISTA
1	GERENTE DE NQSP

*Tabela 8 - Constituição da Comissão de Ética Médica*

Condições:

Art. 12º - Cabe ao Diretor Geral prover as condições necessárias ao trabalho efetivo da Comissão de Ética.

Competências:

Art. 13º - Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, sua liberdade, sua iniciativa e a qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais.

Art. 14º - Acompanhar e orientar, do ponto de vista ético, as pesquisas e ensaios clínicos desenvolvidos no estabelecimento.

Art. 15º - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina eventual exercício ilegal da medicina.

Art. 16º - Apreciar, instruir ou promover sindicância para esclarecer os problemas éticos que venham a ocorrer no âmbito da instituição, e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina.





Art. 17º - Atuar junto à Diretoria de Gestão à Saúde da Unidade Mista, oferecendo orientação para prevenir o cometimento de infrações éticas e fiscalizando a existência de condições e meios que permitam o perfeito desempenho técnico da medicina.

Art. 18º - Divulgar entre os médicos do corpo clínico as decisões, normas e recomendações emanadas do Conselho Regional e Federal de Medicina.

Art. 19º - Atuar junto aos médicos, outros profissionais de saúde, à população e organizações da sociedade civil, esclarecendo os deveres e direitos dos médicos.

Art. 20º - Orientar os médicos para evitar o cometimento de infração ética, quando dos movimentos reivindicatórios da categoria.

Art. 21º - Colaborar com os Órgãos Públicos e outras Entidades de Profissionais de Saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional.

Das Recomendações aos Diretores de Gestão à Saúde:

Art. 22º - São recomendações aos diretores de gestão à saúde:

Valorizar o trabalho da Comissão de Ética Médica viabilizando o seu funcionamento, provendo condições de infraestrutura física e material, bem como a compensação de horários, a critério da administração;

Recomendações aos médicos da Unidade Mista;

Reconhecer os membros da Comissão para que a equipe médica e multidisciplinar solicite orientação da CEM em casos de dúvidas do exercício profissional, que envolvam condições de trabalho, como liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido;

Encaminhar à Comissão as denúncias que envolvam ato médico na Unidade Mista;

Implantar Políticas de Ética Médica bem como Normas e Rotinas internas. Ampliar e descentralizar a ação da Unidade Mista, na sua jurisdição, quanto à fiscalização e supervisão do exercício profissional no que se refere a prática médica.

IBGH		CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO 2022											
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	PRESIDENTE				X	X	X	X	X	X	X	X	X
PRIMEIRA REUNIÃO MENSAL	COMISSÃO					X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTOS	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X
REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÕES MENSAS	COMISSÃO								X	X	X	X	X
AValiação DE INDICADORES TRIMESTRAIS	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE MELHORIAS	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X
AValiação DAS MELHORIAS	COMISSÃO									X	X	X	X

Tabela 9 - Cronograma de implantação da Comissão de Ética Médica



000134

#### 4.3.1.3 Comissão Ética de Enfermagem (CEEn)

### REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

#### Natureza e Finalidades:

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn) do Serviço de Saúde será composta atendendo a determinação da Decisão COREN REGIONAL que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde, sendo então aprovada e homologada pelo órgão máximo da Instituição.

Art. 1º - A CEEn é um órgão representativo do COREN REGIONAL no que se refere às questões éticas envolvendo profissionais de Enfermagem.

Art. 2º - A atuação da CEEn limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais de Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

Art. 3º - A CEEn agrega as seguintes finalidades: orientação, assessoramento, averiguação e emissão de pareceres de fatos relacionados ao exercício ético-profissional da categoria.

Art. 4º - A CEEn reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que compõem esta comissão.

#### Composição e Organização:

Art. 5º - A CEEn deverá ser constituída por no mínimo, 1 (um) Enfermeiro e 1 (um) Técnico em Enfermagem efetivos e seus respectivos suplentes, observando os seguintes critérios:

Ter, no mínimo, 1 (um) ano de efetivo exercício profissional;

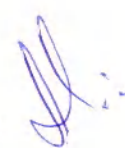
Estar em pleno gozo dos direitos profissionais;

Inexistir condenação em processo ético, disciplinar, civil ou penal nos últimos 5 (cinco) anos;

Atender ao critério de proporcionalidade em relação ao número de profissionais de cada categoria.

A constituição da CEEn seguirá a tabela abaixo:

CONSTITUIÇÃO DA CEEn	
QUANTIDADE	CATEGORIA
1	DIRETOR ASSISTENCIAL
1	GERENTE ENFERMAGEM DE
1	COORDENADOR ENFERMAGEM DE
3	ENFERMEIRO SUPERVISOR



000135

1	GERENTE DE NQSP
---	-----------------

*Tabela 10 – Constituição da Comissão de Ética de Enfermagem*

Art. 6º - A CEEEn será composta de 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário, seus respectivos suplentes, e demais membros efetivos - 2 (dois) Técnicos em enfermagem e respectivos suplentes, eleitos pelos componentes da profissão da referida instituição.

Parágrafo único - O cargo de Presidente somente poderá ser ocupado por Enfermeiro lotado na instituição.

Art. 7º - O Enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico de Enfermagem, não poderá participar da CEEEn da respectiva instituição.

Art. 8º - O tempo de mandato da CEEEn será de 2 (dois) anos, sendo admitida apenas uma reeleição pelos componentes de Enfermagem, por igual período.

Art. 9º - O afastamento dos membros integrantes da CEEEn poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.

Parágrafo único - Diante de qualquer forma de afastamento, o Presidente da CEEEn comunicará o fato à Comissão de Ética do COREN REGIONAL.

Art. 10º - É caracterizado o término de mandato, quando o membro integrante da Comissão cumpre o período de 02 (dois) anos de gestão.

Art. 11º - 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 CEEEn, por escrito, com antecedência de, no mínimo, 15 (quinze) dias da data de início do afastamento.

Art. 12º - 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 CEEEn, com antecedência de 30 (trinta) dias.

Art. 13º - É caracterizada a destituição, quando o afastamento definitivo do membro integrante da CEEEn, dar-se-á por decisão da Comissão, tomada em Reunião Ordinária, constando o fato em ata.

§ 1º - A destituição ocorrerá nos seguintes casos:

Ausência, não justificada, em 3 (três) reuniões consecutivas;

Ter sido condenado em processo ético, civil ou penal.

§ 2º - A destituição implica na perda do direito a nova candidatura para integrar a CEEEn.

Art. 14º - A substituição dos integrantes da CEEEn se processará da seguinte maneira:

A vacância por término de mandato atenderá os critérios estabelecidos no Art. 5º deste regimento;

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.



000136

Parágrafo único - A vaga de suplente em caráter temporário será preenchida:

Por escolha dos membros da CEEEn;

Ou indicado pelo Gestor de Enfermagem, Coordenador de Unidade, cabendo a CEEEn avaliação acerca do perfil e interesse do candidato para atividades inerentes ao cargo;

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.

Competências:

Art. 15º - Compreende as competências gerais da CEEEn:

Promover a divulgação das finalidades e competências da CEEEn na instituição e de seus respectivos membros;

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 REGIONAL;

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 REGIONAL;

Colaborar com o COREN REGIONAL nas atividades de divulgar, educar, discutir e orientar sobre temas relativos à ética na enfermagem;

Fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos profissionais de enfermagem e das demais determinações do COFEN e COREN REGIONAL;

Assessorar a gerência de enfermagem da instituição no que se refere às questões de ética profissional;

Realizar orientações aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas, sempre que necessário;

Promover orientações aos profissionais de enfermagem sobre o exercício profissional ético e as implicações advindas de atitudes contrárias ao Código de Ética;

Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem;

Analisar e emitir parecer técnico sobre desenvolvimento de projetos de pesquisas que envolvam os profissionais de enfermagem sempre que solicitado;

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;

Comunicar formalmente ao COREN REGIONAL indícios de exercício ilegal da profissão, e/ou quaisquer indícios de infração da Lei do exercício profissional e de outros documentos afins;

Comunicar formalmente ao COREN REGIONAL ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem que comprometam a qualidade da assistência prestada ao cliente e familiares;

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 Gerência de Enfermagem para as providências administrativas, se houver, e ao COREN REGIONAL para providências conforme norma própria;

Encaminhar anualmente ao COREN REGIONAL e a Gestão de Enfermagem, o relatório das atividades desenvolvidas no ano em curso;

196

000197

Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN REGIONAL quando necessário;

Solicitar ao Presidente do COREN REGIONAL apoio técnico e da Superintendência Técnica da Instituição apoio de logística, para viabilizar o desempenho das funções da CEEEn;

Propor e participar a Gestão de Enfermagem e Educação Continuada, ações educativas sobre ética junto à equipe de enfermagem da instituição;

Organizar e realizar pleito eleitoral para Comissão de Ética sucessora;

Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento, das normas referentes ao exercício ético-profissional, e da Decisão COREN REGIONAL nº 03 de março de 2005.

Art. 16º - Competências privativas ao Presidente da CEEEn:

Convocar, presidir e coordenar conforme pauta elaborada pelo mesmo as reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem;

Propor atividades de planejamento semestral e redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação pela CEEEn;

Averiguar as denúncias recebidas envolvendo profissionais de enfermagem e instaurar sindicâncias diante de indícios de infração ética-administrativa;

Delegar para as sindicâncias instauradas, um presidente, secretário e vogal, estabelecendo suas respectivas funções;

Encaminhar relatório final da sindicância a Gestão de Enfermagem para conhecimento e providências administrativas, bem como enviar relatório final arrolado de documentos comprobatórios e respectivas declarações de oitivas para o COREN REGIONAL, para julgamento e providências cabíveis;

Representar a CEEEn na Instituição e no COREN REGIONAL, ou quando se fizer necessário, podendo integrar a Comissão de Ética Interprofissional da Instituição;

Encaminhar decisões da CEEEn ao setor competente, de acordo com a situação;

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 Gerência de Enfermagem e à Comissão de Ética do COREN REGIONAL;

Representar o COREN REGIONAL em eventos, segundo solicitação do órgão.

Compreende as competências dos membros titulares da CEEEn:

Comparecer e participar das reuniões, e quando impedido de comparecer, convocar a presença do suplente;

Emitir parecer sobre as questões propostas e participar, através de voto, das decisões a serem tomadas pela CEEEn;

Participar da elaboração e execução de atividades e relatórios anuais, bem como de programações relacionadas aos aspectos éticos, promovidos pela CEEEn ou por outras entidades;

*Representar a CEEEn quando solicitado pelo Presidente.*

Parágrafo único: O membro delegado como Secretário deve secretariar as atividades da CEEEn, dar encaminhamento das deliberações do Presidente, registrar as reuniões em ata e providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos. Também lhe compete representar a CEEEn nos impedimentos do Presidente e suplente respectivo.

Art. 17º - Compreende as competências dos membros suplentes da CEEEn:

197



000198

Participar das reuniões promovidas pela CEEEn;

Substituir os respectivos membros titulares nos seus impedimentos, inclusive o suplente de Presidente, assumindo as competências do membro titular;

Participar da elaboração e execução das atividades promovidas pela CEEEn.

Funcionamento:

Art. 18º - A CEEEn 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 REGIONAL.

Art. 19º - 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.

Art. 20º - As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da Comissão ou, na ausência deste, por seu Suplente.

Art. 21º - 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.

Art. 22º - Em caso de impedimento do membro titular de comparecer à reunião ordinária ou extraordinária, este deverá solicitar ao seu suplente o comparecimento.

§ 1º - Os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar formalmente a ausência na reunião até o término desta.

§ 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.

§ 3º - Os membros titulares e/ou suplentes poderão justificar até duas ausências consecutivas, sendo no máximo de três ao ano.

Art. 23º - Qualquer membro que deixar de comparecer a 3 (três) reuniões consecutivas, sem justificativa, será destituído da Comissão, devendo ser substituído conforme determina o Art. 14º.

Art. 24º - As decisões/deliberações da CEEEn serão tomadas por maioria simples de seus membros titulares ou de seus suplentes, quando na condição de substituto, sendo prerrogativa do Presidente o voto de desempate e necessário.

§ 4º - Os membros efetivos terão direito a voz e voto.

§ 5º - 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.

§ 6º - É indicada a participação dos membros suplentes em todas as reuniões, independentemente de estarem ou não substituindo membros efetivos.

Art. 25º - Os atos da CEEEn relativos à sindicância ou fiscalização, deverão ser estritamente sigilosos.

Art. 26º - A sindicância deverá ser instaurada mediante:

198



000139

Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;

Deliberação da própria CEEEn;

Determinação do Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 27º - Para execução da sindicância o Presidente da CEEEn nomeará e convocará 3 (três) membros: 1 (um) enfermeiro que assumirá a função de Presidente, 1 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem para função de Secretário e 1 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem para função de Vogal.

Art. 28º - 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 CEEEn.

Art. 29º - Aberta a sindicância para esclarecimentos à Comissão de Sindicância, deverá:

Comunicar o fato aos principais envolvidos;

Proceder a convocação, quando tratar-se de profissional de enfermagem, ou convite através de memorando para outras pessoas envolvidas, com antecedência de no máximo 5 (cinco) dias, para realização das oitivas (depoimentos), com data, horário e local determinados, devendo ser registrado em livro de protocolo da CEEEn.

§ 7º - Se o convocado não comparecer na data da sindicância, deverá apresentar justificativa por escrito à CEEEn até 48 (quarenta e oito) horas após a referida data.

§ 8º - Diante de justificativa do não comparecimento, deverá ser feita segunda e última convocação, com prazo máximo de 3 (três) dias.

§ 9º - Em caso de não comparecimento e não apresentação da justificativa, a CEEEn deverá comunicar o fato ao COREN REGIONAL, para análise.

Art. 30º - 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 CEEEn, preservando assim o sigilo.

Art. 31º - 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.

Art. 32º - 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.

§ 10º - Havendo mais de uma página, todas deverão ser rubricadas pelos presentes e assinadas com nome completo na última página.

§ 11º - Caso necessário, a CEEEn poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 33º - Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a Presidente da CEEEn deverá encaminhar o Relatório Final com o processo devidamente instruído ao COREN REGIONAL, para tramitação competente.

199



000200

Art. 34º - Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir o Código de Ética, a CEEEn poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir Relatório Final para o COREN REGIONAL.

§ 12º - Ocorrendo à conciliação, a CEEEn lavrará tal fato em ata específica.

§ 13º - Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Art. 35º - Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da CEEEn, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

Art. 36º - 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.

Art. 37º - Ao término da sindicância deverá ser entregue um comunicado ao denunciado informando os devidos encaminhamentos.

Processo Eleitoral:

Art. 38º - O escrutínio para eleição de membros da CEEEn será realizado, preferencialmente, através de voto facultativo, secreto e direto, sendo os candidatos eleitos pelos seus pares.

Art. 39º - A CEEEn 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.

Art. 40º - A Comissão Eleitoral deverá ser composta por três membros da CEEEn, 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.

Art. 41º - Os materiais necessários para o desenvolvimento de todo o processo eleitoral serão de responsabilidade da Gerência de Enfermagem da respectiva instituição, devendo ser solicitado pela Comissão Eleitoral.

Art. 42º - O edital para a eleição de novos membros para CEEEn, com a convocação de candidatos para o pleito, deverá ser divulgado, após autorização do COREN REGIONAL 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 CEEEn deverá encaminhar cópia do edital de convocação da eleição, ao COREN REGIONAL, no mesmo dia em que for publicado na instituição.

Art. 43º - 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.

§ 14º - Os candidatos ao pleito deverão possuir no mínimo 1 (um) ano de inscrição definitiva, estando em dia com as suas obrigações junto ao COREN REGIONAL, não estando envolvido em processo ético no COREN REGIONAL, e não respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

§ 15º - Compete à Comissão Eleitoral solicitar aos candidatos Certidão Negativa expedida pelo COREN REGIONAL.

§ 16º - As Chapas deverão ser constituídas obrigatoriamente por dois grupos:

Grupo I: correspondente ao Quadro I da categoria de Enfermeiros;

Grupo II: correspondente aos Quadros II e III, respectivamente da categoria Técnicos de Enfermagem.

200





090201

§ 17º - 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.

§ 18º - A Comissão Eleitoral deverá enviar ao COREN REGIONAL 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.

Art. 44º - Após a formação das chapas, a Comissão Eleitoral poderá confeccionar cartazes com a composição da chapa, informando data, local e horário das eleições.

Art. 45º - Somente poderão votar os profissionais inscritos no COREN REGIONAL, que não estejam em débito com este órgão, que não estejam envolvidos em processo ético no COREN REGIONAL, e nem respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

Parágrafo único - O COREN REGIONAL fornecerá à Comissão Eleitoral a relação dos profissionais de Enfermagem da entidade que estiverem devidamente inscritos e em condições de votar e serem votados.

Art. 46º - O local para a realização do pleito será definido pela Comissão Eleitoral juntamente com a gerência de Enfermagem da Instituição.

Art. 47º - A eleição deverá ser realizada durante o horário de trabalho, respeitando todos os turnos.

Art. 48º - 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.

Art. 49º - A apuração dos votos será realizada pela Comissão Eleitoral, na presença dos fiscais, se houverem, ou de outros interessados, imediatamente após o encerramento do pleito.

Art. 50º - Somente as cédulas sem rasuras e os votos que não apresentarem dúvidas ou interpretação dúbia serão considerados válidos.

Art. 51º - Será considerada eleita a Chapa que obtiver maior número de votos válidos.

Art. 52º - Em caso de empate será vencedora a Chapa que tiver maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de inscrição no COREN REGIONAL, 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.

Art. 53º - 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 REGIONAL.

Art. 54º - 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 REGIONAL.

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.

Art. 55º - A Comissão Eleitoral proclamará os resultados da eleição através de edital interno, imediatamente após o recebimento de uma cópia da ata da eleição.

§ 19º - A Comissão Eleitoral divulgará a lista nominal de todos os votados na Instituição.

§ 20º - A lista deverá informar sobre:



006202

O nome dos membros efetivos, sua categoria profissional e seu número de inscrição junto ao COREN REGIONAL.

O nome dos membros suplentes, sua categoria profissional, e seu número de inscrição junto ao COREN REGIONAL.

O nome dos profissionais que compunham outras chapas e que receberam votos, sua categoria profissional, e o seu número junto ao COREN REGIONAL.

Art. 56º - A CEEEn enviará ao COREN REGIONAL, o resultado do pleito no prazo de 5 (cinco) dias.

Art. 57º - 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 a 48 (quarenta e oito) horas, após a data da publicação dos resultados, em segunda instância à CCEEn e, por último, à instância superior – o COREN REGIONAL.

Art. 58º. Os membros integrantes da Chapa eleita assumirão o mandato após homologação da eleição pelo COREN REGIONAL.

Parágrafo único - Somente após a homologação pelo Plenário do COREN REGIONAL, e a nomeação por Portaria emitida pelo seu Presidente, a nova CEEEn estará oficialmente autorizada para iniciar suas atividades definidas neste regimento.

Art. 59º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral, podendo esta formular consultas ao COREN REGIONAL.

Disposições Gerais:

Art. 60º - A CCEEn norteará suas atividades pelo regimento interno e pelas normas ético-legais estabelecidas pelo COFEN e COREN REGIONAL.

Art. 61º - Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEEEn, do Gerente de Enfermagem da instituição ou da Comissão de Ética do COREN REGIONAL.

Parágrafo único - A alteração será submetida à aprovação em reunião ordinária e/ou extraordinária da CEEEn da instituição e à homologação da Plenária do COREN REGIONAL.

Art. 62º - O Órgão de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CEEEn.

IBGH		CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO 2022											
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	PRESIDENTE			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PRIMEIRA REUNIÃO MENSAL	COMISSÃO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES	COMISSÃO				X	X	X	X	X	X	X	X	X
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTOS	COMISSÃO					X	X	X	X	X	X	X	X
REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÕES MENSAS	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X
AVALIAÇÃO DE INDICADORES TRIMESTRAIS	COMISSÃO					X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE MELHORIAS	COMISSÃO					X	X	X	X	X	X	X	X
AVALIAÇÃO DAS MELHORIAS	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X

Tabela 11 – Cronograma de implantação da Comissão de Ética de Enfermagem



#### 4.3.1.4 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CRP)

### REGIMENTO INTERNO DE COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Finalidade:

Atender a resolução CFM N°. 1.638 de 10 de julho de 2002, onde é definido prontuário médico como um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 1º - É um órgão de assessoria vinculado à Direção Geral e Direção Técnica da instituição.

Composição:

Art. 2º - A composição deverá ser de dois membros médicos, dois membros da Estrutura de Governança da Instituição, um membro do Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME e um enfermeiro.

Art. 3º - Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela Diretoria Geral em comum acordo com a Diretoria Técnica.

A constituição da CRP seguirá a tabela abaixo:

CONSTITUIÇÃO DA CRP	
QUANTIDADE	CATEGORIA
1	DIRETOR ASSISTENCIAL
1	MÉDICO AUDITOR
1	ENFERMEIRO AUDITOR
1	GERENTE DE ENFERMAGEM
1	COORDENADOR MÉDICO
1	GERENTE DE NQSP

Tabela 12 - Constituição da Comissão Revisão de Prontuário

Mandato:

Art. 4º - O mandato será de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Geral em comum acordo com a Direção Técnica.



000204

Art. 5º - A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Geral a cada dois anos em local visível e de fácil acesso bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 6º - O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pela Direção Geral da instituição bem como os cargos de vice-presidente e secretário.

Art. 7º - No caso de substituição de um ou mais membros, cabe a Direção Geral em comum acordo com a Direção Técnica realizar novas nomeações através de portaria.

#### Funcionamento e Organização:

Art. 8º - As reuniões acontecerão conforme a necessidade, sendo obrigatório reunião ordinária a cada dois meses.

Art. 9º - A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses gera sua exclusão automática.

Art. 10º - Na ausência do presidente, o vice assume suas funções. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião.

Art. 11º - As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação por maioria simples dos membros presentes.

Art. 12º - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em reunião prévia.

Art. 13º - As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata e arquivada contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Art. 14º - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 15º - Além das reuniões ordinárias a cada dois meses poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice-Presidente.

#### Atribuições:

Art. 16º - A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;

Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;

Normalizar o preenchimento das contrarreferências conforme orientação da Direção Geral e Direção Técnica;

Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição;

Tipo de Falta;

204

Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos;

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

Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;

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

Desenvolver atividades de caráter técnico – científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Art. 17º - São atribuições do Presidente da Comissão:

Convocar e presidir as reuniões;

Indicar seu vice-presidente;

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

Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

Fazer cumprir o regimento.

§ 1º - Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade.

§ 2º - Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

§ 3º - As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 18º - São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

Organizar a ordem do dia;

Receber e protocolar os processos e expedientes;

Lavrar a ata das sessões/reuniões;

Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

Organizar e manter o arquivo da comissão;

Preparar a correspondência;

Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;

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

Disposições Gerais:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com o Diretor Técnico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

000206

IBGH		CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO 2021											
ações	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	PRESIDENTE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PRIMEIRA REUNIÃO MENSAL	COMISSÃO		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES	COMISSÃO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTOS	COMISSÃO				X	X	X	X	X	X	X	X	X
REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÕES MENSASIS	COMISSÃO					X	X	X	X	X	X	X	X
AValiação DE INDICADORES TRIMESTRAIS	COMISSÃO				X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE MELHORIAS	COMISSÃO				X	X	X	X	X	X	X	X	X
AValiação DAS MELHORIAS	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X

Tabela 13 – Cronograma de implantação da Comissão de Revisão de Prontuários

#### 4.3.1.5 Comissão Hospitalar de Epidemiologia (CVE)

##### Objetivo:

Atuar e planejar ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de monitorar o comportamento, a tendência, recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos bem como, interromper a cadeia de transmissão. As ações de vigilância epidemiológica são desenvolvidas de forma descentralizada na Unidade que compõem a rede de serviços e em regime de plantão.

Art. 1º - O Núcleo de Vigilância Epidemiológica trabalha com 3 (três) grandes bancos de dados nacionais, continuamente alimentados: o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); o Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN).

##### Competências:

Art. 2º - Prestar apoio técnico às unidades notificantes da rede pública e aos serviços privados:

Receber, consolidar e analisar os dados provenientes das unidades notificantes;

Divulgar fluxos e prazos para o envio de dados pelas unidades notificantes, respeitando os fluxos e prazos estabelecidos;

Avaliar a regularidade, completitude, consistência e integridade dos dados, para a manutenção da qualidade da base de dados;

Corrigir duplicidades, inconsistências e possíveis erros no SINAN;

Supervisionar as ações de notificação compulsória em nível municipal;

Realizar avaliações epidemiológicas e operacionais em nível municipal;

Reunir, organizar e divulgar informações epidemiológicas relativas ao Município;

Organizar capacitações direcionadas aos profissionais das unidades notificantes.

##### Composição:



000007

A CVE deverá obrigatoriamente ter a participação de representante médico e de enfermagem na sua constituição. A constituição seguirá a tabela abaixo:

CONSTITUIÇÃO DA CVE	
QUANTIDADE	CATEGORIA
1	ENFERMEIRO DE VIGILÂNCIA
1	ENFERMEIRO DO SCIRAS
1	MÉDICO INFECTOLOGISTA
1	COORDENADOR MÉDICO
1	FARMACÊUTICO
1	GERENTE DE NQSP

Tabela 14 - Constituição da Comissão de Vigilância Epidemiológica

IBGH		CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO 2022											
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	PRESIDENTE			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PRIMEIRA REUNIÃO MENSAL	COMISSÃO				X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES	COMISSÃO					X	X	X	X	X	X	X	X
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTOS	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X
REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÕES MENSAS	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X
AValiação DE INDICADORES TRIMESTRAIS	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE MELHORIAS	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X
AValiação DAS MELHORIAS	COMISSÃO								X	X	X	X	X

Tabela 15 - Cronograma de implantação da Comissão de Vigilância Epidemiológica

#### 4.3.1.6 Comissão de Revisão de Óbitos (CROb)

##### REGIMENTO INTERNO DE COMISSÃO DE REVIÃO DE ÓBITOS

Objetivo:

Avaliar a qualidade da assistência prestada na Unidade a partir da análise dos óbitos hospitalares.

090208

Art. 1º - Detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da internação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria da Unidade.

Art. 2º - Avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída.

Funcionamento:

Art. 3º - Reuniões com periodicidade mensal no consultório anexo da psiquiatria, assim como envio de indicadores e informações.

Art. 4º - Ausência sem justificativa de um membro em três reuniões consecutivas ou seis reuniões não consecutivas no período de 12 (doze) meses gera sua exclusão automática.

Art. 5º - Decisões por aprovação (votação aberta) da maioria, com voto de minerva do primeiro integrante a chegar na reunião; Registro das reuniões em ata simples.

Constituição:

Obrigatoriamente a Comissão deverá conter os seguintes profissionais:

Representante médico da unidade do óbito;

Representante enfermeiro da unidade do óbito;

Representante fisioterapeuta;

Representante nutricionista;

Representante fonoaudiólogo;

Representante do Núcleo de Segurança do Paciente.

Outros profissionais poderão ser convidados para participar da reunião como membro consultor, desde que solicitado previamente pela comissão.

A constituição da CRO seguirá a tabela abaixo:

CONSTITUIÇÃO DA CRO	
QUANTIDADE	CATEGORIA
1	COORDENADOR MÉDICO
1	GERENTE DE ENFERMAGEM
1	FISIOTERAPEUTA
1	FONOAUDIOLOGO
1	NUTRICIONISTA
1	GERENTE DE NQSP

Tabela 16 - Constituição da Comissão de Revisão de Óbito

Metodologia:



208



000209

Art. 6º - Análise dos prontuários de óbitos da Unidade pelo CRO, utilizando-se instrumento específico de coleta de dados com padronização das variáveis.

Art. 7º - Inclusão do critério ASA para estratificação de gravidade intra-hospitalar.

Fontes de Informação:

Art. 8º - São consideradas fontes de informação:

Autorização de Internação Hospitalar (AIH);

Relatório de alta;

Declaração de Óbito (DO);

Relato cirúrgico;

Evoluções médicas;

Evoluções de enfermagem;

Evoluções da equipe multiprofissional;

Anotações de enfermagem.

Variáveis Analisadas:

Art. 9º - São consideradas variáveis autoexplicativas:

Idade;

Sexo;

Data da internação;

Dia, data e hora do óbito;

Diagnóstico de admissão;

Diagnóstico final e causa morte;

Óbito antes do início do tratamento;

Óbito antes de 48 (quarenta e oito) horas;

Óbito no ato cirúrgico ou anestésico;

Óbito no pós-operatório imediato;

Acidentes ou falhas operacionais.

Art. 10º - São consideradas variáveis categorizadas:

Confirmação do diagnóstico: clínico (baseado na evolução clínica e resposta terapêutica), clínico laboratorial (confirmação diagnóstica baseada em resultados de exames de patologia clínica ou de imagens), cirúrgico (expresso no relatório cirúrgico) ou anatomopatológico (resultado de necropsia ou de exame anatomopatológico). Quando não há enquadramento em nenhum desses critérios é classificado como não confirmado;

Anamnese adequada: inclui história da doença atual, história patológica pregressa, história familiar e história social colhida até 24 (vinte e quatro) horas após a admissão, com dados completos de identificação;

Exame físico adequado: registro de avaliação de todos os segmentos e sistemas;

Evolução adequada: evolução médica e de enfermagem diária, constando hora e data, assinada e carimbada;

209



000210

Exames complementares adequados: realização de exames compatíveis com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;

Terapêutica adequada: compatível com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;

Óbito desassistido: quando o óbito ocorre sem a presença de um profissional da equipe de saúde envolvida na assistência ao paciente;

Infecção relacionada a assistência à saúde: qualquer infecção surgida após 72 (setenta e duas) horas da internação do paciente, podendo se manifestar durante a internação ou após a alta, ou surgida antes de 72 (setenta e duas horas) horas após realização de procedimento invasivo diagnóstico ou terapêutico, associável ao processo infeccioso.

Falhas Operacionais:

Art. 11º - São consideradas falhas operacionais:

Não realização de exame solicitado;

Não realização de procedimento solicitado;

Falta de material médico-hospitalar;

Falta de hemoderivados;

Falta de medicação prescrita;

Erro na administração de medicação prescrita;

Falha em equipamento médico-hospitalar;

Não conformidade no resultado de exames;

Falta de preenchimento de impressos de rotina;

Letra ilegível;

Falta de assinatura e registro de conselho;

Falta de vaga em setor crítico;

Retorno para setor crítico;

Queda do leito;

Formação de escaras;

Perda de acesso venoso central;

Perda de tubo orotraqueal ou traqueostomo;

Perda de sondas (nasogástrica, nasoenteral, vesical);

Obstrução de vias aéreas por secreção;

Extravio de material para exames.

Diagnósticos:

Art. 12º - São considerados diagnósticos:

Infarto Agudo do Miocárdio;

Acidente Vascular Cerebral;

Sepse;

Óbito intraoperatório;

210



000211

Outros.


Classificação do Óbito:

Art. 13º - A classificação dos óbitos é dividida em:

Não Evitável: quando a patologia existente justifica a evolução fatal;

Evitável: quando o óbito ocorrer por inadequação da terapêutica, da investigação ou das condições operacionais;

Inconclusivo: quando não é possível o enquadramento nas categorias anteriores, devendo haver enquadramento em uma de nove justificativas definidas que caracterizam a causa da impossibilidade de o avaliador chegar a uma conclusão.



AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	PRESIDENTE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PRIMEIRA REUNIÃO MENSAL	COMISSÃO		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES	COMISSÃO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTOS	COMISSÃO				X	X	X	X	X	X	X	X	X
REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÕES MENSAS	COMISSÃO					X	X	X	X	X	X	X	X
AValiação DE INDICADORES TRIMESTRAIS	COMISSÃO				X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE MELHORIAS	COMISSÃO				X	X	X	X	X	X	X	X	X
AValiação DAS MELHORIAS	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X

Tabela 17 - - Cronograma de implantação da Comissão de Revisão de Óbitos

#### 4.3.1.7 Comissão de Segurança do Paciente (CSP)

Finalidade:

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa implantada nos serviços em saúde para cumprimento da RDC Nº 36 de 25 de julho de 2013. Além do NQSP, a unidade contará com a Comissão de Segurança do Paciente, a qual envolverá a equipe multiprofissional nas ações de promoção, proteção e vigilância da segurança do paciente.

Art. 1º - O NQSP tem por finalidade assessorar a direção da unidade, estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais da maternidade.

Art. 2º - As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 3º - O Núcleo de Segurança do Paciente visa a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem, contribuindo na elaboração e na avaliação das barreiras

000212

dos riscos da organização, bem como a elaboração de relatórios que apontem falhas e oportunidades de melhorias dos processos.

Art. 10º - A Comissão de Segurança do Paciente (CPS) é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Competências:

Art. 11º - Compete ao NQSP estabelecer canal de comunicação acessível para notificações de incidentes ocorridos nos serviços em saúde.

Art. 12º - Estabelecer fluxo de tratativa de e notificações entre o núcleo e os colaboradores para estabelecimento de vínculo de confiança e coparticipação nos processos de melhorias contínuas.

Art. 13º - Classificar as notificações recebidas de acordo com o grau de dano. Os eventos adversos deverão ser notificados para o NOTIVISA pelo responsável pelo NQSP estabelecendo os prazos estipulados na RDC Nº 36.

Classificações:

As notificações serão categorizadas de acordo com o grau de incidência e dano acarretado ou não ao paciente, a saber:

Incidente: Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;

Circunstância Notificável: Incidente com potencial dano ou lesão;

Near miss: Incidente que não atingiu o paciente;

Incidente sem lesão: Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos;

Evento Adverso: Incidente que resulta em dano ao paciente.

Funcionamento:

Art. 14º - As reuniões do NQSP serão realizadas em caráter ordinário mensalmente, conforme determinado em cronograma específico. Na oportunidade serão avaliados e discutidos os indicadores dos protocolos de segurança.

Art. 15º - As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro do NQSP, de acordo com a urgência apresentada em pauta.

Art. 16º - De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas, planos de ações acordados e lista de presença.

Art. 17º - AO início de cada reunião deverá ser lida as pendências da reunião anterior para acompanhamento das demandas concluídas, em andamento e pendentes.

Composição:

Art. 18º - O NQSP será composto de profissionais da equipe multidisciplinar, os quais representarão suas respectivas áreas de atuação. Obrigatoriamente o Núcleo deverá ter um representante da Qualidade no hall de membros.

Art. 19º - Os membros serão indicados pelo coordenador de cada área e o Diretor Geral aprovará o quadro final do hall de participantes e suas respectivas atribuições.

Das atribuições:

Ao Presidente, atribuem-se:

Convocar e presidir as reuniões;



212

000213

Dirigir os trabalhos do NQSP;

Representar o NQSP perante a Diretoria, setores e órgãos competentes;

Assinar toda a documentação do NQSP;

Delegar responsabilidades e atribuir tarefas para os membros do NQSP.

Vice-presidente, atribuem-se:

Auxiliar o presidente nas funções estabelecidas neste regimento, bem como substituí-lo em casos de indisponibilidade de comparecimento às reuniões ordinárias e/ou extraordinárias.

Ao Secretário, atribuem-se:

Preparar os materiais necessários para as reuniões;

Comparecer às reuniões convocadas e avisar os membros quando houver agendamento de reuniões extraordinária;

Registrar em atas todas as reuniões do NQSP e colher as assinaturas dos participantes;

Cuidar do controle e arquivo dos documentos do NQSP.

Aos membros consultores e executivos, atribuem-se:

Comparecer às reuniões convocadas;

Colaborar com os trabalhos do NQSP;

Assumir as responsabilidades e tarefas delegadas pelo Presidente;

Divulgar as atividades e objetivos da CPS.

A constituição da CPS seguirá a tabela abaixo:

CONSTITUIÇÃO DA CPS	
QUANTIDADE	CATEGORIA
1	GERENTE NQSP
1	DIRETOR ASSISTENCIAL
1	GERENTE DE ENFERMAGEM
1	COORDENADOR MÉDICO
2	ENFERMEIRO INTENSIVISTA
2	ENFERMEIRO OBSTETRA
2	FISIOTERAPEUTA INTENSIVISTA
1	FISIOTERAPEUTA CLÍNICO
1	NUTRICIONISTA CLÍNICO
1	FARMACÊUTICO CLÍNICO



000214

1	ASSISTENTE SOCIAL
1	FONOAUDIOLOGO

Tabela 18 – Constituição da Comissão de Segurança do Paciente

IBGH		CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO 2021											
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	PRESIDENTE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PRIMEIRA REUNIÃO MENSAL	COMISSÃO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DO FLUXO DE NOTIFICAÇÕES	COMISSÃO		X	X	X	X							
IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES	COMISSÃO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTOS	COMISSÃO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÕES MENSAIS	COMISSÃO				X	X	X	X	X	X	X	X	X
AValiação DE INDICADORES TRIMESTRAIS	COMISSÃO					X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE MELHORIAS	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X
AValiação DAS MELHORIAS	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X

Tabela 19 – Cronograma de implantação da Comissão de Segurança do Paciente

#### 4.3.1.8 Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia (CIH)

##### REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE HEMOTERAPIA

Artigo 1º – O Comitê Transfusional é de natureza técnico científico permanente e tem por finalidade o monitoramento das práticas hemoterápicas e planejamento de programas educacionais na área de medicina transfusional, visando à mudança de comportamento dos docentes, médicos, residentes e alunos, constituindo, dessa maneira, uma interface entre o corpo clínico hospitalar e o Serviço de Hemoterapia do Hospital.

Composição, Organização e Estrutura:

Art. 2º - O Comitê tem composição multidisciplinar e multiprofissional.

Parágrafo único - O comitê poderá contar com consultores pertencentes à Instituição, com finalidade de fornecer subsídios técnicos.

Art. 3º - As indicações para integrar o Comitê Transfusional são submetidas à aprovação da Diretoria Executiva do Hospital, após manifestação da Diretoria Técnica.

Composição:

A Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia (CIH) será constituída pelos seguintes representantes, todos designados em Portaria pela Gestão Geral do Serviço de Saúde podendo ser alterado de acordo com a complexidade da Instituição:

Diretor clínico/chefe médico, como presidente;



000215

Chefe do Setor de Vigilância em Saúde, como vice-presidente;  
Representante do Serviço de UTI Neonatal;  
Responsável pelo Setor de UTI Adulta;  
Coordenador (a) de Enfermagem da UTI Neonatal;  
Coordenador (a) de Enfermagem da UTI Adulta;  
Um membro da Hemovigilância.  
A constituição da CIH seguirá a tabela abaixo:

CONSTITUIÇÃO DA CIH	
QUANTIDADE	CATEGORIA
1	COORDENADOR MÉDICO
1	ENFERMEIRO DE VIGILÂNCIA
1	COORDENADOR DE ENFERMAGEM UTI NEONATAL
1	COORDENADOR DE ENFERMAGEM UTI ADULTA
1	ENFERMEIRO INTENSIVISTA NEONATAL
1	ENFERMEIRO INTENSIVISTA ADULTO
1	GERENTE DE NQSP

*Tabela 20 - Constituição da Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia*

Art. 4º - Os membros do Comitê poderão ter mandato de 02 (dois) anos, prorrogáveis por igual período.

Parágrafo único - O presidente e o secretário do Comitê poderão ser eleitos pelos seus pares, para exercerem estas funções.

Parágrafo único: As reuniões ocorrerão bimestralmente, a contar da última reunião realizada, sendo aceitáveis reuniões extraordinárias, considerando a gravidade do caso.

Competência:

Art. 5º - Compete ao Comitê:

Desenvolver programas educacionais na área de medicina transfusional;

Orientar o correto preenchimento das solicitações de hemotransfusão;

Examinar e emitir parecer quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pelo Hospital, podendo estes serem também em meio eletrônico;

Investigar os incidentes transfusionais e garantir a notificação, pelo Núcleo de Segurança do Paciente - NUSP à Gerência de Risco através dos Formulários de Notificação e Investigação de Incidentes Transfusionais (FIT);

215

000216

- Criar e monitorar indicadores da eficácia das padronizações propostas;
- Analisar estatísticas e gerar relatórios relacionados com o consumo de sangue e hemocomponentes;
- Criar mecanismos de auditoria clínica-transfusional.

**Atribuições:**

Art. 6º - Ao presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê e, especificamente:

- Representar o Comitê em suas relações internas e externas;
- Convocar o comitê e presidir suas reuniões;
- Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito de voto de desempate;
- Indicar, dentre os membros do Comitê, os relatores;
- Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê;
- Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo presidente;
- Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- Desempenhar atribuições que lhes forem atribuídas pelo presidente;
- Apresentar proposições sobre as questões pertinentes ao Comitê.

Art. 8º - Ao secretário do Comitê caberá:

- Assistir às reuniões;
- Preparar e encaminhar o expediente, distribuindo aos membros do Comitê a pauta da reunião;
- Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões do Comitê;
- Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- Elaborar e assinar as atas de reuniões do comitê;
- Providenciar, por determinação do presidente, a convocação das reuniões extraordinárias.

Art. 9º - São atribuições da Comissão Transfusional:

- Discutir, dentre outros, os seguintes aspectos relacionados ao uso dos hemocomponentes:
  - Dolicitação;
  - Distribuição, manuseio e administração;
  - Gerenciamento;
  - Monitorização das respostas dos pacientes.
- Estabelecer diretrizes ("Guidelines") para a administração de cada hemocomponente, valendo-se da literatura médica como referência;
- Formalmente aprovadas pelo Corpo Clínico antes de sua implantação;

216





000217

Servem de orientação para os médicos solicitantes sobre práticas transfusionais, para as quais existem evidências baseadas na prática e em estudos clínicos;

Não necessariamente devem contemplar todos os casos em que se indique transfusão;

Haverá situações clínicas nelas não contempladas, em que a transfusão poderá ser necessária, onde, nestes casos, deve-se obedecer ao bom senso e a experiência dos elementos envolvidos no caso;

Poderá haver, também, situações contempladas pelas Diretrizes que não serão necessariamente melhoradas com a transfusão;

Em todos os casos, a razão da solicitação do hemocomponente deve estar evidenciada na documentação do prontuário do paciente.

Avaliar a Indicação da Transfusão:

Prospectiva (antes da transfusão), sendo a mais adequada, principalmente para hemocomponentes de alto custo, podendo identificar:

Transfusões desnecessárias;

Solicitação inadequada, em tempo hábil;

Solicitação potencialmente perigosa;

Retrospectiva (após a transfusão).

Monitorar as hemotransfusões, em relação a um médico ou um grupo de médicos solicitantes (por exemplo, número de unidades de concentrados de hemácias usados no procedimento de prótese de quadril; uso de plaquetas durante uma cirurgia cardíaca; total de hemocomponentes usados num grupo particular de um diagnóstico), com espírito de revisão colaborativa com intervenções corretivas educacionais.

Art. 10º - Para cada transfusão, pelo menos as seguintes informações devem ser documentadas:

Pedido médico;

Indicação;

Resultados laboratoriais ou clínicos relacionados, antes e após a transfusão;

Avaliação do resultado:

Revisões dos registros manuais ou eletrônicos, usando as Diretrizes desenvolvidas pela Comissão como referência;

Revisões dos registros no prontuário em reuniões da Comissão, quando houver questões sobre a indicação e resultados da transfusão.

§ 1º - Se na avaliação, não se encontrar os elementos que justifiquem a transfusão, o médico do paciente deve ser contatado, cuja resposta deve justificar a transfusão.

§ 2º - Se a resposta não for satisfatória, surge uma oportunidade para se orientar o médico por carta.

§ 3º - Sendo a carta ignorada, ou se a resposta retornada for insatisfatória, o Diretor Clínico/Chefe Médico deve ser solicitado para participar do processo de avaliação.

Art. 11º - Os membros da Comissão se comprometem a manter o sigilo e os princípios éticos em todas as atividades relacionadas à Hemovigilância.

Funcionamento:

217

000218

Art. 12º - O Comitê reunir-se-á, ordinariamente, a cada 02 (dois) meses e, extraordinariamente, quando convocado pelo presidente ou a requerimento da maioria simples de seus membros.

§ 1º - O Comitê instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada reunião antes de cada votação.

§ 2º - O presidente terá o direito a voto de desempate.

§ 3º - As deliberações tomadas fora das reuniões deverão ser encaminhadas à plenária do Comitê para deliberação deste, na primeira reunião seguinte.

§ 4º - As deliberações do Comitê serão consubstanciadas em notas endereçadas ao Diretor Técnico.

§ 5º - Será facultado ao presidente e aos membros do Comitê solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 13º - A rotina das reuniões do Comitê será a seguinte:

Verificação da presença do presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo substituto indicado pelo mesmo;

Verificação de presença e existência de "quórum";

Votação e assinatura de ata da reunião anterior;

Leitura e despacho do expediente;

Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

Organização da pauta da próxima reunião;

Comunicações breves e franqueamento da palavra maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 14º - A ordem do dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhada dos pareceres e súmulas.

Parágrafo Único -A ordem do dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de 07 (sete) dias e 01 (um) dia para as extraordinárias.

Art. 15º - Após leitura do parecer, o presidente ou o seu substituto, deve submetê-lo à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 1º - O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.

§ 2º - O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária.

§ 3º - Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.

Artigo 16º - Após o encerramento das discussões, o assunto poderá ser submetido à votação.

Disposições Gerais:

Art. 17º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência do Comitê, a Direção do Hospital proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 18º - O Comitê, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.

Art. 19º - Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a duas reuniões consecutivas ou a duas intercaladas no período de um ano.

218



000219

Art. 20º - O Comitê convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Art. 21º - O relator ou qualquer membro poderá requerer ao presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Art. 22º - Os casos omissos serão resolvidos pelo Comitê em conjunto com a Diretoria Técnica do Hospital.

Art. 23º - Este regimento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação pela Superintendência do Hospital.

IBGH		CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO 2022											
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	PRESIDENTE				X	X	X	X	X	X	X	X	X
PRIMEIRA REUNIÃO MENSAL	COMISSÃO					X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTOS	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X
REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÕES MENSAS	COMISSÃO								X	X	X	X	X
AValiação DE INDICADORES TRIMESTRAIS	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE MELHORIAS	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X
AValiação DAS MELHORIAS	COMISSÃO									X	X	X	X

Tabela 21 – Cronograma de implantação da Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia

#### 4.3.1.9 Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral (CNEP)

### REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

Finalidades:

É objetivo desta Comissão:

Normatizar as indicações, uso e controle do suporte nutricional;

Divulgar os conhecimentos sobre suporte nutricional aos profissionais da área de saúde;

Promover a profilaxia da desnutrição nos pacientes internados do hospital;

Racionalizar custo/benefício maximizando os benefícios e minimizando as complicações.

Organização Administrativa:

Art. 1º - A Comissão será composta de, no mínimo, quatro membros, devendo contar, obrigatoriamente, com representação de um médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo a inda incluir profissional de outras categorias.

Nomeação e da Destituição:



Art. 2º - Os membros da Comissão serão nomeados pela Gestão do Hospital mediante Portaria.

Art. 3º - Pelo menos um membro da Comissão deverá ser habilitado com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional.

Art. 4º - Será substituído o membro que deixar de comparecer sem justificativa por escrito a 3 (três) reuniões seguidas ou a 4 (quatro) intercaladas durante o ano.

Art. 5º - A Comissão terá um Presidente eleito pelos seus pares, com mandato de 4 (quatro) anos, podendo ser reeleito.

Art. 6º - A Comissão terá um Secretário.

Parágrafo único- O apoio logístico e administrativo da Secretaria será viabilizado pela Gestão do Hospital sob Gestão do IBGH.

A constituição da CNEP seguirá a tabela abaixo:

CONSTITUIÇÃO DA CNEP	
QUANTIDADE	CATEGORIA
1	COORDENADOR DE NUTRIÇÃO CLÍNICA
1	COORDENADOR MÉDICO
1	COORDENADOR DE FARMÁCIA
1	MÉDICO INTENSIVISTA
1	ENFERMEIRO SCIRAS
1	ENFERMEIRO INTENSIVISA
1	GERENTE DE ENFERMAGEM
1	GERENTE DE NQSP

*Tabela 22 – Constituição da Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral*

Atribuições:

Art. 7º - Compete à Comissão:

Normalizar as indicações, uso e controle do suporte nutricional;

Divulgar os conhecimentos sobre suporte nutricional aos profissionais da área de saúde;

Promover a profilaxia da desnutrição nos pacientes internados do hospital;

Racionalizar custo/benefício maximizando os benefícios e minimizando as complicações;

Participar nas discussões sobre a necessidade de suporte nutricional nos casos propostos;

Participar das programações educacionais da equipe (palestras, aulas, reuniões, entre outros);

000221

Participar do desenvolvimento, introduções, modificações e revisões de protocolo e fichas utilizadas pela Comissão;

Comparecer às reuniões convocadas e colaborar com o trabalho da Comissão;

Desenvolver pesquisas relativas ao tema nutricional;

Criar mecanismos para que se desenvolvam as etapas de triagem e vigilância nutricional, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de terapia nutricional a serem encaminhados aos cuidados da equipe multiprofissional;

Atender às condições de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a Terapia Nutricional, quando necessário, e em comum acordo com o médico e nutricionista responsáveis pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional preestabelecidos;

Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final, da Terapia Nutrição Parenteral, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos;

Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação dos procedimentos relacionados a Terapia Nutricional, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da Terapia Nutrição Parenteral visando a garantia de sua qualidade;

Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membros da comissão para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da Terapia Nutrição Parenteral;

Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da Terapia Nutrição Parenteral;

Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relacionados à Terapia Nutrição Parenteral.

Deveres dos Membros:

Art. 8º - Ao médico compete:

Realizar inserções do cateter central, recolocando-o quando necessário;

Fazer a prescrição do suporte nutricional enteral ou parenteral aplicado diariamente;

Indicar e interpretar os exames complementares do paciente em terapia nutricional;

Fazer anotações quanto a evolução clínica do paciente;

Analisar os Raio X do cateter e ou da sonda enteral;

Avaliar e recomendar modificações quanto a cuidados do paciente e suporte nutricional;

Solicitar o auxílio de outros especialistas quando necessário;

Prestar as informações médicas pertinentes aos familiares do paciente;

Cabe ao médico da comissão realizar ou delegar as funções supracitadas do médico assistente do paciente.

Art. 9º - Ao Enfermeiro compete:

Realizar a passagem da sonda enteral;

Executar os cuidados com o cateter e/ou sonda enteral;



221

000222

Fazer visitas diariamente, observar e anotar as ocorrências e procedimentos realizados, na papeleta;

Fazer a colocação de sondas enterais, providenciando o Raio X, recolocando sondas sempre que necessário;

Fazer certificação de troca apropriada de veias em caso de nutrição parenteral periférica;

Orientar o pessoal de enfermagem sobre os cuidados dispensados aos pacientes em uso de suporte nutricional;

Desenvolver técnicas e materiais apropriados para orientação dos pacientes e familiares;

Supervisionar a administração das alimentações enteral e parenteral;

Prever, prover e controlar o material necessário à assistência;

Cabe à enfermeira da comissão realizar ou delegar as funções supracitadas à enfermeira da clínica.

Art. 10º - Ao Nutricionista compete:

Avaliar o estado nutricional do paciente;

Identificar as necessidades de nutrientes (calorias, carboidratos, proteínas, lipídios, sais minerais e vitaminas);

Recomendar terapias de suporte nutricional apropriado;

Monitorizar e documentar a terapia nutricional aplicada; recomendar mudanças na terapia quando necessário;

Calcular e documentar a ingestão de nutrientes;

Trabalhar intensamente com pacientes em retirada de suporte enteral ou oral;

Desenvolver materiais e técnicas apropriadas para ensinar ao paciente o suporte nutricional;

Instituir o paciente e a família no momento da alta;

Avaliar e trazer recomendações sobre novas perspectivas do suporte nutricional;

Desenvolver fórmulas nutricionais indicadas no suporte nutricional;

Cabe à nutricionista da comissão realizar ou delegar as funções supracitadas à nutricionista assistente do paciente

Art. 11º - Ao Farmacêutico compete:

Manipular as soluções parenterais de acordo com a prescrição, adotando técnicas adequadas, que assegurem a estabilidade, esterilidade e apirogenidade;

Efetuar o controle de qualidade físico, químico e o microbiológico da matéria-prima e das soluções parenterais;

Analisar as formulações, emitir parecer quando necessário nos casos de incompatibilidade;

Responsabilizar-se pela aquisição, armazenamento e controle de estoque da matéria-prima;

Exercer a farmacovigilância junto aos pacientes com nutrição parenteral e enteral, bem como analisar as reações adversas e interações droga-alimento;

Avaliar os resultados de exames laboratoriais complementares em resposta a terapia nutricional, oferecendo sugestões para modificações apropriadas, anotando-as no prontuário;

Analisar e opinar sobre os novos produtos de suporte nutricional;



222

Oferecer informações sobre medicamentos e as alternativas recomendadas, baseando-se no conhecimento da doença e do grau de desnutrição, que pode alterar a resposta terapêutica;

Informa-se prontamente sobre as mudanças da prescrição nutricional evitando desperdícios;

Divulgar quando necessário a inclusão de novos produtos na padronização;

Pesquisar e formular produtos complementares indicados no tratamento do paciente;

Cabe ao farmacêutico da comissão realizar ou delegar as funções supracitadas do farmacêutico assistente do paciente.

Dinâmica de Funcionamento:

Art. 12º - A Comissão reunir-se-á ordinariamente a cada 60 (sessenta) dias e extraordinariamente, por convocação do Conselho Interno da Instituição, por solicitação do PRESIDENTE ou em decorrência de requerimento de metade mais um dos membros.

Art. 13º - As reuniões serão realizadas com a presença mínima de metade mais um dos membros e após trinta minutos com no mínimo dos membros.

Art. 14º - As deliberações serão tomadas em reuniões, por voto da maioria simples dos membros presentes na reunião.

Disposições Finais:

Art. 15º - O presente Regimento entrará em vigor após a sua aprovação pelo voto da maioria dos membros. O presente Regimento poderá ser modificado em parte ou no todo.

IBGH		CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO 2022											
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	PRESIDENTE				X	X	X	X	X	X	X	X	X
PRIMEIRA REUNIÃO MENSAL	COMISSÃO					X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTOS	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X
REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÕES MENSAS	COMISSÃO								X	X	X	X	X
AVALIAÇÃO DE INDICADORES TRIMESTRAIS	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE MELHORIAS	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X
AVALIAÇÃO DAS MELHORIAS	COMISSÃO									X	X	X	X

Tabela 23 – Cronograma de implantação da Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral

#### 4.3.1.10 Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos (CPMME)

##### COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS

Art. 1º - A Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos (CPMME) é um comitê de natureza técnico-científica permanente, de caráter consultivo, educativo e de assessoria do hospital, vinculada ao sistema de Suprimentos da unidade hospitalar. Suas ações devem ser voltadas para a promoção da aquisição, armazenamento, distribuição e uso seguro e racional dos medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares. Por meio do desenvolvimento e supervisão das políticas e práticas de utilização dos medicamentos e

insumos, objetiva-se obter resultados clínicos satisfatórios e menores riscos potenciais de danos a integridade do paciente e/ou colaborador.

Art. 2º - A comissão será composta por profissionais da equipe multidisciplinar, a saber:

Representante da Diretoria Técnica;

Representante da Diretoria Administrativa Financeira;

Representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;

Representante da Farmácia;

Representante de Enfermagem;

Representante do Suprimentos;

Representante do NQSP.

A constituição da CPMME seguirá a tabela abaixo:

CONSTITUIÇÃO DA CPMME	
QUANTIDADE	CATEGORIA
1	DIRETOR TÉCNICO
1	DIRETOR ADMINISTRATIVO FINANCEIRO
1	ENFERMEIRO SCIRAS
1	COORDENADOR FARMÁCIA
1	COORDENADOR MÉDICO
1	SUPERVISOR DE SUPRIMENTOS
1	GERENTE DE ENFERMAGEM
1	GERENTE DE NQSP

*Tabela 24 – Constituição da Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos*

**Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos:**

Para padronização de insumos é necessário que se comprove os seguintes requisitos:

Valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas na espécie humana e em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e farmacológica;

Insumos registrados na ANVISA e disponíveis no mercado Nacional;

Segurança do medicamento, selecionando os de baixa toxicidade;

Composição perfeitamente conhecida, priorizando, sempre que possível, os não associados;



000225

Indicação fundamentada em critérios epidemiológicos, privilegiando aqueles medicamentos para doenças que configuram problemas de saúde pública e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores;

Registro de Certificado de Aprovação junto ao Ministério;

Menor custo no tratamento;

Menor risco no tratamento e maior benefício ao paciente;

Evidências de custo/efetividade.

Despadronização:

A despadronização ocorrerá mediante aprovação do presidente quando o item apresentar as seguintes condições:

Não apresentar vantagens farmacológicas e/ou econômicas comparativamente a outros produtos disponíveis no mercado;

Não apresentar demanda justificável;

Alta toxicidade;

Exposição ocupacional a acidentes;

Quando houver evidências de que o produto apresentar relação risco/benefício inaceitável;

Produto de baixa qualidade;

Quando o fornecedor não entrega em seu produto o objetivo proposto.

Atribuições:

Cabe ao presidente:

Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e, especificamente;

Convocar e presidir as reuniões;

Estabelecer as pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias;

Representar a Comissão perante a Diretoria Geral;

Distribuir tarefas para os membros da Comissão;

Receber parecer técnico dos produtos avaliados e encaminhar a comissão para avaliar.

Cabe a secretária:

Registrar em ata as pautas discutidas e as pendências da Comissão;

Dar encaminhamento formal às deliberações da comissão;

Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devem ser analisados nas reuniões da Comissão;

Lavrar as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias;

Ler a ata da reunião anterior e submetê-la à apreciação da Comissão;

Convocar os membros para as reuniões ordinárias e extraordinárias de acordo com o cronograma.

Cabe aos membros:

Visitar conforme necessidade às unidades e os serviços com objetivo de:

Conhecer todos os materiais médico-hospitalares em uso no hospital;

225



000226

- Conhecer a função e/ou funcionamento de cada um dos materiais médico-hospitalares em uso;
- Definir padrões técnicos de qualidade junto ao usuário;
- Realizar educação em saúde quanto ao uso e avaliação dos artigos médico-hospitalares.
- Comparecer e participar efetivamente das reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Colaborar com o trabalho de padronização dos medicamentos e materiais médico-hospitalares em todas as etapas;
- Identificar, documentar e centralizar registros comprobatórios de inadequações técnico - operacionais dos materiais médico-hospitalares de baixa qualidade;
- Colaborar na resolução de problemas e participar de ocorrências relacionadas com qualidade dos produtos médicos - hospitalares utilizados no hospital;
- Conhecer os produtos em uso no hospital, que sejam pertinentes à sua área de atuação.

**Reuniões:**

Art. 3º - Serão realizadas mensalmente, de acordo com o cronograma pré-estabelecido anualmente.

Art. 4º - As reuniões extraordinárias e/ou caráter emergencial poderão ser convocadas pelo presidente ou, em sua falta, por qualquer membro.

Art. 5º - Será dispensado, automaticamente, o membro permanente que deixar de comparecer a duas reuniões consecutivas sem justificativa relevante, devendo o setor que representa, nesta circunstância, indicar novo membro.

IBGH		CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO 2017											
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	PRESIDENTE					X	X	X	X	X	X	X	X
PRIMEIRA REUNIÃO MENSAL	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTOS	COMISSÃO								X	X	X	X	X
REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÕES MENSAS	COMISSÃO									X	X	X	X
AValiação DE INDICADORES TRIMESTRAIS	COMISSÃO								X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE MELHORIAS	COMISSÃO								X	X	X	X	X
AValiação DAS MELHORIAS	COMISSÃO											X	X

Tabela 25 - Cronograma de implantação da Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos

4.3.1.11 Comissão de Gerenciamento de Riscos (GR)

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

**Objetivo:**

Este documento normativo tem por objetivo regulamentar o funcionamento, as atribuições e competências da Comissão de Gestão de Risco Hospitalar das Instituições de Saúde sob gestão do IBGH, bem como as suas finalidades e organização.



000227

**Finalidades:**

A Comissão de Gestão de Risco é de natureza técnico-científica permanente e tem como objetivo o desenvolvimento do Projeto Hospitais Sentinela nas Instituições de Saúde sob gestão do IBGH, junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - estará subordinada ao Órgão máximo da Instituição de Saúde sob gestão do IBGH.

Parágrafo 1º - A Comissão de Gestão de Risco atua na obtenção de informações qualificadas sobre eventos adversos e queixas técnicas de qualquer produto de saúde, incluindo: insumos, materiais, artigos médico-hospitalares, implantes, medicamentos, sangue, hemocomponentes e hemoderivados, saneantes, kits diagnósticos e equipamentos em uso, que serão repassados por todos os membros da Comissão à Gerência de Risco que, por sua vez, repassará imediatamente à ANVISA, integrando assim o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária na fase de Pós - Comercialização proposta pelo Programa Hospitais Sentinela.

Parágrafo 2º - Também tem a finalidade de criar mecanismos de divulgação do trabalho, junto ao Corpo Clínico da Instituição, na busca de criação de uma nova cultura de notificação de casos de queixas técnicas e/ou de eventos adversos de produtos de Saúde, não somente aos fabricantes, mas também à Vigilância Sanitária.

Parágrafo 3º - Objetiva ainda, a criação de mecanismos de divulgação interna de ações corretivas e preventivas, no caso de detecção de uso inadequado de produtos de Saúde.

**Composição:**

A Comissão de Gestão de Risco é composta por uma equipe multidisciplinar e multiprofissional e conta com os seguintes membros fixos, sob a coordenação do primeiro:

Gerente da Qualidade;

Gerência de Enfermagem;

Supervisor da Farmácia;

Supervisor de Tecnologia da Informação (TI);

Presidente da Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos (CPMME);

Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

A constituição da CGR seguirá a tabela abaixo:

CONSTITUIÇÃO DA CGR	
QUANTIDADE	CATEGORIA
1	GERENTE DE NQSP
1	GERENTE DE ENFERMAGEM
1	SUPERVISOR DE FARMÁCIA
1	SUPERVISOR DE TI

227



000228

1	ENFERMEIRO SCIRAS
1	COORDENADOR MÉDICO

*Tabela 26 - Constituição da Comissão de Gerenciamento de Riscos*

Parágrafo 1º - O coordenador (gerente de risco) deverá apresentar o perfil definido pela ANVISA:

Profissional de Nível Superior da Área da Saúde;

Profissional pertencente ao quadro de pessoal da Instituição;

Desejável especialização em Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Saúde Pública; ou

Administração Hospitalar e experiência em comissões e áreas de apoio hospitalar;

Disponibilidade mínima de 20 (vinte) horas semanais para as ações demandadas pelo projeto;

Experiência profissional mínima de 2 (dois) anos em serviços hospitalares de porte semelhante.

Parágrafo 2º - A Subcomissão de Avaliação de Risco Sanitário em Tecnovigilância envolve as avaliações nas áreas de Engenharia Clínica, produtos e insumos, sendo constituído por representantes dos seguintes serviços:

Engenharia Clínica e/ou tecnólogo ligado a engenharia clínica e/ou manutenção;

Chefia do Setor de Material;

Departamento de Tecnologia da Informação - TI;

Patologia Clínica.

A Engenharia Clínica e o tecnólogo avaliam as notificações de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas a equipamentos e artigos médico-hospitalares; a Patologia Clínica avalia e notifica as queixas relacionadas aos kits e produtos utilizados no laboratório e a Comissão de Padronização de Materiais Médico-hospitalar avalia e notifica os casos relacionados aos demais produtos.

Parágrafo 3º - A Subcomissão de Avaliação de Risco Sanitário em Farmacovigilância/Saneantes envolve as avaliações de queixas técnicas e/ou eventos adversos relacionados a medicamentos e saneantes. Deve ser composta por:

Farmacêutico;

Químico;

Engenharia sanitária;

Epidemiologista;

Seção de Limpeza.

Parágrafo 4º - A Subcomissão de Avaliação de Risco Sanitário em Hemovigilância envolve as avaliações de queixas técnicas e ou eventos adversos relacionados a sangue, hemocomponentes, hemoderivados e insumo. Deve ser composta por: Médico hemoterapeuta e ou hematologista e outro profissional de nível superior.

Cabe ao Órgão Máximo da Instituição de Saúde sob gestão do IBGH, a escolha do Gerente de Risco e, junto com este, indicar os membros fixos que comporão a Comissão de Gestão de Risco. A escolha dos membros da Subcomissão de Avaliação de Risco Hospitalar e

228





000229

profissionais para desenvolver atividades de Assessoria e/ou consultoria Técnica, caso necessário, caberá ao Gerente de Risco e aos membros fixos.

O mandato de cada membro será de 2 (dois) anos, sendo permitida a renovação de cada membro por mais de um mandato, se houver interesse da Instituição de Saúde sob Gestão do IBGH.

Organização e Funcionamento:

A Comissão de Gestão de Risco deverá reunir-se ordinariamente duas vezes por mês e, *extraordinariamente, quando convocada pelo Órgão Máximo da Instituição, pelo Gerente de Risco ou a requerimento da maioria de seus membros.*

Parágrafo 1º - Será desligado da Comissão o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a 3 (três) reuniões consecutivas ou a 6 (seis) intercaladas no período de 1 (um) ano de trabalho.

Parágrafo 5º - A Comissão deliberará, com a presença da maioria simples de seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada seção antes da votação.

Parágrafo 6º - As deliberações da Comissão de Gestão de Risco terão votação nominal.

Parágrafo 7º - O Coordenador terá o direito a voto de qualidade em decisões.

Parágrafo 8º - As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas ao plenário da Comissão, para deliberação desta, na primeira seção seguinte.

Parágrafo 9º - É facultado ao Coordenador e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Parágrafo 10º - Os expedientes sujeitos à análise da Comissão de Gestão de Risco serão encaminhados ao Órgão Máximo da Instituição de Saúde sob gestão do IBGH.

Parágrafo 11º - O Coordenador ou qualquer membro poderá solicitar o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas, ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias às soluções dos assuntos que lhes forem atribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

A ordem do dia das reuniões da Comissão de Gestão de Risco será organizada com os expedientes apresentados para discussão.

Parágrafo Único- A ordem do dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de dois dias para as reuniões ordinárias e um dia para as reuniões extraordinárias.

O encaminhamento dos trabalhos nas reuniões da Comissão de Gestão de Risco será:

Verificação da presença do Gerente de Risco e, em caso de sua ausência, a abertura dos trabalhos será feita por membros responsáveis diretos pela Hemovigilância, Tecnovigilância, Farmacovigilância / Saneantes, Enfermagem, Comissão de Infecção Relacionado a Assistência à Saúde - CCIRAS;

Verificação da presença e existência de "quórum";

Assinatura da ata da reunião anterior;

Leitura e despacho do expediente;

Ordem do dia, compreendendo leitura, discussão e votação (se houver);

Organização da pauta da próxima reunião.

229

000230

Parágrafo Único. Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

A cada reunião os membros confirmarão sua presença em folhas próprias e a secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros fixos presentes e pelo gerente de risco, quando da sua aprovação.

Compete à Comissão de Gestão de Risco:

Obter informações de qualidade com evidências técnico científica a respeito do desempenho de produtos de saúde em uso na Instituição de Saúde sob gestão do IBGH, após a sua comercialização, nas áreas de Tecnovigilância, Hemovigilância, Farmacovigilância e Saneantes, destacando-se:

Falhas com produtos de saúde, estreitamente relacionados à qualidade da atenção prestada ao paciente e, que podem ser responsabilizados por agravos à saúde, seqüela e até morte;

Reações adversas, agravos e queixas técnicas sobre produtos de saúde, incluindo insumos, materiais médico-hospitalares, sangue, hemocomponentes, medicamentos e equipamentos de uso médico, que possam resultar em perdas significativas da qualidade do serviço e prejuízo aos pacientes;

Estímulo à notificação espontânea por parte dos profissionais da saúde, dos dirigentes de serviços e responsáveis setoriais, quando da ocorrência de queixas técnicas e/ou reações adversas dos produtos de saúde;

Subsídios de informação à ANVISA para que possa embasar as revalidações de registros de produtos médico-hospitalares ou, determinar a sua retirada do mercado, caso haja evidências de agravo à saúde ou efeitos adversos relacionados ao seu uso;

Divulgação das ações da Comissão no meio hospitalar.

Parágrafo Único- As notificações de eventos, incidentes, reações adversas ou queixas técnicas de produtos de saúde, feitas à Gerência de Risco, terão caráter educativo e estritamente confidencial, devendo ser encaminhadas à ANVISA apenas quando for constatada falha no produto.

Divulgar ações preventivas e corretivas relacionadas ao risco sanitário hospitalar, através da formação de recursos humanos para atuar dentro dos programas de Tecnovigilância, Farmacovigilância, Saneantes e Hemovigilância sanitária.

Compete ao Gerente de Risco:

Desenvolver e estimular ações de Vigilância Sanitária Hospitalar;

Auxiliar na identificação, investigação e envio à ANVISA, de notificações de eventos, incidentes, reações adversas ou queixas técnicas associadas aos medicamentos, sangue e hemoderivados, equipamentos, artigos de uso médico, reagentes para diagnóstico de uso "in vitro" e materiais para desinfecção/esterilização em ambiente hospitalar;

Coordenar as ações requeridas em Tecnovigilância, Farmacovigilância e/ou Hemovigilância;

Repassar bimestralmente relatório com informações sobre o Projeto Hospital Sentinela ao Órgão Máximo da Instituição de Saúde sob gestão do IBGH, bem como à ANVISA;

Promover integração com as Vigilâncias sanitária Municipal e Estadual;

Solicitar os relatórios das áreas afins;

Manter sigilo das informações recebidas preservando o notificador;

230

Articular informações entre a Instituição de Saúde sob gestão do IBGH e a ANVISA, o que resulta em ganhos significativos de qualidade para os serviços e os pacientes;

Articular as ações pró-qualidade entre as áreas de apoio e de assistência;

Gerenciar as informações intra-hospitalar e no âmbito da rede de Hospitais Sentinela/ANVISA.

Compete aos membros da Comissão de Gestão de Risco:

Desencadear ações de Vigilância Sanitária Hospitalar nas respectivas áreas de Tecnovigilância, Farmacovigilância / saneantes e Hemovigilância;

Averiguar e investigar preliminares da notificação de eventos, incidentes, reações adversas ou queixas técnicas associadas aos produtos de uso hospitalar;

Solicitar pareceres de produtos de saúde, quando necessário, aos outros profissionais especializados nas áreas de Tecnovigilância, Farmacovigilância / Saneantes e Hemovigilância;

Assessorar a Gerência de Risco na formação e atualização de recursos humanos para atuar na vigilância de materiais de uso hospitalar / laboratorial (equipamentos, medicamentos, saneantes, sangue e hemocomponentes) bem como na divulgação do Projeto Hospital Sentinela, através de palestras, oficinas de treinamentos, e outros;

Participar de encontros/reuniões patrocinados pela ANVISA nas áreas em Tecnovigilância, Farmacovigilância/Saneantes, Hemovigilância e Enfermagem.

São atribuições do Gerente de Risco:

Dirigir, coordenar e supervisionar as ações de Vigilância Sanitária na Instituição sob gestão do IBGH;

Cumprir os termos do acordo de cooperação estabelecido entre a Instituição junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

Elaborar, implantar, atualizar e supervisionar as normas e rotinas para o uso e controle preventivo de produtos de saúde e equipamentos de uso hospitalar;

Incentivar a criação de uma rede de parcerias, envolvendo todos os profissionais de saúde da Instituição, visando a notificação de incidentes, reações adversas ou queixas técnicas associadas aos medicamentos, sangue, hemocomponentes, equipamentos, reagentes para diagnóstico de uso "in vitro" e materiais para desinfecção/esterilização em ambiente hospitalar;

Incentivar a criação de um Programa de Controle Preventivo de Equipamentos médico / laboratorial, visando realizar e documentar as ações de manutenção preventiva e corretiva requeridas;

Auxiliar a identificação, investigação e envio à ANVISA de notificações de eventos, incidentes, reações adversas ou queixas técnicas associadas a todos os produtos de saúde em uso intra-hospitalar;

Coordenar e planejar as ações preventivas e corretivas requeridas em Tecnovigilância, Farmacovigilância, Saneantes e Hemovigilância, solicitando consulta a especialistas quando necessário;

Assegurar que as ações preventivas sejam implantadas no menor tempo possível, com o apoio da direção da Instituição de Saúde sob gestão do IBGH, solicitando o auxílio da VISA Estadual, Municipal e ANVISA, quando necessário;

Participar da formação e atualização de recursos humanos em Tecnovigilância, Farmacovigilância, Saneantes e Hemovigilância Sanitária Hospitalar, através de: Análise periódica das notificações realizadas, a fim de propor medidas educativas;

000232

Divulgação de alertas gerais e/ou específicos aos profissionais da saúde, visando a redução do risco relacionado ao uso de produtos para saúde;

Estímulo a notificação voluntária de reações adversas e/ou queixas técnicas associadas aos produtos de saúde de uso intra – hospitalar;

Realização de campanhas, seminários de formação e atualização para profissionais e técnicos do Hospital.

Representar a Comissão de Gestão de Risco em suas relações internas e externas;

Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

Promover a convocação das reuniões;

Tomar parte das discussões e eventuais votações; e

Indicar entre os membros fixos e demais membros da Comissão de Gestão de Risco, profissionais capazes de realizar estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução das finalidades da Comissão.

Parágrafo Único. Cabe a Comissão de Gestão de Risco, indicar um substituto do Gerente de Risco Sanitário Hospitalar em seus impedimentos.

São atribuições dos membros das subcomissões da Comissão de Gestão de Risco:

Relatar à Gerência de Risco, nos pontos estabelecidos, as conclusões preliminares sobre reações adversas ou queixas técnicas de produtos de saúde, notificados pelas unidades reclamantes, num prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas, a contar do recebimento da notificação;

Embasar as notificações da Gerência de Risco Sanitário Hospitalar à ANVISA, via “online” e em relatórios bimestrais;

Participar ativamente das ações educativas no SERVIÇO DE SAÚDE, em relação à formação e estruturação de recursos humanos, através de visitas às unidades, realização de palestras, seminários e treinamentos ao público interno;

Colaborar na divulgação das ações da ANVISA e da Gerência de Risco, através de Boletim Informativo, cartazes, pôsteres e informações “online”;

Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto (se houver), manifestando-se a respeito da matéria em discussão;

Requerer votação de matéria em regime de urgência;

Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo gerente de Risco Sanitário Hospitalar;

Apresentar proposição sobre questões atinentes à Comissão.

Ao membro da subcomissão da Hemovigilância compete:

Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades de sua área de atuação;

Monitorar todo o ciclo do sangue desde a captação do doador até à transfusão, junto ao hemocentro de referência;

Monitorar os incidentes transfusionais imediatos e tardios;

Elaborar os protocolos e normas técnicas do setor e distribuí-las aos chefes de clínicas e enfermagem;

Oferecer treinamento para os profissionais envolvidos em transfusão;

232





000233

- Coordenar, processar e analisar toda a informação notificada;
- Avaliar a eficácia das medidas de ações corretivas propostas a médio e longo prazo;
- Fazer a rastreabilidade do receptor de sangue que tenha tido um incidente transfusional, de maneira ascendente ou descendente;
- Distribuir a ficha de notificação e investigação de incidentes transfusionais a todas as Unidades da Instituição;
- Orientar a equipe de saúde com os receptores de sangue;
- Solicitar a atualização anualmente dos manuais de procedimentos operacionais padrões da agência transfusional de referência;
- Emitir relatórios mensais sobre as atividades inerentes a sua área de atuação e encaminhar ao setor de estatística para apresentação mensal a Comissão de Gestão de Riscos e Conselho de Gestão Interno junto à Diretoria Geral;
- Elaborar as especificações técnicas dos insumos e equipamentos para aquisição;
- Avaliar o edital de licitação para compra dos insumos e equipamentos;
- Emitir pareceres técnicos quando da aquisição de insumos e equipamentos, junto a comissão de padronização e de licitação;
- Conhecer a legislação vigente sobre Hemovigilância;
- Notificar os eventos adversos de produtos e insumos utilizados na agência transfusional, os incidentes transfusionais imediatos e tardios após conclusão à Gerência de Risco Sanitário Hospitalar.
- Ao membro da subcomissão da Tecnovigilância compete:
  - Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades de sua área de atuação;
  - Manter e dar suporte à qualidade do sistema de informações da Gerência-Geral de Tecnologia de produtos para a Saúde;
  - Notificar eventos adversos à Gerência de Risco;
  - Monitorar efeitos adversos de produtos e tecnologias utilizadas no hospital;
  - Analisar as notificações de incidentes em ambiente hospitalar com suspeita de envolvimento de artigos médico-hospitalar;
  - Notificar os efeitos de evento adverso ocorrido e o uso do produto em questão gerência de risco sanitário;
  - Participar da formação e atualização de recursos humanos em Tecnovigilância;
  - Elaborar as especificações técnicas dos produtos para a saúde junto com os setores solicitantes;
  - Avaliar o edital de licitação para compra dos produtos para a saúde;
  - Emitir pareceres técnicos quando dos produtos para a saúde;
  - Relacionar-se com rede de laboratórios para fins de Tecnovigilância;
  - Avaliar a segurança das famílias de produtos médicos de forma proativa;
  - Avaliar queixas sobre a segurança de produtos médicos;
  - Conhecer a legislação vigente sobre Tecnovigilância.

233





000234

Ao membro da subcomissão da Farmacovigilância compete:

Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades de sua área de atuação;

Dar feedback para os profissionais de saúde;

Promover palestras, cursos e treinamento de capacitação;

Monitorar os usuários dos medicamentos;

Buscar estratégia de investigação com Centros de Informação sobre medicamentos;

Comunicar o escritório de qualidade, bem como a gerência de risco, sobre reações adversas e queixas técnicas;

Elaborar as especificações técnicas dos medicamentos, insumos e equipamentos para aquisição;

Avaliar o edital de licitação para compra dos medicamentos, insumos e equipamentos;

Emitir pareceres técnicos quando da aquisição de medicamentos, insumos e equipamentos;

Avaliar o edital de licitação para compra dos medicamentos;

Enviar os relatórios on-line para ANVISA;

Consultar os dados dos pacientes através do prontuário médico, da enfermagem e prescrição médica;

Conhecer a legislação vigente sobre farmacovigilância.

Ao membro da subcomissão de Saneantes compete:

Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades de sua área de atuação;

Fazer levantamento de todos os saneantes e de como estes produtos são utilizados no hospital;

Promover capacitação e treinamento para os responsáveis pela compra e armazenamento dos produtos, bem como para os profissionais que os manipulam;

Fazer avaliação de risco dos saneantes quanto: a toxicidade das substâncias e suas concentrações no produto, da finalidade de uso dos produtos, as condições de uso, a ocorrência de problemas, a população provavelmente exposta, a frequência de exposição e sua duração e as formas de apresentação;

Avaliar o edital de licitação para compra dos saneantes;

Elaborar ficha técnica dos saneantes em uso;

Emitir pareceres técnicos quando da aquisição de saneantes;

Comunicar a gerência de qualidade, bem como a gerência de risco as ocorrências indesejáveis relacionadas ao uso dos saneantes;

Fazer notificação dos efeitos nocivos à ANVISA;

Conhecer a legislação vigente sobre os produtos saneantes.

Atividades das áreas integrantes da organização:

Hemovigilância: São atividades comuns a todas as áreas integrantes da Organização.

A equipe de enfermagem compete:

Comunicar o incidente transfusional imediato ao médico do paciente ou plantonista;

Proceder de acordo com o Procedimento Operacional Padrão – POP de reações transfusionais.

234

000235

Ao médico compete:

Preencher a parte da ficha de notificação e investigação de Incidentes Transfusionais, correspondente a notificação;

Informar o responsável hospitalar pela Hemovigilância em até 24 (vinte e quatro) horas;

Solicitar exames complementares e proceder ao atendimento médico conforme Procedimento Operacional Padrão - POP de reações transfusionais.

A Comissão de Gestão de Risco do Hospital compete:

Fazer o censo e analisar os problemas transfusionais recentes;

Propor as medidas corretivas a médio e longo prazo;

Avaliar a eficácia das medidas propostas.

Aos Enfermeiros compete:

Comunicar as suspeitas de reações adversas medicamentosas ao médico do paciente ou plantonista;

Comunicar queixas técnicas de medicamentos ao responsável pela farmacovigilância.

Ao médico responsável pela prescrição compete:

Preencher a parte da ficha de notificação de reações adversas e queixas técnicas;

Informar o responsável hospitalar pela farmacovigilância em até 24 (vinte e quatro) horas.

Ao responsável pela Farmacovigilância do Hospital compete:

Investigar as reações adversas e queixas técnicas de acordo com a ficha de notificação;

Enviar a ficha de notificação de reações adversas e queixas técnicas ao Escritório de Qualidade e Gerente de Risco;

Dar ciência a equipe de saúde do Hospital e à Comissão de Gestão de Risco;

Enviar a ficha de notificação de reações adversas e queixas técnicas ao Escritório de Qualidade e Gerência de risco sanitário hospitalar;

Avaliar e identificar os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados à medicamentos;

Propor as medidas corretivas a médio e longo prazo;

Avaliar a eficácia das medidas propostas.

Ao responsável pelos Serviços Gerais do Hospital compete:

Preencher o formulário de comunicação de ocorrências indesejadas relacionadas ao uso de produtos saneantes;

Informar o responsável hospitalar pelos saneantes em até 24 (vinte e quatro) horas.

Aos profissionais dos Serviços Gerais compete:

Comunicar os acidentes decorrentes do uso do produto ao responsável pelos serviços gerais;

Comunicar queixas técnicas referentes aos produtos saneantes utilizados no hospital, ao responsável pelos serviços gerais;

Comunicar sintomas relacionados ao uso do produto, ao responsável pelos serviços gerais.

Ao responsável pelos Saneantes do Hospital compete:

235



000236

Investigar as reações adversas, acidentes e queixas técnicas, preenchendo o formulário de comunicação de ocorrências indesejadas relacionadas ao uso de produtos saneantes; 2. Enviar o formulário de comunicação de ocorrências indesejadas à Gerente de Risco Sanitário Hospitalar;

Dar ciência a equipe de saúde do Hospital e à Comissão de Gestão de Risco;

Enviar o formulário de comunicação de ocorrências indesejadas ao Escritório de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar;

Avaliar e identificar os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a saneantes. Propor as medidas corretivas a médio e longo prazo;

Avaliar a eficácia das medidas propostas.

**Tecnovigilância:**

Aos médicos / bioquímicos / biólogos responsáveis pela utilização de produtos para Saúde (equipamentos, materiais, artigos médico-hospitalares, implantes e produtos para diagnóstico de uso in vitro) compete:

Preencher o formulário de notificação de ocorrências indesejadas relacionadas ao uso de produtos para Saúde;

Informar o responsável hospitalar pela Tecnovigilância em até 24 (vinte e quatro) horas.

Aos profissionais que utilizam os produtos para saúde compete:

Comunicar as suspeitas de eventos adversos ao responsável pela Tecnovigilância;

Comunicar queixas técnicas de produtos para saúde utilizados no hospital ao responsável pela Tecnovigilância.

Ao responsável pela Tecnovigilância do Hospital compete:

Investigar os eventos adversos e queixas técnicas, preenchendo o formulário de notificação;

Enviar a ficha de notificação de eventos adversos à Gerente de Risco Sanitário Hospitalar;

Dar ciência ao corpo clínico do Hospital e à Comissão de Gestão de Risco;

Enviar a ficha de notificação de eventos adversos ao Escritório;

Avaliar e identificar os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados aos produtos para Saúde;

Propor as medidas corretivas a médio e longo prazo;

Avaliar a eficácia das medidas propostas.

**Recursos Humanos:**

Aos diretores e supervisores compete colaborar na implantação e divulgação do Projeto do Hospital Sentinela;

Aos profissionais assistenciais e de apoio, compete notificar aos responsáveis pelas áreas afins (Tecnovigilância, farmacovigilância, Hemovigilância e saneantes), ao gerente de risco sanitário hospitalar e à Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, os desvios de qualidade dos produtos, equipamentos, medicamentos, insumos, sangue e hemocomponentes, artigos, implantes, kits diagnósticos etc.

São atribuições da Assessoria Técnica da Comissão: Prestar suporte técnico especializado interno, quando requerido pelo Gerente de Risco, nas áreas de Tecnovigilância, farmacovigilância, saneantes e Hemovigilância sanitária.

236

000237

Parágrafo Único: Cabe à Comissão de Gestão de Risco solicitar parecer técnico externo, por intermédio da VISA Estadual ou Municipal e da ANVISA, quando forem necessários ou quando a assessoria técnica interna solicitar.

São atribuições da Secretária da Comissão de Gestão de Risco:

Assistir às reuniões;

Encaminhar o expediente da Comissão;

Preparar o expediente da Comissão;

Manter um banco de dados atualizados;

Notificar “online” à ANVISA os eventos, ocorrências e queixas técnicas de produtos de saúde, após averiguação das notificações pelos membros das subcomissões e posterior avaliação da Gerência;

Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

Lavrar e assinar as atas das reuniões da Comissão;

Providenciar, por determinação do Gerente de Risco Sanitário Hospitalar, a convocação das sessões extraordinárias;

Distribuir aos membros da Comissão de Gestão de Risco a pauta das reuniões;

Colaborar na realização de eventos de divulgação do Projeto Hospital Sentinela / ANVISA incluindo cartazes, pôsteres e informações “online”.

Disposições Gerais:

Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo gerente de Risco Sanitário Hospitalar e, em grau de recursos, pela Diretoria Geral da Instituição.

O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão, através da maioria absoluta de seus membros e submetido ao gerente de Risco Sanitário Hospitalar, bem como à Diretoria Geral do Hospital.

O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ter aprovação da Diretoria Geral do Hospital.

IBGH		CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO											
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	PRESIDENTE		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PRIMEIRA REUNIÃO MENSAL	COMISSÃO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES	COMISSÃO				X	X	X	X	X	X	X	X	X
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTOS	COMISSÃO					X	X	X	X	X	X	X	X
REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÕES MENSAS	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X
AValiação DE INDICADORES TRIMESTRAIS	COMISSÃO					X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE MELHORIAS	COMISSÃO					X	X	X	X	X	X	X	X
AValiação DAS MELHORIAS	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X

Tabela 27 - Cronograma de implantação da Comissão de Gerenciamento de Riscos



000238

#### 4.3.1.12 Comissão de Gerenciamento de Resíduos (CGR)

##### REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

###### Composição e Competência:

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos (CGR) é estabelecida nos ambientes hospitalares com vista a atender as normas estabelecidas na RDC Nº 306 de 2004. A CGR é um órgão colegiado de caráter deliberativo, instituído com a finalidade de organizar as regras de manipulação, gerenciamento, orientação, armazenamento, recolhimento, bem como de transporte dos resíduos gerados na Unidade.

Art. 1º - A Comissão será composta por membros nomeados pela Diretoria Geral do Hospital.

Art. 2º. Competências:

Normatizar as rotinas de armazenamento e descarte de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;

Coordenar a elaboração do plano de gerenciamento de resíduos da instituição adequando-o às formas da lei específica;

Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

Orientar a comunidade do Hospital no que tange a manipulação de resíduos;

Em caso de acidente envolvendo resíduos, tomar decisões visando minimizar os impactos e avaliar se a causa foi desinformação ou negligência;

Divulgar à comunidade a política de gerenciamento de resíduos e manter uma rotina de educação e orientação quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados na instituição por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes, entre outros.;

Representar a instituição junto a institutos, órgãos de controle sanitário e limpeza pública e outros ligados ao gerenciamento de resíduos;

Estabelecer um programa de atividades e metas para o gerenciamento dos resíduos definindo prazos a serem cumpridos;

Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS;

Instituir Grupos de Trabalho;

Avaliar e deliberar acerca das recomendações expedidas pelos Grupos de Trabalho.

Art. 3º - Ao Presidente da Comissão de Resíduos, indicado pelo Diretor, compete:

Presidir as reuniões, coordenar os debates, tomar votos e votar;

Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;

Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias;

Cumprir e fazer cumprir o regimento.

Parágrafo único – O Presidente da Comissão poderá ser substituído, por ato de ofício do Reitor, ou mediante solicitação encaminhada pelos membros da Comissão contendo indicação do substituto.

238

Art. 4º - Compete aos membros da Comissão:

Participar das reuniões, debatendo e votando as matérias em exame;

Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas serem entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas da reunião;

Requisitar à Secretaria da Comissão de Resíduos e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições.

Art. 5º - Compete à Secretaria Comissão:

Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;

Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais membros;

Expedir ato de convocação;

Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;

Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Reuniões e Deliberações:

Art. 6º - As reuniões ordinárias da Comissão de Resíduos serão realizadas na última sexta-feira útil de cada mês, em dia, hora e local designados com antecedência mínima de 4 (quatro) dias úteis.

§ 1º - Cada membro da Comissão deverá ser convocado, sendo que a pauta deverá ser divulgada aos mesmos, com antecedência mínima de 4 (quatro) dias úteis.

§ 2º - Caso a reunião ordinária não seja convocada pelo Presidente da Comissão, qualquer membro poderá fazê-lo, desde que transcorridos 7 (sete) dias do prazo previsto neste artigo.

§ 3º - A ata será divulgada aos membros até 7 (sete) dias úteis após a data da reunião.

Art. 7º - As reuniões ordinárias poderão ser complementadas com reuniões extraordinárias, podendo estas ocorrerem a qualquer tempo, por convocação do Presidente da Comissão ou de 1/3 (um terço) de seus membros.

§ 4º - Para a convocação de que trata este artigo, é imprescindível a apresentação de comunicado à Secretaria-Executiva da Comissão, acompanhado de justificativa.

§ 5º - Caberá à Secretária-Executiva a adoção das providências necessárias à convocação da reunião extraordinária, que se realizará no prazo máximo de 7 (sete) dias úteis a partir do ato de convocação.

Art. 8º - As deliberações da Comissão deverão ser tomadas com "quórum" mínimo de maioria simples dos presentes, cabendo ao Presidente o voto de qualidade, para pautas previamente especificadas.

§ 5º - Para a deliberação de pautas previamente especificadas, não estando presentes o "quórum" mínimo, a votação iniciará 15 minutos após o horário designado para a reunião.

§ 6º - Para assuntos gerais, a reunião será instalada com qualquer "quórum".

§ 7º - As decisões normativas terão a forma de resolução numeradas de forma sequencial e divulgadas em veículo interno de grande circulação.

§ 8º - É obrigatória a confecção de atas das reuniões, devendo as mesmas serem arquivadas na Secretaria para efeito de consulta.

Grupos de Trabalho:



000240

Art. 9º - Dadas as especificidades e urgências dos assuntos em pauta, poderão ser criados Grupos de Trabalhos específicos, visando ao aprofundamento e encaminhamento de propostas à Comissão.

Art. 10º - Os Grupos de Trabalho terão agenda própria, preservadas as datas das reuniões regulares da comissão.

Art. 11º - Os Grupos de Trabalho deverão eleger, entre seus membros, um Coordenador.

Art. 12º - Os Grupos de Trabalho deverão apresentar, semestralmente, um relatório de suas atividades, para que a Comissão avalie o andamento dos trabalhos.

Art. 13º - As decisões dos grupos não poderão ser aplicadas sem homologação da maioria dos membros da Comissão em reunião ordinária.

Art. 14º - Os grupos poderão, a seu critério, convidar pessoas que possam colaborar para otimizar os trabalhos internos.

Parágrafo Único - Será permitida a participação dos colaboradores, a título de convidados, com direito a voz, e sem direito a voto.

Art. 15º - Os grupos de trabalho poderão ter no máximo 04 (quatro) membros da comissão, sendo que estes deverão solicitar sua inclusão em um dos grupos.

Art. 16º - Os trabalhos dos grupos terão sua duração fixada pela Comissão, a qual poderá, ainda, determinar a alteração da composição dos mesmos, conforme sua conveniência.

Art. 17º - Os membros que faltarem a três reuniões ordinárias consecutivas ou 05 (cinco) intercaladas, sem justificativa, serão automaticamente excluídos da Comissão.

Disposições Gerais e Transitórias:

Art. 18º - Considerando a urgente necessidade da Administração, ficam desde já instituídos os seguintes Grupos de Trabalho:

GT - Infectantes;

GT - Químicos;

GT - Radioativo;

GT - Comuns;

Recicláveis.

Art. 19º - Os casos omissos e as dúvidas suscitadas quando à aplicação deste Regimento Interno serão dirimidas pela Comissão de Resíduos reunidos com a maioria simples de seus membros.

Art. 20º - A presente resolução em vigor na data de sua aprovação em reunião da Comissão de Resíduos.

IBGH		CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO 2022											
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	PRESIDENTE			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PRIMEIRA REUNIÃO MENSAL	COMISSÃO				X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES	COMISSÃO					X	X	X	X	X	X	X	X
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTOS	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X
REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÕES MENSAIS	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X
AVALIAÇÃO DE INDICADORES TRIMESTRAIS	COMISSÃO						V	V	V	V	V	V	V

Tabela 28 - Cronograma de implantação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos



000241

#### 4.3.1.13 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

### REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

#### Categorias e Finalidades:

O IBGH independente do cálculo de servidores acredita da necessidade da atuação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), garantindo assim como diferencial o comprometimento da segurança dos servidores da Instituição em questão independente do porte do serviço.

Art. 1º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA - tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Art. 2º - Devem constituir CIPA, por estabelecimento e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados.

Art. 3º - As disposições contidas neste aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

#### Organização:

Art. 4º - A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I deste Regimento, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

Art. 5º - Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

Art. 6º - O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I deste Regimento, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

Art. 8º - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Art. 9º - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 10º - O empregador deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA.

Art. 11º - O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 12º - Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

241



000242

Art. 13º - Empossados os membros da CIPA, a empresa deverá protocolizar, em até dez dias, na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

Art. 14º - Protocolizada na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, a CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

Competências:

Art. 15º - A CIPA compete:

Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;

Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

Participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

Requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

Participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;

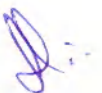
Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

Art. 16º - Aos servidores compete:

Participar da eleição de seus representantes;

242



000243

Colaborar com a gestão da CIPA;

Indicar à CIPA, ao SESMT e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;

Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 17º - Ao presidente da CIPA compete:

Convocar os membros para as reuniões da CIPA;

Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão;

Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;

Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;

Delegar atribuições ao vice-presidente.

Art. 18º - Cabe ao vice-presidente:

Executar atribuições que lhe forem delegadas;

Substituir o presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 19º - Ao presidente e o vice-presidente da CIPA, compete:

Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

Delegar atribuições aos membros da CIPA;

Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT, quando houver;

Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

Constituir a comissão eleitoral.

Art. 20º - Ao secretário da CIPA compete:

Acompanhar as reuniões da CIPA, e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

Preparar as correspondências; e outras que lhe forem conferidas.

Funcionamento:

Art. 21º - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 22º - As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

Art. 23º - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 24º - As atas ficarão no estabelecimento à disposição dos agentes da inspeção do trabalho (AIT). O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

243



000244

Art. 25º - A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo o empregador comunicar à unidade descentralizada do ministério do trabalho e emprego as alterações e justificar os motivos.

Treinamento:

Art. 26º - O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse;

Art. 27º - O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;

Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;

Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;

Noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS, e medidas de prevenção;

Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;

Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;

Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

Art. 28º - O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre aos temas ministrados.

Art. 29º - A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo à empresa escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento.

Art. 30º - Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, determinará a complementação ou a realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de trinta dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

Processo Eleitoral:

Art. 31º - 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.

Art. 32º - 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.

Art. 33º - O processo eleitoral observará as seguintes condições:

Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;

Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;

Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;

244



000245

Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;

Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;

Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados;

Voto secreto;

Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;

Faculdade de eleição por meios eletrônicos;

Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

Art. 34º - Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 35º - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Art. 36º - 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.

Disposições Finais:

Art. 37º - Esta norma poderá ser aprimorada mediante negociação, nos termos de portaria específica.

Dimensionamento da CIPA:

*GRUPOS	Nº de Servidores no Estabelecimento	Nº de Membros da CIPA	Nº de Servidores no Estabelecimento												
			0a 19	20a 29	30 a 50	51 a 80	81 a 100	101a120	121a 140	141a300	301 a 500	501 a 1000	1001 a 2500	2501 a5000	5001 a10.000
C-1	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	3	4	7	9	12	2
C-1a	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	5	8	9	12	2
C-2	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	7	10	11	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	7	9	1
C-3	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	10	10	2

245

000246

	Suplentes	1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	8	8	2
C-3a	Efetivos			1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
	Suplentes			1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1
C-4	Efetivos		1	1	1	1	1	2	2	2	3	5	6	1
	Suplentes		1	1	1	1	1	2	2	2	3	4	4	1
C-5	Efetivos	1	1	2	3	3	4	4	4	6	9	9	11	2
	Suplentes	1	1	2	3	3	3	4	4	5	7	7	9	2
C-5a	Efetivos			1	1	2	2	2	3	3	4	6	7	1
	Suplentes			1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1
C-6	Efetivos	1	1	2	3	3	4	5	5	6	8	10	12	2
	Suplentes	1	1	2	3	3	3	4	4	4	6	8	10	2
C-7	Efetivos			1	1	2	2	2	2	3	4	5	6	1
	Efetivos			1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	1
C-7a	Efetivos	1	1	2	2	3	3	4	5	6	8	9	10	2
	Suplentes	1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	8	2
C-8	Efetivos	1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	8	10	1
	Suplentes	1	1	2	2	3	3	3	4	4	5	6	8	1
C-9	Efetivos			1	1	1	2	2	2	3	5	6	7	1
	Suplentes			1	1	1	2	2	2	3	4	4	5	1
C-10	Efetivos	1	1	2	2	3	3	4	4	5	8	9	10	2
	Suplentes	1	1	2	2	3	3	3	4	4	6	7	8	2
C-11	Efetivos	1	1	2	3	3	4	4	5	6	9	10	12	2



000247

	Suplentes	1	1	2	3	3	3	3	4	4	7	8	10	2
C-12	Efetivos	1	1	2	3	3	4	4	5	7	8	9	10	2
	Suplentes	1	1	2	3	3	3	3	4	6	6	7	8	2
C-13	Efetivos	1	1	3	3	3	3	4	5	6	9	11	13	2
	Suplentes	1	1	3	3	3	3	3	4	5	7	8	10	2
C-14	Efetivos	1	1	2	2	3	4	4	5	6	9	11	11	2
	Suplentes	1	1	2	2	3	3	4	4	5	7	9	9	2
C-14a	Efetivos			1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
	Suplentes			1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	1
C-15	Efetivos	1	1	3	3	4	4	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes	1	1	3	3	3	3	3	4	4	6	8	10	2
C-16	Efetivos	1	1	2	3	3	3	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes	1	1	2	3	3	3	3	4	4	6	7	9	2
C-17	Efetivos	1	1	2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2
	Suplentes	1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	10	2
C-18	Efetivos			2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2
	Suplentes			2	2	3	3	3	4	5	7	8	10	2
C-18a	Efetivos			3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes			3	3	3	3	3	4	5	7	9	12	2
C-19	Efetivos			1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
	Suplentes			1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	1
C-20	Efetivos		1	1	3	3	3	3	4	5	5	6	8	2



000248

C-21	Suplentes			1	1	3	3	3	3	3	4	4	5	6	1
	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
C-22	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1
	Efetivos	1	1	2	2	3	3	4	4	6	8	10	12	2	
C-23	Suplentes	1	1	2	2	3	3	3	3	5	6	8	9	2	
	Efetivos				1	1	2	2	2	2	3	4	5	6	1
C-24	Suplentes				1	1	2	2	2	2	3	3	4	5	1
	Efetivos	1	1	2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2	
C-24a	Suplentes	1	1	2	2	3	3	4	4	5	7	8	10	2	
	Efetivos				1	1	2	2	2	2	3	4	5	6	1
C-24b	Suplentes				1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	1
	Efetivos	1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2	
C-25	Suplentes	1	1	3	3	3	3	3	3	4	7	9	12	2	
	Efetivos				1	1	2	2	2	2	3	4	5	6	1
C-26	Suplentes				1	1	2	2	2	2	3	3	4	5	1
	Efetivos									1	2	3	4	5	1
C-27	Suplentes									1	2	3	3	4	1
	Efetivos						1	1	2	3	4	5	6	6	1
C-28	Suplentes						1	1	2	3	4	5	5	5	1
	Efetivos									1	2	3	4	5	1
C-29	Efetivos									1	2	3	4	5	1




000249

	Suplentes									1	2	3	3	4	1
C-30	Efetivos	1	1	1	2	4	4	4	5	7	8	9	10	2	
	Suplentes	1	1	1	2	3	3	4	4	6	7	8	9	1	
C-31	Efetivos			1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1	
	Suplentes			1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1	
C-32	Efetivos			1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1	
	Suplentes			1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1	
C-33	Efetivos					1	1	1	1	2	3	4	5	1	
	Suplentes					1	1	1	1	2	3	3	4	1	
C-34	Efetivos	1	1	2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2	
	Suplentes	1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	9	2	
C-35	Efetivos			1	1	2	2	2	2	3	4	5	6	1	
	Suplentes			1	1	2	2	2	2	3	3	4	5	1	

Tabela 29 - Dimensionamento CIPA

Tabela 3 – Dimensionamento do quantitativo obrigatório de cipeiros proporcional ao quadro funcional



**CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO 2012**

AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	PRESIDENTE		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PRIMEIRA REUNIÃO MENSAL	COMISSÃO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES	COMISSÃO				X	X	X	X	X	X	X	X	X
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTOS	COMISSÃO					X	X	X	X	X	X	X	X
REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÕES MENSAS	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X
AValiação DE INDICADORES TRIMESTRAIS	COMISSÃO					X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE MELHORIAS	COMISSÃO					X	X	X	X	X	X	X	X
AValiação DAS MELHORIAS	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X

Tabela 30 - Cronograma de implantação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

249



000250

#### 4.3.1.14 Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)

### REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

#### Finalidade:

Servir como órgão consultivo e deliberativo sobre medicamentos além de promoção do uso adequado dos mesmos.

#### Composição:

1º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é composta pelos seguintes membros:

Representantes da Administração da Unidade Mista;

Representantes da Farmácia;

Representantes da CCIRAS;

Representante da área de Enfermagem;

Representante da área de Urgência e Emergência

A constituição da CFT seguirá a tabela abaixo:

CONSTITUIÇÃO DA CFT	
QUANTIDADE	CATEGORIA
1	COORDENADOR DE FARMÁCIA
2	FARMACÊUTICO CLÍNICO
1	ADMINISTRADOR
1	ENFERMEIRO SCIRAS
1	GERENTE DE ENFERMAGEM
1	COORDENADOR MÉDICO
1	GERENTE DE NQSP

Tabela 31 - Constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica

#### Mandato:

Art. 2º - O mandato deverá ser de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Art. 3º - A relação dos membros deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

250



000251

Art. 4º - O presidente da comissão, assim como todos os membros, será designado pela Diretoria Geral.

Art. 5º - Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

Art. 6º. No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados aos órgãos competentes.

Funcionamento e Organização:

Art. 7º - Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade da Unidade Mista, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 8º - A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses gera sua exclusão automática.

Art. 9º. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 10º - As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 11º - 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 pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 12º - As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Deverá ser encaminhada cópia da ata para a Diretoria Clínica.

Art. 13º - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 14º - Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Presidente ou Vice-Presidente.

Art. 15º - O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal.

Atribuições:

Art. 16º - São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

Elaborar a padronização de medicamentos;

Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para a padronização de medicamentos;

Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelos chefes dos Serviços Médicos, promovendo a atualização da padronização de medicamentos;

Avaliar os medicamentos sob o ponto de vista dinâmico, biofarmacocinético e químico, emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar sua farmacoeconomia como mais um critério para a sua padronização;

Evitar várias apresentações do mesmo princípio ativo e formulações com associação de medicamentos;

251





000252

Fixar critérios para a aquisição de medicamentos não padronizados e gerenciar as medicações de alto custo;

Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela *Denominação Comum Brasileira*;

Revisar periodicamente as normas de prescrição e unitarização;

Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;

Organizar a comunicação interna de divulgações da ANVISA, exclusão de alguns itens, boletins, dentre outros;

Promover ações que estimulem o uso racional de medicamentos, atividades de farmacovigilância;

Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico;

Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;

Elaborar um guia farmacêutico a ser divulgado em todas as clínicas da Instituição, com atualizações periódicas (anuais ou sempre que necessário), contendo minimamente os medicamentos padronizados e seus devidos grupos farmacológicos;

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

Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Unidade Mista;

Orientar e promover o controle de medicamentos de uso restrito.

Art. 17º. São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

Convocar e presidir as reuniões;

Representar a comissão junto à Diretoria Geral da Unidade Mista, ou indicar seu representante;

Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

Fazer cumprir o regimento:

Nas decisões da comissão o presidente possui voto de qualidade;

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

Art. 18º - São atribuições do vice-presidente: assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 19º - São atribuições e competências da Secretaria da Comissão:

Organizar a ordem do dia;

Receber e protocolar os processos e expedientes;

Lavrar a ata das sessões/reuniões;

Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

Organizar e manter o arquivo da comissão;

Preparar a correspondência;

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

252

000253

IBGH CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO 2020													
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	PRESIDENTE			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PRIMEIRA REUNIÃO MENSAL	COMISSÃO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES	COMISSÃO				X	X	X	X	X	X	X	X	X
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTOS	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X
REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÕES MENSAIS	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X
AValiação DE INDICADORES TRIMESTRAIS	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE MELHORIAS	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X
AValiação DAS MELHORIAS	COMISSÃO								X	X	X	X	X

Tabela 32 – Cronograma de implantação da Comissão de Farmácia e Terapêutica

#### 4.3.1.15 Comissão De Proteção Radiológica (CPR)

Art.1º. O presente regimento estabelece o funcionamento da Comissão de Proteção Radiológica (CPR) e define as atividades por ela realizadas.

Disposições Preliminares, Objetivos e Características:

Art.2º. Esta Comissão foi estruturada e organizada conforme determinação da Portaria MS nº 453, de 01 de junho de 1998, que aprova o Regulamento Técnico e estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica, dispõe sobre o uso de raios-X diagnóstico em todo território nacional e dá outras providências. E da Portaria Interministerial MEC/MS nº 285 de 24 de março de 2015 que Redefine o Programa de Certificação de Hospital de Ensino e torna obrigatória a criação da Comissão de Proteção Radiológica.

Art. 3º A Comissão de Proteção Radiológica é um organismo de natureza multidisciplinar, tem como finalidade garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes da proteção radiológica, além de recomendar as medidas cabíveis para o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

Art. 4º As deliberações da Comissão de Proteção Radiológica, visando a correção ou reparação de distorções.

Parágrafo único: As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, serão definidas nas reuniões da Comissão de Proteção Radiológica e desencadeadas pelo presidente.

Finalidades:

Art. 5º São finalidades da Comissão de Proteção Radiológica:

Atender as determinações das Portarias MS nº 453, de 01 de junho de 1998 e Portaria Interministerial MEC/MS nº285 de 24 de março de 2015;

Analisar e revisar de forma sistemática;

Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da instituição.

Composição:



000254

Art. 6º - A Comissão de Proteção Radiológica terá composição mínima e será composta por membros do quadro funcional do Hospital, abaixo representados:

O Segurança do Trabalho como presidente;

A Coordenadora da Radiologia, como vice-presidente;

Técnico de radiologia como secretário;

Engenheiro Clínico como membro consultor;

Membros da CIPA como consultores e executores;

Outros profissionais quando solicitadas para tratar de assunto pertinentes à Comissão.

A constituição da CPR seguirá a tabela abaixo:

CONSTITUIÇÃO DA CPR	
QUANTIDADE	CATEGORIA
1	TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO
1	ENGENHEIRO CLÍNICO
1	TÉCNICO DE RADIOLOGIA
1	GERENTE DE ENFERMAGEM
1	GERENTE DE NQSP

*Tabela 33 - Constituição da Comissão de Proteção Radiológica*

Art.7º - O mandato dos membros da Comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

Parágrafo único: No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Superintendência do Hospital para alteração.

Funcionamento e Organização:

Art.8º - Deverão ocorrer reuniões semanais, com data, horário e locais previamente definidos no cronograma específico da comissão, sendo realizadas mensalmente. Durante as reuniões, deverão ser avaliados 100% dos óbitos ocorridos no mês anterior. As resoluções da comissão serão tomadas com participação de um número mínimo igual a metade mais 01 (um) de seus integrantes em 1ª convocação e em 2ª convocação após quinze minutos da primeira com qualquer número de participantes.

Art.9º - A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou em seis reuniões alternadas sem justificativa, durante 12 meses, implicará em sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros presentes poderão realizar a reunião. Os membros da Comissão de Óbito serão nomeados na ata de abertura.

254



000255

Art.10º - As decisões da CPR serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples de votos dos membros presentes. Para a apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade de atestado de óbitos ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentara parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderá ser convidado outro profissional gabaritado para participar das reuniões, desde que a autorização em plenária previa.

As reuniões da CPR deverão ser registradas em ata resumida e arquivada contendo data e hora da mesma, nomes e assinaturas dos membros presentes.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergenciais ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente ou vice da CRO, Diretor Técnico e Diretor Clínico.

Art. 11º - A cada mês, os membros deverão realizar análise crítica dos indicadores mensurados pela comissão.

Atribuições:

Art. 12º São atribuições dos membros da Comissão de Proteção Radiológica:

Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;

Convocar os serviços envolvidos caso existam informações conflitantes;

Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos serviços;

Assessorar a Superintendência em assuntos de sua competência;

Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente.

Disposições Finais:

Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da CPR do Hospital em conjunto com o Diretor Técnico da Instituição.

Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Este Regimento entrará em vigor após aprovação da Direção Geral do Hospital.

IBGH		CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO 2022											
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	PRESIDENTE			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PRIMEIRA REUNIÃO MENSAL	COMISSÃO				X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES	COMISSÃO					X	X	X	X	X	X	X	X
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTOS	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X
REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÕES MENSAS	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X
AVALIAÇÃO DE INDICADORES TRIMESTRAIS	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE MELHORIAS	COMISSÃO						X	X	X	X	X	X	X
AVALIAÇÃO DAS MELHORIAS	COMISSÃO								X	X	X	X	X

Tabela 34 - Cronograma de implantação da Comissão de Proteção Radiológica

000256

## Regimento Interno Da Comissão Intra-Hospitalar De Doação De Órgãos E Tecidos Para Transplantes (CIHDOTT)

O presente regimento tem por finalidade instituir a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes em atendimento a Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009 tornando-a a criação da CIHDOTT obrigatória naqueles hospitais públicos, privados e filantrópicos. A Portaria nº4 de 28 de setembro de 2017 é a consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde (SUS).

No uso das atribuições que lhe confere a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - CIHDOTT obedecerá ao disposto neste Regimento.

### Categoria e Finalidade:

Art. 2º - A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) é de natureza clínica e científica permanente, com funções opinativas e educativas.

Art. 3º - Esta Comissão tem por finalidade assessorar o Diretor Técnico no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento da retirada dos órgãos para transplantes ocorridos na instituição (registros produzidos na assistência integral ao paciente) proporcionando apoio aos sistemas de informação em saúde e à avaliação da qualidade dos serviços prestados.

### Composição do Colegiado:

Art. 4º - A CIHDOTT terá composição multidisciplinar e multiprofissional.

§1. A CIHDOTT deverá ser instituída por ato formal da direção de cada estabelecimento de saúde, deverá estar vinculada diretamente à diretoria médica da instituição e ser composta por, no mínimo, três membros integrantes de seu corpo funcional, dos quais um, que deverá ser médico ou enfermeiro, será o Coordenador.

A constituição da CIHDOTT seguirá a tabela abaixo:

CONSTITUIÇÃO DA CIHDOTT	
QUANTIDADE	CATEGORIA
1	ENFERMEIRO CIHDOTT
1	ENFERMEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO
1	COORDENADOR MÉDICO
1	GERENTE DE ENFERMAGEM
2	MÉDICO INTENSIVISTA
1	MÉDICO OBSTETRA
1	GERENTE DE NQSP

Tabela 35 - Constituição da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes



§2 - Não devem integrar equipe de captação de órgãos e tecidos, assim como, não devem integrar equipe de Transplante.

§3 - O Coordenador da CIHDOTT poderá ser médico ou enfermeiro deste que a classificação da mesma seja CIHDOTT I ou II.

§4 - Caso a CIHDOTT seja classificada categoria III, obrigatoriamente, o coordenador deverá ser médico e possuir carga horária mínima de 20 (vinte horas) semanais dedicadas exclusivamente à referida Comissão.

§3 - Deverão ser indicados representantes dos principais departamentos e serviços. As indicações deverão recair em profissionais com reconhecida experiência e participação em atividades relacionadas ao grupo e de avaliação da qualidade dos serviços prestados pelo mesmo.

§4 - O Estabelecimento de saúde deverá solicitar à Central Estadual de Transplantes (CET) autorização de funcionamento da CIHDOTT, informando sua constituição, acompanhada de certidão negativa de infração ética junto ao seu órgão de classe relativa a CIHDOTT.

Art. 5º - Dentre as indicações efetuadas, a Diretoria/Gerência de Enfermagem e o Diretor Técnico escolherão os membros que comporão a Comissão e promoverá às designações destes, do Presidente e do Secretário.

Parágrafo único – As designações serão referendadas pelo Conselho hospitalar.

Artigo 6º - A Diretoria/Gerência de Enfermagem ou o Diretor Técnico poderão, a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da Comissão.

Parágrafo único - Toda e qualquer alteração de integrantes deverá ser informado ao Diretor Técnico do Hospital, uma vez que a CIHDOTT responde diretamente a essa Diretoria.

Art. 7º - Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três (três) reuniões consecutivas ou a seis (seis) intercaladas no período de 1 (um) ano.

Art. 8º - As funções dos membros da Comissão não serão remuneradas sendo o seu exercício considerado de relevante serviço para esse Estabelecimento de Saúde.

Artigo 9º - A Comissão convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Artigo 10º- A fim de assegurar os suportes técnicos, científicos e operacionais indispensáveis à eficiência da Comissão, a Diretoria/Gerência de Enfermagem e a Diretoria Clínica, por meio do serviço de apoio administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

Artigo 11º - A direção do estabelecimento de saúde deverá prover área física definida e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos, intercomunicação entre os diversos participantes do processo, e conforto para profissionais e familiares dos potenciais doadores, pleno funcionamento da CIHDOTT, bem como definir o regime de trabalho dos seus membros quanto à atuação na Comissão.

§ 1º. A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada seção antes de cada votação.

§ 2º. O Presidente terá o direito a voto de qualidade.

§3º - As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser colocadas na próxima reunião da Comissão para deliberação desta.

§ 4º. É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

000258

§ 5º - A votação será nominal.

Artigo 12 - A Comissão observada à legislação vigente e estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 13º - Os expedientes sujeitos à análise da Comissão serão encaminhados a Diretoria Técnica.

Parágrafo único - Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pelo Secretário, por indicação do Presidente da Comissão ou por membro designado.

Art. 14º - A sequência das reuniões da Comissão será a seguinte:

Verificação da presença do Presidente e, em caso de ausência, abertura dos trabalhos pelo Secretário;

Verificação da presença e existência de "quórum";

Ciência e aprovação da Ata da reunião anterior;

Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

Organização da pauta da próxima reunião.

Parágrafo único - Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 15º - O relator emitirá parecer por escrito, contendo o histórico e o resumo da matéria e as condições de ordem prática ou doutrina que entender cabíveis a sua conclusão ou voto.

Parágrafo único - O relator ou qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Art. 16º - A discussão dos trabalhos será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres e resumos dos mesmos, dos respectivos relatores, e com aqueles cuja discussão ou votação tiver sido adiada.

Art. 17º - Após a leitura do parecer, o Presidente ou Secretário devem submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 1 - O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação.

§ 2 - O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária.

§ 3. Após entrar na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até duas reuniões.

Art.18º - Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 19º - A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em hora estabelecida pelos presentes.

Art. 20º - 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 pelo Presidente e pelo Secretário, com o consentimento dos membros.

258

000259

**Competências e Atribuições:**

**Art. 21º - Compete a Comissão:**

Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;

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;

Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

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;

Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema;

Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se trate de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não doação;

Manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição;

Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;

Articular-se com os respectivos Instituto Médico Legal (IML) e Serviço de Verificação de Óbitos (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 à retirada dos órgãos;

Articular-se com as respectiva Central Estadual de Transplantes (CET), Organização de Procura de Órgãos (OPO) e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CET 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 9.434/1997;

Orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, 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 9.434/1997;

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;

Manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizados conforme os Formulários I e II do Anexo 19 do Anexo I da Portaria nº4 de 28 de setembro de 2017;

Apresentar mensalmente os relatórios à CET, conforme o Formulário III do Anexo 19 do Anexo I da Portaria nº4 de 28 de setembro de 2017;

259



000200

Nos casos em que se aplique, articular-se com as demais instâncias intra e interinstitucionais no sentido de garantir aos candidatos a receptores de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo o acesso às equipes especializadas de transplante, bem como auditar internamente a atualização junto à CET das informações pertinentes a sua situação clínica e aos demais critérios necessários à seleção para alocação dos enxertos;

Acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, nos casos em que se apliquem, inclusive os registros de seguimento de doadores vivos;

Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

Registrar, para cada processo de doação, informações constantes na Ata do Processo Doação/Transplante, do Formulário 1 do Anexo 18 do Anexo I da Portaria nº4 de 28 de setembro de 2017;

Parágrafo único: Os indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo relativos à CIHDOTT encontram-se estabelecidos na Portaria nº4 de 28 de setembro de 2017.

Atribuições:

Artigo 22º - Ao Presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, especificamente:

Representar a Comissão em suas relações internas e externas;

Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;

Promover a convocação das reuniões;

Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito no voto desempate;

Indicar, entre os membros da Comissão, os relatores dos expedientes;

Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

Elaborar cotas decorrentes de deliberações da Comissão e "ad referendum" desta, nos casos de manifesta urgência.

Parágrafo único - Cabe ao Secretário substituir o Presidente em seus impedimentos.

Art. 23º - Aos membros da Comissão, caberá:

Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

Requerer votação de matéria em regime de urgência;

Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo presidente;

Apresentar proposições sobre as questões atinentes a Comissão.

Art. 24º - Ao Secretário da Comissão caberá:

Assistir as reuniões;

Encaminhar o expediente da Comissão;

Prepara o expediente da Comissão;



260

Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;

Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

Lavrar termos de abertura e encerramento da ata, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sobre vigilância;

Elaborar relatos trimestrais das atividades da Comissão;

Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das seções extraordinárias;

Distribuir aos membros da Comissão a pauta das reuniões.

Parágrafo único - A ata só terá validade com a lista de presença assinada pelos membros que estiverem presentes no dia da reunião.

Disposições Gerais:

Art. 25º - O mandato dos componentes da Comissão se extinguirá se houver motivo que justifique a cessação.

Art. 26º - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Internas serão dirimidas pelo Presidente da Comissão e em grau de recurso pelo Diretor Técnico.

Art. 27º - O presente regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão, por meio da maioria absoluta (50% mais um voto) de seus membros, submetido ao Diretor Técnico.

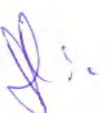
Art. 28º - O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Deliberativo, revogadas as disposições em contrário.

IBGH		CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO 2022											
AÇÕES	RESPONSÁVEL	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	PRESIDENTE						X	X	X	X	X	X	X
PRIMEIRA REUNIÃO MENSAL	COMISSÃO							X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES	COMISSÃO								X	X	X	X	X
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTOS	COMISSÃO									X	X	X	X
REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÕES MENSAS	COMISSÃO										X	X	X
AVALIAÇÃO DE INDICADORES TRIMESTRAIS	COMISSÃO										X	X	X

Tabela 36 – Cronograma de implantação da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

#### 4.3.1.16 Organização da Farmácia

A área responsável pelo planejamento, coordenação, supervisão e controle da Área de Suprimentos e Logística e compreende: compras, abastecimento e distribuição de todos os materiais, medicamentos e outros insumos necessários para o funcionamento da unidade,



000262

dimensionando sistemas de transporte e de armazenamento de produtos de forma econômica e segura.

Para um melhor gerenciamento e controle de estoque dos medicamentos e materiais médico Hospitalares utilizados, toma-se necessário um almoxarifado para a Farmácia.

Equipe proposta para Farmácia:

Farmacêutico e Técnicos em Farmácia que darão apoio em regime de 24h.

- 01 Farmacêutico (44h semanais);
- 1 Técnico em Farmácia 12x36h (diurno);
- 1 Técnicos em Farmácia 12x36h (noturno).

#### Horário de Funcionamento

A Farmácia deverá funcionar 24 horas durante os 07 dias da semana, e compreende o cumprimento das principais atividades a seguir especificadas:

- Controle do estoque;
- Solicitações de reposição de estoque,
- Recebimento de materiais e medicamentos com avaliação de fornecedores;
- Manipulações de medicamentos estoque nas condições adequadas a cada tipo de medicamento ou material;
- Produção de kits;
- Dispensação e cobrança na conta do paciente;
- Padronização de medicamentos

#### Dose individualizada

Com objetivo de racionalizar o uso de medicamentos, o IBGH investirá na formação técnica de seus colaboradores de farmácia para que possam desempenhar plenamente as diversas rotinas farmacotécnicas que permitem maior aproveitamento e menor desperdícios dos medicamentos dentro das possibilidades financeiras e estruturais da unidade em questão.

As principais operações farmacotécnicas estão representadas nas rotinas de:

- Fracionamento de sólidos orais
- Fracionamento de líquidos orais
- Transformação/adequação de forma farmacêutica

#### Controle de Medicamentos Psicotrópicos e Alto Custo

Todas as unidades do IBGH realizam o controle diário dos estoques físicos e virtuais de medicamentos psicotrópicos e de alto custo, através de inventários rotativos de estoque, análise crítica de prontuários, análise de relatórios do sistema e indicadores de divergência de estoque e acuracidade de inventário.

262

000263

Os profissionais farmacêuticos são capacitados para realizar todos os trâmites junto às respectivas autarquias que regem o processo de movimentação de psicotrópicos com total suporte da equipe da Sede Administrativa.

**Métodos De Controle Sobre Fármacos Controlados E/Ou De Alto Custo**

- a) Medicamentos e substâncias sujeitas a controle especial:
  - Armazenamento em armários/ gaveteiros específicos (fechados) com chave;
  - Controle de Psicotrópicos nas Prescrições Médicas;
  - Conferência e Reposição de Medicação da Cautela;
  - Dispensação de medicamentos controlados ao Centro Cirúrgico.
- b) Controle de medicamentos de alto custo:

**Controle de medicamentos de Alto Custo.**

**SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO DE USO RESTRITO E/OU ALTO CUSTO**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Apartamento: \_\_\_\_\_

Bloco: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Data internação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Medicamento:**

- ( ) .....
- ( ) .....
- ( ) .....
- ( ) .....

**Justificativa do Pedido:**

Médico solicitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

..... Carimbo e assinatura

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Parecer do Farmacêutico:**

263



000264

( ) Favorável ( ) Desfavorável

Obs.: \_\_\_\_\_

Ass. Farmacêutico: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **NORMAS PARA AQUISIÇÃO/RECEBIMENTO/GUARDA/DISPENSAÇÃO DOS MEDICAMENTOS:**

As normas para aquisição/recebimento de medicamentos no hospital deverão seguir os critérios adotados. Quanto ao recebimento de tais itens pela Farmácia, guarda e dispensação, foram elaborados os seguintes documentos:

- Armazenamento de medicamentos;
- Dispensação de medicamentos;
- Transferência de Medicamentos.

### **PREVISÃO PARA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE DOSE UNITÁRIA.**

Estudar a viabilidade de adequação/reforma para estrutura física compatível para implantação de Dose Unitária, pois atualmente a Farmácia não conta com este espaço disponível dentro das condições exigidas pela legislação.

### **PREVISÃO PARA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA.**

Estudar a viabilidade de adequação/reforma para estrutura física compatível, pois atualmente a Farmácia não conta com este espaço disponível dentro das condições exigidas pela legislação.

Implantar um sistema informatizado integralizado que permita todas as movimentações de controle de estoque/rastreabilidade dos medicamentos no Hospital, desde a entrada no estoque até a dispensação e consumo pelos pacientes, bem como devoluções à Farmácia;

### **NORMAS E ROTINAS PROPOSTAS PARA O SERVIÇO DE FARMÁCIA**

- Controle de Psicotrópicos nas Prescrições Médicas;
- Conferência e Reposição de Medicação da Cautela;
- Dispensação de medicamentos controlados ao Centro Cirúrgico;
- Controle de medicamentos de Alto Custo;
- Armazenamento de medicamentos;
- Transferência de Medicamentos

264





000265

**PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO**

	<p><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p><b>Farmácia</b></p>	Emissão	
		Revisão	
<p><b>Tarefa: Pedido de Suprimento</b></p>	No:		Data:
	<p><b>Executante</b></p> <p>Farmacêutica</p>		
<p><b>Resultados esperados</b></p> <p>Evitar a falta de medicamentos e/ou material médico-hospitalar.</p>			
<p><b>Recursos Necessários</b></p> <p>Mesa, cadeira, calculadora, caneta e bloco de solicitação de compra.</p>			
<p><b>Atividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calcular lote de reposição;</li> <li>• Preencher o pedido de compra;</li> <li>• Enviar para a administração.</li> </ul>			
<p><b>Cuidados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter atenção na hora de verificar os produtos a serem solicitados evitando o desperdício;</li> <li>• Ter atenção na hora de preencher o pedido de compra para não solicitar itens errados.</li> </ul>			
<p><b>Ações em caso de não conformidade</b></p> <p>Percebendo que houve um erro na conferência do estoque e/ou preenchimento da guia de solicitação de compra, solicita a devolução da mesma à administração e faz as correções necessárias.</p>			

265

000266

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura representante	Data:

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Farmácia</b>	
	Emissão	
<b>Tarefa: Recebimento de medicamentos/material médico-hospitalar</b>	Revisão	
	No	Data:
<b>Executante</b>  Auxiliar de farmácia.		
<b>Resultados esperados</b>  Agilidade no recebimento e conferência de medicamentos e/ou material médico-hospitalar.		
<b>Recursos Necessários</b>  Mesa, cadeira e caneta.		
<b>Atividades</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>● Receber medicamentos e/ou material médico-hospitalar com as respectivas notas fiscais;</li> <li>● Conferir os medicamentos e/ou material médico-hospitalar através do pedido de compra e notas fiscais, verificando quantidade e prazo de validade;</li> <li>● Assinar canhoto das notas fiscais e devolvê-los ao entregador.</li> </ul>		



000267

<b>Cuidados</b>		
Ter bastante atenção na hora de conferir os produtos, verificando as quantidades e os prazos de validade.		
<b>Ações em caso de não conformidade</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Percebendo que existe diferença entre o pedido de compra e os itens da nota fiscal, informar ao farmacêutico para que este tome as devidas providências;</li> <li>Percebendo que existe diferença entre os itens entregues e os que constam na nota fiscal, informar ao farmacêutico para que este tome as devidas providências.</li> </ul>		
Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura representante	do Data:

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO  Farmácia</b>		Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar
			Emissão
	<b>Tarefa: Armazenagem de medicamentos/material médico-hospitalar</b>		Revisão
		No:	Data:
<b>Executante</b>			
Auxiliar de farmácia.			
<b>Resultados esperados</b>			
Agilidade na armazenagem correta de medicamentos e/ou material médico-hospitalar.			

267

000268

<b>Recursos Necessários</b>		
Mesa, cadeira, computador, fichas de controle de estoque e caneta.		
<b>Atividades</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atualizar fichas de controle de estoque, registrando a entrada dos produtos;</li> <li>• Lançar no sistema a entrada dos produtos;</li> <li>• Armazenar os medicamentos e/ou material médico-hospitalar nas respectivas estantes, observando o lote e prazo de validade dos mesmos.</li> </ul>		
<b>Cuidados</b>		
Ter bastante atenção na hora armazenar os produtos, verificando os lotes e os prazos de validade.		
<b>Ações em caso de não conformidade</b>		
Percebendo que armazenou um produto no local errado, retirá-lo deste local e levá-lo para o local correto.		
Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura representante	Data:

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	
	Farmácia	
<b>Tarefa: Envio de notas fiscais para a administração</b>	Emissão	
	Revisão	
	No:	Data:
<b>Executante:</b> Farmacêutico.		

268





<b>Resultados esperados</b>		
Agilidade e atenção no envio das notas fiscais para a administração.		
<b>Recursos Necessários</b>		
Mesa, cadeira, caneta e notas fiscais.		
<b>Atividades</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receber as notas fiscais;</li> <li>• Colocar nas notas fiscais a confirmação de “mercadoria entregue”;</li> <li>• Arquivar a segunda via das notas fiscais na pasta do setor de estoque;</li> <li>• Protocolar as notas fiscais;</li> <li>• Encaminhar as notas fiscais para a administração.</li> </ul>		
<b>Cuidados</b>		
Ter atenção a arquivar as notas fiscais, evitando.		
<b>Ações em caso de não conformidade</b>		
Percebendo que armazenou um produto no local errado, retirá-lo deste local e levá-lo para o local correto.		
Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura representante	do Data:

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	
	<b>Farmácia</b>	Emissão
		Revisão

000270

<b>Tarefa: Requisição de medicamentos e/ou material médico-hospitalar ao almoxarifado</b>		No:	Data:
<b>Executante</b>			
Farmacêutico.			
<b>Resultados esperados</b>			
Garantir o estoque de medicamentos e/ou material médico-hospitalar da farmácia.			
<b>Recursos Necessários</b>			
Mesa, cadeira, caneta e formulário de requisição de material.			
<b>Atividades</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anotar no formulário de requisição de material, os materiais necessários;</li> <li>• Separar as vias do formulário de requisição de material;</li> <li>• Arquivar a primeira via da requisição de material;</li> <li>• Encaminhar a requisição de material para o almoxarifado.</li> </ul>			
<b>Cuidados</b>			
Ter atenção ao preencher o formulário de requisição de material.			
<b>Ações em caso de não conformidade</b>			
Percebendo que solicitou o medicamento e/ou material errado, preenche uma nova requisição de material e faz a troca da anterior pela correta.			
Grupo responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

270



000271

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	
	Emissão	
	<b>Farmácia</b>	
<b>Tarefa: Requisição de medicamentos e/ou material médico-hospitalar ao almoxarifado da Farmácia</b>	Revisão	
	No:	Data:
<b>Executante</b>		
Farmacêutico.		
<b>Resultados esperados</b>		
Garantir o estoque de medicamentos e/ou material médico-hospitalar da farmácia.		
<b>Recursos Necessários</b>		
Mesa, cadeira, caneta e formulário de requisição de material.		
<b>Atividades</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anotar no formulário de requisição de material, os materiais necessários;</li> <li>• Separar as vias do formulário de requisição de material;</li> <li>• Arquivar a primeira via da requisição de material;</li> <li>• Encaminhar a requisição de material para o almoxarifado.</li> </ul>		
<b>Cuidados</b>		
Ter atenção ao preencher o formulário de requisição de material.		
<b>Ações em caso de não conformidade</b>		
Percebendo que solicitou o medicamento e/ou material errado, preenche uma nova requisição de material e faz a troca da anterior pela correta.		
Grupo responsável pela elaboração:		

271



000272

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura representante	Data:

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	
	<b>Farmácia</b>	Emissão
<b>Tarefa: Entrega de medicamentos e/ou material médico-hospitalar pelo almoxarifado da Farmácia</b>	Revisão	
	No:	Data:
<b>Executante</b>		
Auxiliar de farmácia.		
<b>Resultados esperados</b>		
Agilidade no atendimento à solicitação da farmácia.		
<b>Recursos Necessários</b>		
Requisição de material, medicamentos e material médico-hospitalar.		
<b>Atividades</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receber a requisição de material enviada pela farmácia;</li> <li>• Conferir se a requisição está devidamente preenchida e assinada pela farmacêutica;</li> <li>• Verificar no almoxarifado a existência de todos os itens solicitados na requisição;</li> <li>• Separar os medicamentos e/ou material médico-hospitalar que deverão ser entregues na farmácia;</li> <li>• Anotar na requisição de material as quantidades que serão entregues;</li> <li>• Atualizar as fichas de controle de estoque</li> <li>• Entregar os medicamentos e/ou material médico-hospitalar ao requisitante.</li> </ul>		





000273

<b>Cuidados</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter atenção ao conferir a requisição de material;</li> <li>• Ter atenção ao separar os medicamentos e/ou material médico-hospitalar, evitando trocas.</li> </ul>		
<b>Ações em caso de não conformidade</b> <p>Percebendo que não existe no estoque quantidade suficiente para atender à solicitação da requisição de material, informar ao farmacêutico a necessidade de encaminhar solicitação de compra para a administração.</p>		
Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura representante	do Data:

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Farmácia</b>	
	Emissão	
<b>Tarefa: previsão e controle de estoque mensal</b>	Revisão	
	No:	Data:
<b>Executante</b> <p>Farmacêutico.</p>		
<b>Resultados esperados</b> <p>Garantir que não falte nenhum medicamento e/ou material médico-hospitalar no almoxarifado da farmácia e controlar o consumo destes.</p>		

273



<b>Recursos Necessários</b>  Mesa, cadeira, computador, impressora e fichas de controle de estoque.		
<b>Atividades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar o estoque do almoxarifado da farmácia através das requisições de materiais arquivadas;</li> <li>• Cadastrar diariamente no sistema a entrada e saída de medicamentos e/ou material médico- hospitalar;</li> <li>• Emitir relatório diário para controle do estoque;</li> <li>• Encaminhar para a administração a previsão para reposição do estoque da farmácia.</li> </ul>		
<b>Cuidados</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter atenção ao conferir as requisições de material;</li> <li>• Ter atenção quando for fazer a previsão do estoque.</li> </ul>		
<b>Ações em caso de não conformidade</b>  Em casos de epidemias, procurar a administração para que sejam tomadas as devidas providências para abastecimento do almoxarifado da farmácia.		
Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

#### 4.3.1.17 Organização Do Serviço De Arquivo E Prontuário Médico

O serviço de arquivo e prontuário médico é de grande importância, uma vez que sua existência decorre da necessidade de sua organização através da confecção, manutenção, conservação e guarda de prontuário de pacientes que necessitam de assistência médica. Além disso é uma fonte de pesquisa pois reúne as atividades de Arquivo, Registro e Estatística.



000275

A seção de Arquivo controla, confere, ordena e arquivava o prontuário de pacientes do ambulatório e internação. O Prontuário do Paciente é o documento legítimo e individual deste, contendo dados e informações pessoais, bem como do ponto de vista médico social - tratamento clínico, resultados de exames, situação de internação, descrição cirúrgica, resultados e conclusões. É um instrumento dinâmico que uma vez iniciado permanece aberto por tempo indeterminado, atendendo sempre que a paciente recorrer à instituição. O documento é de propriedade do cliente, mas, segundo determinação do Conselho Federal de Medicina, cabe a cada instituição hospitalar conservá-lo por um período de 20 anos.

Mesmo que o hospital utilize prontuário eletrônico, devido a algumas controvérsias de legislações e como segurança também será utilizado o Sistema Dígito Terminal em Cores, em Arquivo adequado, conforme apresentado na imagem a seguir.



*Figura 47 - PRONTUÁRIO DÍGITO TERMINAL COLORIDO*

Para a estruturação desse serviço será disposto um profissional responsável pelo arquivamento, registro e levantamento dos dados estatísticos necessários.

O profissional responsável por realizar as atividades para realizar o arquivamento, registro e levantamento estatístico deve se atender a todos os critérios de categorização da unidade e prezar pela conservação dos prontuários sob controle da unidade.

Para análise dos prontuários será utilizado um checklist que será inserido a cada prontuário conforme modelo a seguir.



000276

**Check List - Prontuário**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_\_\_  
 Documento(s): \_\_\_\_\_

1. Diagnóstico:  Transfêrência  Alta

UNIDADE: \_\_\_\_\_

Item	Requisito Unidade / Referência	Sim	Não	NA	Observações
1	Cartão de identificação do paciente (nome e número) - contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
2	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
3	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
4	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
5	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
6	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
7	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
8	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
9	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
10	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
11	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
12	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
13	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
14	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
15	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
16	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
17	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
18	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
19	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				
20	Formulário de identificação do paciente (nome e número) contendo o CNP, data de nascimento e endereço - em português				

Observações: \_\_\_\_\_

Documentos relacionados: \_\_\_\_\_

Figura 48 – CHECKLIST DO PRONTUÁRIO

4.3.1.18 Monitoramento dos indicadores de desempenho

Os indicadores de desempenho hospitalar são utilizados para medir a eficiência, eficácia e efetividade dos processos realizados na unidade hospitalar. Para avaliar o gerenciamento realizado pelo IBGH, das Clínicas médica e cirúrgica do Hospital de Emergência, os seguintes indicadores de desempenho serão monitorados:

000277

**INDICADOR DE MÉDIA PERMANENCIA PARA INTERNAÇÃO CIRURGICA**

<b>Domínio</b>	EFICIÊNCIA (Assistencial).
<b>Conceito</b>	Avalia o tempo médio em dias que os pacientes internados para assistência cirúrgica permanecem na unidade de internação.
<b>Método de Cálculo</b>	(**) <b>Indicador da instituição de saúde:</b> $\frac{\sum \text{de pacientes com internação por motivos cirúrgicos na instituição de saúde no período}}{\sum \text{de transferências internas de saída} + \text{Saídas hospitalares (altas} + \text{óbitos} + \text{transferências externas) de internação por motivos cirúrgicos na instituição de saúde no período}} = \text{dias}$
<b>Apuração dos Dados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ato da visita;</li> <li>• Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.</li> </ul>
<b>Interpretação</b>	Avalia a média de permanência do paciente em internação hospitalar de internação para atendimento cirúrgico. O aumento do tempo de permanência aumenta o risco de infecção hospitalar e reduz o giro de leitos, aumentando o custo da internação.
<b>Fonte de Dados</b>	(**) <b>Indicador avaliado da instituição de saúde:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Setor de Internação Individual no ato da visita;</li> <li>• Setor de Internação Coletiva no ato da visita;</li> <li>• Setor de Administração no ato da visita;</li> <li>• Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.</li> </ul>
<b>Relevância</b>	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos para o sistema. Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional

Tabela 37 – INDICADOR DE MÉDIA PERMANENCIA PARA INTERNAÇÃO CIRURGICA

**INDICADOR DE OCUPAÇÃO INSTITUCIONAL**

<b>Domínio</b>	EFETIVIDADE (Operacional).
<b>Conceito</b>	Avalia a utilização e gestão do leito operacional no serviço. Está relacionado ao intervalo de substituição e a média de permanência.
<b>Método de Cálculo</b>	(**) <b>Indicador da instituição de saúde:</b> $\frac{\sum \text{de pacientes-dia geral da instituição de saúde no período}}{\sum \text{de leitos-dia operacionais geral da instituição de saúde no período}} * 100 = \%$
<b>Apuração dos Dados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ato da visita;</li> <li>• Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.</li> </ul>
<b>Interpretação</b>	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. A taxa de ocupação hospitalar está diretamente relacionada à disponibilidade de leitos ofertada pelo prestador de serviços de saúde e sua ocupação. Quanto menor a taxa de ocupação, maior a possibilidade de aumento dos custos hospitalares por leitos ociosos. Se a taxa de ocupação estiver no limite de 100%, representa que a capacidade instalada é insuficiente para as demandas das operadoras de planos de saúde para atendimentos aos seus usuários. (ANAH 2010 e 2014) ou 50% (Brasil – PNASS, 2005).
<b>Fonte de Dados</b>	(**) <b>Indicador avaliado da instituição de saúde:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Setor de Administração no ato da visita;</li> <li>• Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.</li> </ul>
<b>Relevância</b>	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos em todo o hospital para o sistema de saúde. Avalia o grau de utilização dos leitos operacionais no hospital como um todo. Não deverá nunca ultrapassar 100%.

Tabela 38 – INDICADOR DE OCUPAÇÃO INSTITUCIONAL

277

000278

**INDICADOR MÉDIA DE PERMANÊNCIA PARA INTERNAÇÃO CLÍNICA**

<b>Domínio</b>	EFICIÊNCIA (Assistencial).
<b>Conceito</b>	Avalia o tempo médio em dias que os pacientes internados para assistência clínica permanecem na unidade de internação.
<b>Método de Cálculo</b>	(**) <b>Indicador da instituição de saúde:</b> $\frac{\sum \text{de pacientes com internação por motivos clínicos na instituição de saúde no período}}{\sum \text{de transferências internas de saída + Saídas hospitalares (altas + óbitos + transferências externas) de internação por motivos clínicos na instituição de saúde no período}} = \text{dias}$
<b>Apuração dos Dados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ato da visita;</li> <li>Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.</li> </ul>
<b>Interpretação</b>	Avalia a média de permanência do paciente em internação hospitalar de internação para atendimento clínico. O aumento do tempo de permanência aumenta o risco de infecção hospitalar e reduz o giro de leitos, aumentando o custo da internação.
<b>Fonte de Dados</b>	(**) <b>Indicador avaliado da instituição de saúde:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Setor de Internação Individual no ato da visita;</li> <li>Setor de Internação Coletiva no ato da visita;</li> <li>Setor de Administração no ato da visita;</li> <li>Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.</li> </ul>
<b>Relevância</b>	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos para o sistema. Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional.

Tabela 39 – INDICADOR MÉDIA DE PERMANÊNCIA PARA INTERNAÇÃO CLÍNICA

**INDICADOR TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

<b>Domínio</b>	SEGURANÇA (Prevenção Infecção)
<b>Conceito</b>	Monitora a taxa de infecção hospitalar considerando o índice geral da instituição e de cada setor de unidade assistencial do prestador de serviço avaliado.
<b>Método de Cálculo</b>	(*) <b>Indicador do setor:</b> $\frac{\sum \text{de pacientes com infecção hospitalar no setor no período}}{\sum \text{de pacientes internados no setor no período}} * 100 = \%$ (**) <b>Indicador da instituição de saúde:</b> $\frac{\sum \text{de pacientes com infecção hospitalar na instituição de saúde no período}}{\sum \text{de pacientes internados na instituição de saúde no período}} * 100 = \%$
<b>Apuração dos Dados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ato da visita;</li> <li>Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.</li> </ul>
<b>Interpretação</b>	<p>Estima o risco dos pacientes atendidos na Unidade de Produção vir a contrair uma infecção hospitalar. Reflete a qualidade do cuidado prestado na Unidade de Produção e no Hospital.</p> <p>Pacientes queimados: patógenos encontrados em hemoculturas de pacientes queimados é o <i>Staphylococcus aureus</i>, com mortalidade de aproximadamente 30%, chegando a 45% quando a espécie é a de <i>Staphylococcus aureus</i> resistente à oxacilina. Outros tipos de bactérias são <i>Escherichia coli</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Acinetobacter baumannii</i>, <i>Enterobacter cloacae</i> e outras bactérias gram-negativas em geral; <i>Acinetobacter baumannii</i> como causa de infecção da ferida em queimados, responsável por 11% a 13% dos casos; pacientes com infecção da ferida por <i>Acinetobacter baumannii</i>, 46% desenvolvem infecção da corrente sanguínea e, destes, 38% acabam indo a óbito.</p>

Tabela 40 – INDICADOR TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR

278

000279

**INDICADOR ÍNDICE DE QUEDAS DE PACIENTE**

<b>Domínio</b>	SEGURANÇA (Prevenção de quedas).
<b>Conceito</b>	Avalia a taxa de queda de pacientes internados ou atendidos em unidades assistenciais. O índice de queda está relacionado a fraturas e traumatismos no ambiente hospitalar.
<b>Método de Cálculo</b>	<p>(*) <b>Indicador do setor:</b></p> $\frac{\sum \text{de pacientes com registro de queda no setor no período}}{\sum \text{de pacientes internados no setor no período}} * 100 = \%$ <p>(**) <b>Indicador da instituição de saúde:</b></p> $\frac{\sum \text{de pacientes com registro de queda na instituição de saúde no período}}{\sum \text{de pacientes internados na instituição de saúde no período}} * 100 = \%$
<b>Apuração dos Dados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ato da visita;</li> <li>Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores da UNIPLUS.</li> </ul>
<b>Interpretação</b>	Quanto menor o índice de queda de pacientes, melhor. As quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito. A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda. Implantação do Protocolo de prevenção de quedas com uso da Escala de Quedas de Morse.

*Tabela 41 - INDICADOR ÍNDICE DE QUEDAS DE PACIENTE*
**INDICADOR TAXA DE PRESCRIÇÕES DOS PACIENTES REVISADAS POR FARMACÊUTICOS ANTES DA DISPENSAÇÃO**

<b>Domínio</b>	SEGURANÇA (Erro de medicação).
<b>Conceito</b>	Monitora a taxa de revisão da prescrição de medicamentos de pacientes atendidos em unidades assistenciais. Inclui o medicamento errado, omissão de dose ou do medicamento, dose errada, frequência na administração errada, forma de administração errada, erro de preparo, manipulação ou acondicionamento, técnica de administração errada, via errada, horário errado, paciente errado, duração do tratamento errada, outros tipos.
<b>Método de Cálculo</b>	<p>(**) <b>Indicador da instituição de saúde:</b></p> $\frac{\sum \text{de prescrições revisadas por farmacêutico antes da dispensação na instituição de saúde no período}}{\sum \text{de prescrições atendidas na instituição de saúde no período}} * 100 = \%$
<b>Apuração dos Dados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ato da visita;</li> <li>Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores da UNIPLUS.</li> </ul>
<b>Interpretação</b>	Quanto maior a taxa de prescrições revisadas por farmacêutico, melhor. Previne erros de prescrição, para garantir a probabilidade do tratamento efetivo ou redução de risco de lesão no paciente. Quanto mais baixa melhor.
<b>Fonte de Dados</b>	<p>(**) <b>Indicador avaliado da instituição de saúde:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Setor de Farmácia.</li> </ul>
<b>Relevância</b>	Essencial para segurança na assistência, com monitoramento dos erros de medicação que podem refletir em maior tempo de internação ou lesão para o paciente.

*Tabela 42 - INDICADOR TAXA DE PRESCRIÇÕES DOS PACIENTES REVISADAS POR FARMACÊUTICOS ANTES DA DISPENSAÇÃO*


000280

### INDICADOR TAXA DE ERROS DE PRESCRIÇÃO COM NOTIFICAÇÃO AO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

<b>Domínio</b>	SEGURANÇA (Erro de medicação).
<b>Conceito</b>	Avalia a taxa de erros de prescrição de medicação de pacientes atendidos em unidades assistenciais. Inclui: medicamento errado, omissão de dose ou do medicamento, dose errada, frequência na administração errada, forma de administração errada, erro de preparo, manipulação ou acondicionamento, técnica de administração errada, via errada, horário errado, paciente errado, duração do tratamento errada, outros tipos.
<b>Método de Cálculo</b>	<p>(*) <b>Indicador do setor:</b></p> $\frac{\sum \text{de prescrições atendidas com erro de prescrição no setor notificadas ao núcleo de segurança do paciente - NSP no período}}{\sum \text{de prescrições atendidas no setor no período}} * 100 = \%$ <p>(**) <b>Indicador da Instituição de saúde:</b></p> $\frac{\sum \text{de prescrições atendidas com erro de prescrição na instituição de saúde notificadas ao núcleo de segurança do paciente - NSP no período}}{\sum \text{de prescrições atendidas na instituição de saúde no período}} * 100 = \%$
<b>Apuração dos Dados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ato da visita;</li> <li>Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.</li> </ul>
<b>Interpretação</b>	Quanto menos a taxa de erros de prescrição, melhor. O erro de prescrição com significado clínico é definido como um erro de decisão ou de redação, não intencional, que pode reduzir a probabilidade do tratamento ser efetivo ou aumentar risco de lesão no paciente, quando comparado com as práticas clínicas estabelecidas e aceitas. Observar a taxa de erros de prescrição. Quanto mais baixa melhor.
<b>Relevância</b>	Essencial para segurança na assistência, com monitoramento dos erros de medicação que podem refletir em maior tempo de internação ou lesão para o paciente.

Tabela 43 – INDICADOR TAXA DE ERROS DE PRESCRIÇÃO COM NOTIFICAÇÃO AO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

### INDICADOR TAXA DE ABSENTEÍSMO

<b>Domínio</b>	EFETIVIDADE (Recursos Humanos).
<b>Conceito</b>	Avalia a força de trabalho contratada que não presente por faltas (justificadas ou injustificadas), atrasos, licenças curtas ou prolongadas (acima de 15 dias).
<b>Método de Cálculo</b>	<p>(**) <b>Indicador da instituição de saúde:</b></p> $\frac{\sum \text{de colaboradores do prestador de serviços de saúde no período}}{\sum \text{de dias em faltas de funcionários (justificadas ou injustificadas), atrasos, licenças curtas ou prolongadas (acima de 15 dias) no período}} * 100 = \%$
<b>Apuração dos Dados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ato da visita;</li> <li>Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.</li> </ul>
<b>Interpretação</b>	Quanto menor o resultado do indicador, melhor. O absenteísmo significa que a força de trabalho contratada não está presente por faltas (justificadas ou injustificadas), atrasos, licenças curtas ou prolongadas - acima de 15 dias. Quanto maior a taxa de absenteísmo pior a saúde dos colaboradores refletem negativamente nos resultados na qualidade da assistência, na satisfação dos clientes ou no desempenho financeiro.
<b>Fonte de Dados</b>	<p>(**) <b>Indicador avaliado da instituição de saúde:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sector de Administração - Sector de Recursos Humanos, no ato da visita;</li> <li>Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.</li> </ul>
<b>Relevância</b>	Essencial para segurança na assistência e saúde dos colaboradores.

Tabela 44 – INDICADOR TAXA DE ABSENTEÍSMO



000281

**INDICADOR NET PROMOTER SCORE**

Domínio	EFICÁCIA
Conceito	O NPS é uma ferramenta prática que funciona como um indicador para verificar a quantidade de clientes satisfeitos e insatisfeitos.
Método de Cálculo	NPS: (Promotores – Detratores)/Número total de pacientes respondentes
Apuração dos dados	Durante a alta do paciente
Interpretação	O intuito é mensurar a felicidade e satisfação dos pacientes com o produto ou serviço, a fim de saber se a experiência deles com sua unidade de saúde foi positiva ou negativa.
Relevância	Essencial para medir a satisfação do paciente com a assistência à saúde prestada

*Tabela 45 – INDICADOR NET PROMOTER SCORE***INDICADOR CLIMA ORGANIZACIONAL**

Domínio	Qualidade
Conceito	O clima organizacional é um dos indicadores mais importantes para o setor de Recursos Humanos. Ele mede a qualidade do ambiente de trabalho, o que pode estar ligado a diversos fatores como volume de tarefas, relacionamento com colegas e superiores, entre outros.
Método de Cálculo	Pesquisa de satisfação utilizando perguntas estruturadas
Apuração dos dados	Na organização
Interpretação	O intuito é mensurar a felicidade e satisfação dos colaboradores a fim de saber se a experiência deles com sua unidade de saúde foi positiva ou negativa.
Relevância	Essencial para medir o clima organizacional

*Tabela 46 – INDICADOR CLIMA ORGANIZACIONAL*

Os indicadores de processos padronizados serão apurados na fonte de dados dos hospitais. Os dados farão parte de um painel publicado e compartilhado internamente com os hospitais, denominado “Indicadores de Processo”. Este painel proporcionará avaliar comparativamente o desempenho qualitativo de um mesmo processo em instituições distintas, e servirá de balizador de informações e benchmarking entre os hospitais da rede, atingindo assim os objetivos da sua construção:



000282

- Implantação de um sistema de informação institucional consistente no que se refere a processos;
- Implementação de análises críticas sistêmicas pelas lideranças com evidências de ações de melhoria e inovação;
- Identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos;
- Observação de análise de tendência com resultados favoráveis e consecutivos;

#### 4.3.1.18.1 Análise Crítica Dos Indicadores

Para a análise crítica serão adotadas as ferramentas da qualidade como 5W2H, diagrama de Ishikawa, gráfico de dispersão, visando a correção e realinhamento do desempenho através do método de PDCA, além de outras ferramentas da qualidade.

A reunião de Análise Crítica deve ser realizada em três etapas:

- gestores e sua equipe;
- gestores e partes envolvidas e
- gestores e diretoria, onde deve ser analisado o desempenho dos processos com relação ao alcance das metas previamente determinados de acordo com a missão e planejamento estratégico da instituição.

É importante fazer referência aos instrumentos já existentes e aplicados pelo IBGH:

- Relatório de Atividades (com manual próprio): foco no desempenho global institucional (dados de produção, contábil-financeiro, informações e indicadores);
- Plano Estatístico: foco na produção setorial, base para coleta de dados;
- Controle de Metas Contratuais (definidos por procedimento de gestão): foco nas metas do contrato de gestão.
- Na elaboração do Plano de Ação Corretiva é importante estimar prazos e custos envolvidos nas decisões, buscando sempre a melhor relação custo x benefício.

As ações definidas podem ser:

- Decisões gerenciais;
- Ações corretivas ou preventivas;
- Melhorias de processos e/ou produtos;
- Necessidade de recursos;
- Pendências para uma investigação mais profunda sobre a causa raiz do problema; e
- Necessidade de novas informações; dentre outras.

#### Registros

282



000283

Os indicadores devem ser levantados mensalmente, sendo que:

- Todo indicador padronizado tem uma ficha técnica correspondente que orienta e define como deve ser apurado;
- Alimentar a base de indicadores de processos padronizados, mensalmente, até o dia 15 do mês subsequente;
- Todo Serviço de saúde terá acesso à base de indicadores do Sistema – Sede para alimentar seus indicadores e visualizar os indicadores dos demais Serviços de Saúde sob gestão do IBGH como forma de benchmarking interno.

#### 4.3.1.19 Programa De Acolhimento Humanizado

A palavra humanizar relaciona-se com diversos aspectos como: acolhimento, afabilidade, dignidade, respeito, civilidade pelo outros e tratamento igual para todos. Um dos princípios do SUS é a igualdade, tornando assim a humanização do atendimento um desafio.

Humanizar significa acolher o paciente em sua essência, a partir de uma ação efetiva traduzida na solidariedade, na compreensão do indivíduo em sua singularidade e na apreciação da vida.

Faz-se necessário entender a singularidade do paciente para dispor de um atendimento e acolhimento humanizado.

Um atendimento humanizado pressupõe a união de um comportamento ético com conhecimento técnico e com a oferta de cuidados dirigidos às necessidades dos pacientes, estabelecendo um canal de relacionamento com eles.

Quando se fala em acolhimento, este pode ser definido como um valor a ser construído e exercitado diariamente por todos os profissionais, que visa melhorar a qualidade do atendimento prestado, aumentar a eficácia das ações de saúde e propiciar relações interpessoais mais respeitadas e humanas.

A unidade como não é porta aberta e não possui pronto socorro, todos os pacientes serão referenciados para um leito clínico ou cirúrgico específico, assim não será realizado a classificação do risco. Assim, será seguido o fluxo abaixo:

##### 4.3.1.19.1 Recepção do paciente:

- Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Realizar o cadastro do paciente em prontuário eletrônico;
- Colocar a pulseira de identificação;
- Acionar o maqueiro e solicitar o encaminhamento do paciente ao leito;
- 1. Avaliação da equipe de enfermagem:



000284

- Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Escutar a queixa, os medos e expectativas;
- Acomodar o paciente e entregar o manual de orientações de internação, juntamente com o kit de higiene;
- Aferir sinais vitais e preencher anamnese;

**Avaliação da equipe médica:**

- Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Avaliar paciente e orientar sobre o tratamento;

**Avaliação da equipe multiprofissional:**

- Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Avaliar paciente e orientar sobre o tratamento;
- Acolher o familiar e orientar sobre as normas e rotinas

Para um acolhimento humanizado, todo paciente receberá um Manual de Orientação, conforme modelo abaixo:

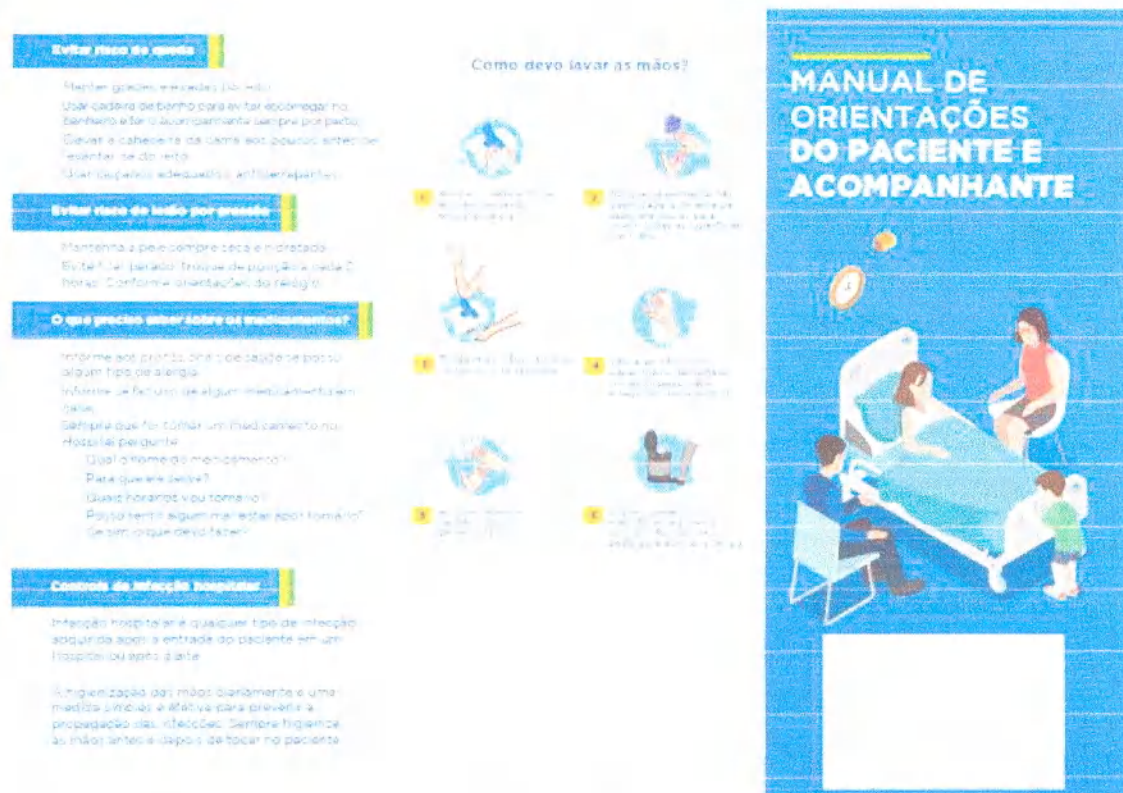


Figura 49 – Manual de Orientações do Paciente e Acompanhante / Parte 1

*[Handwritten signature]*

000285

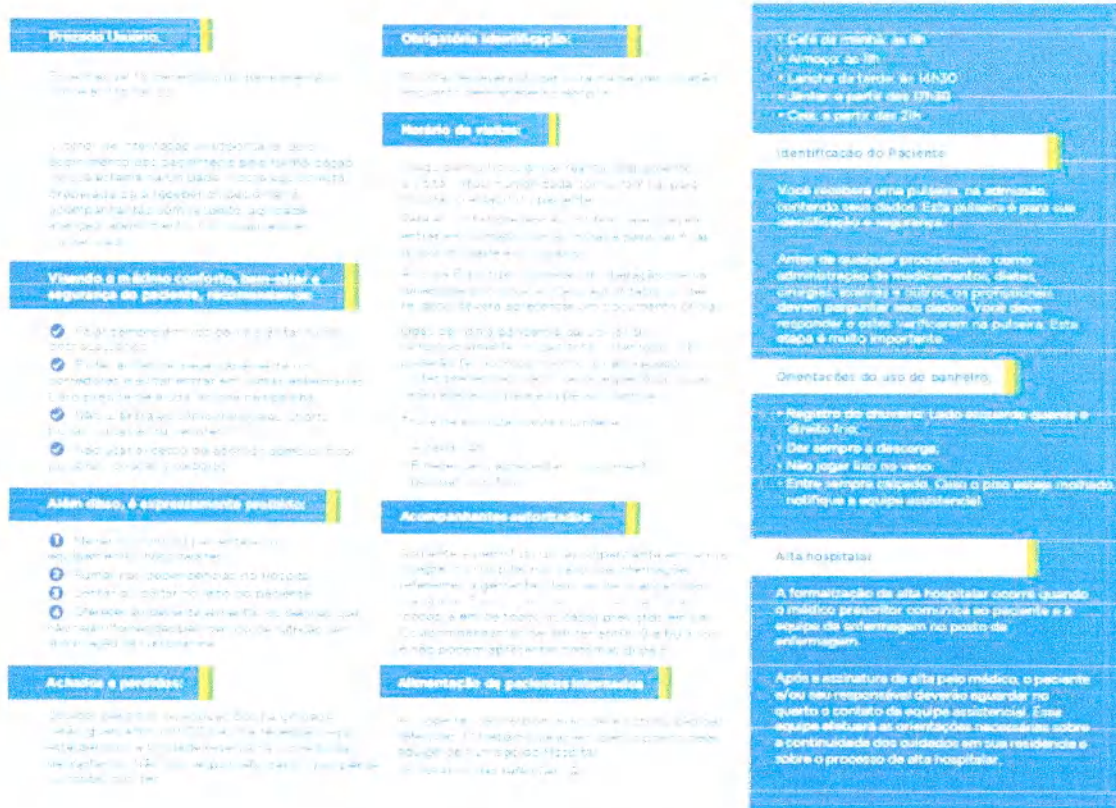


Figura 50 = Manual de Orientações do Paciente e Acompanhante / Parte 2

O programa de acolhimento ocorrerá 24 horas por dia de forma ininterrupta.

#### 4.3.1.20 Apresentação de Protocolos Clínicos de Atendimento conforme o perfil assistencial;

Os Protocolos Clínicos referem-se à sistematização de condutas assistenciais das patologias mais prevalentes da unidade e muitas vezes envolvem equipe multiprofissional de assistência. Esses protocolos não são aplicados à totalidade dos pacientes, mas apenas àqueles que se inserem nos critérios de inclusão previamente definidos. Serão avaliados periodicamente através de indicadores de desempenho.

Dessa forma, os Protocolos Clínicos são documentos norteadores para as condutas dos profissionais de saúde. Eles possuem critérios sólidos e parâmetros assertivos de atuação/intervenção baseados cientificamente para garantir segurança e cuidado resolutivo aos pacientes. Quando a instituição segue fielmente os protocolos estabelecidos, é possível mensurar e gerenciar seus resultados e melhorias, além de minimizar custos e potencializar a eficácia do processo.

No contexto do Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz, propõe-se a implantação inicial dos protocolos listados na tabela abaixo.

000286

Vale ressaltar que, os documentos abaixo listados, estão apresentados no ANEXO II da proposta, devendo ser adaptados para as unidades e servirem de orientação para a elaboração de outros que se façam necessários.

<b>PROTOCOLOS MULTIPROFISSIONAIS</b>
Prevenção de infecções do trato respiratório
Prevenção de infecção primária de corrente sanguínea associada a acesso venoso central
Prevenção de infecção de trato urinário associada do uso de cateter vesical de demora
Identificação do paciente
Higienização das mãos
Cirurgia segura
Prevenção de lesão por pressão
Prevenção de quedas
Protocolo de transporte seguro
Paramentação e desparamentação para covid-19
Precauções, isolamentos e vigilância admissional
<b>PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS</b>
Protocolo de atendimento durante a PCR
Transição de cuidados
Prescrição, uso e administração de medicamentos
Uso racional de antimicrobiano
Manejo de infecções suspeitas ou confirmadas pelo coronavírus (sars-cov2)
Protocolo de jejum do paciente internado
Prescrição, uso e administração de medicamentos
Protocolo tromboembolismo venoso-TEV
Transição de cuidados
Protocolo de tratamento de pneumonia- adulto
Diagnóstico e tratamento precoce da sepse
Dor torácica. Dentre outros protocolos.

*Figura 51 - Protocolos Clínicos*

#### 4.3.1.21 Regulamentos e Manual de Normas e Rotinas;

O Manual de Gestão da Qualidade define e caracteriza o sistema de gestão a ser aplicada no hospital, com o propósito de organizar os recursos necessários a prestação de serviços qualificados que atendam aos requisitos dos clientes, bem como aos requisitos legais e regulamentares aplicáveis.

Toda a documentação inerente às unidades a serem gerenciadas são observadas a padronização do tipo, conteúdo, e a forma de apresentação, assegurando que todos os processos normatizados sejam efetivamente gerenciados pela qualidade (rastreadibilidade, validade, entre outros de controle de documentação).





Os documentos abaixo listados, estão apresentados nos ANEXO III da proposta. Estes documentos estão apresentados como modelos, devendo ser adaptados para as unidades e servirem de orientação para a elaboração de outros que se façam necessário.

Código	Nome	Tipo de documento
POI	POLÍTICA DE GESTÃO DE DOCUMENTOS	POLÍTICA
POI	GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS	POLÍTICA
POI	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO	POLÍTICA
POI	POLÍTICA DE GENTE E GESTÃO	POLÍTICA
POI	GESTÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS	POLÍTICA
POI	POLÍTICA DE QUALIDADE	POLÍTICA
POI	GESTÃO DA INFORMAÇÃO	POLÍTICA
POI	COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL	POLÍTICA
POI	GESTÃO FINANCEIRA E CUSTO	POLÍTICA
DIT	PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	DOCUMENTO INSTITUCIONAL
DIT	PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDA	DOCUMENTO INSTITUCIONAL
DIT	PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	DOCUMENTO INSTITUCIONAL
DIT	PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	DOCUMENTO INSTITUCIONAL
DIT	PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA	DOCUMENTO INSTITUCIONAL
DIT	PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	DOCUMENTO INSTITUCIONAL
DIT	PROTOCOLO DE MANEJO DE INFECÇÕES SUSPEITAS OU CONFIRMADAS PELO CORONAVÍRUS (SARS-CoV2)	DOCUMENTO INSTITUCIONAL
DIT	PROTOCOLO DE PRECAUÇÕES, ISOLAMENTOS E VIGILANCIA ADMISSIONAL	DOCUMENTO INSTITUCIONAL
DIT	ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO	DOCUMENTO INSTITUCIONAL
DIT	CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE	DOCUMENTO INSTITUCIONAL
DIT	GUIA DE CUIDADOS COM MEDICAMENTOS IRRITANTES E VESICANTES RELACIONADOS AO RISCO DE FLEBITE	DOCUMENTO INSTITUCIONAL
DIT	MANUAL DE COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL	DOCUMENTO INSTITUCIONAL
DIT	MANUAL PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR ACESSOS ENTERAIS	DOCUMENTO INSTITUCIONAL
DIT	REGIMENTO DE ENFERMAGEM	DOCUMENTO INSTITUCIONAL

Figura 53 - Relação de Documentos Institucionais

#### 4.3.1.21.1 Implantação de Processos



Os macroprocessos podem ser entendidos como agrupamentos de processos necessários para a produção de uma ação ou desempenho de uma atribuição da organização ou ainda como grandes conjuntos de atividades pelos quais a organização cumpre sua missão, gerando valor para o cliente/cidadão/usuário.

**Mapa de processos**

O IBGH propõe o mapa de processos abaixo, de acordo com a finalidade pretendida para o gerenciamento das Unidades de Clínica Médica e Cirúrgica do Hospital de Emergência.

Existem diferentes nomenclaturas para a classificação de processos utilizados por diversos autores, porém a classificação dos tipos de categorias dos processos adotada pelo IBGH está dividida em: gerencial, assistencial, logístico, técnico e o de apoio. Assim, os processos Gerenciais são aqueles que existem para coordenar os processos de apoio e assistencial, através de definição de estratégias, definição e monitoramento das metas, e melhorando os processos, quando necessário. Exemplos: Liderança (Diretoria Geral, Diretoria Assistencial e Diretoria de Apoio).

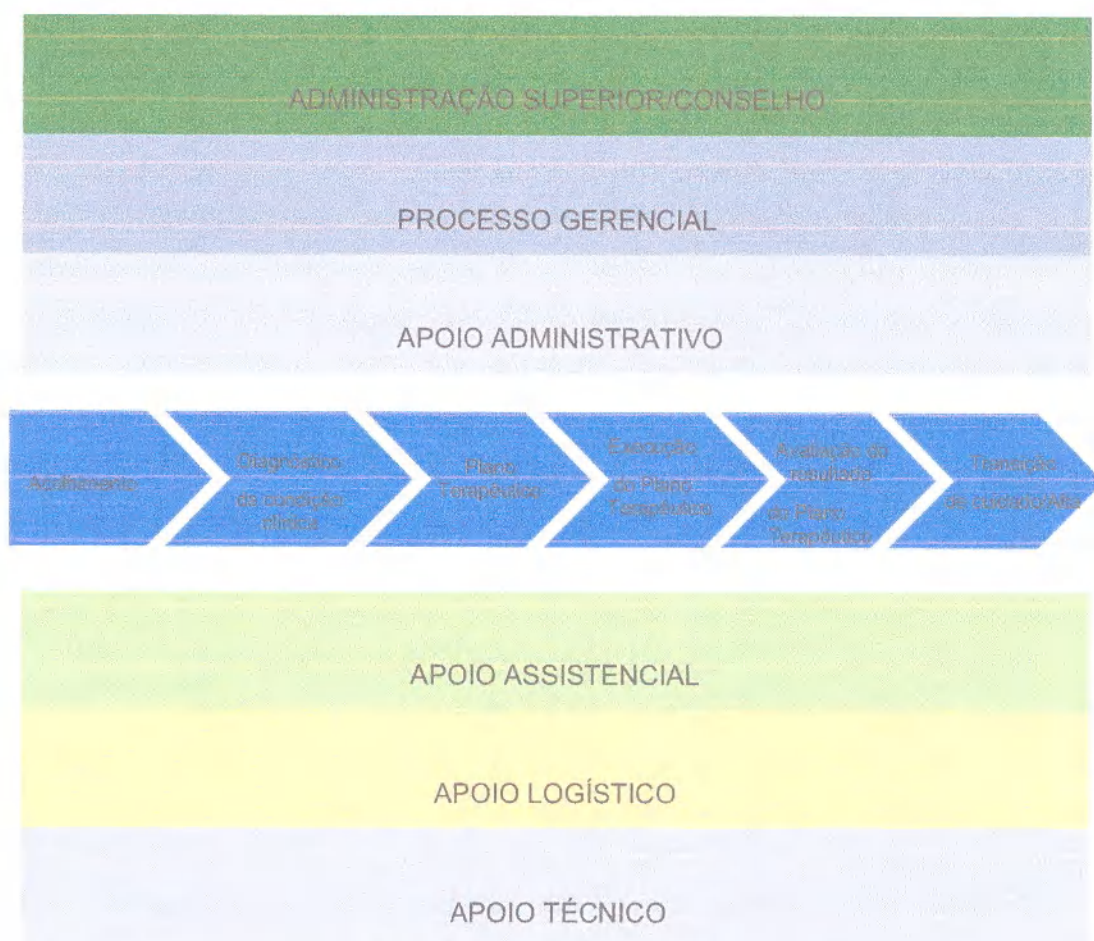


Figura 54 - Mapa de Processo

Os processos assistenciais são aqueles que se inter-relacionam diretamente com o cliente. Exemplos: Assistência Farmacêutica, Assistência Nutricional, Internação e Atendimento Cirúrgico.

Os processos de apoio são aqueles que sustentam os processos assistenciais, fornecendo produtos e serviços como: equipamentos, tecnologia, informações. Exemplo: Gestão de Estrutura Física Funcional (manutenção), Gestão de Equipamentos Médico-Hospitalares (Engenharia Clínica) e Sistema de Informação ao Paciente (T.I).

4.3.1.21.2 Processos

Os processos são organizados de acordo com o seu grau de abrangência. A divisão dos processos de forma hierárquica permite às organizações terem uma visão sistêmica sobre todas as suas atividades e tarefas. Portanto, os processos são organizados de forma hierárquica em macroprocessos, subprocessos, atividades e tarefas.

A cadeia de valor é o conjunto de atividades criadoras de valor desde as fontes de matérias-primas básicas, passando por fornecedores de componentes até o produto final entregue nas mãos do consumidor.

A hierarquia de processos permite à organização visualizar como seus processos se desdobram desde uma “visão do todo”, normalmente representada pela cadeia de processos, até uma visão operacional, representada pelos fluxogramas e procedimentos operacionais. Na figura a seguir, apresentamos a hierarquia dos processos a ser implementado na clínica médica e cirúrgica do Hospital de Emergência.



FONTE: Brasil (2014, p. 11)

Figura 55 - Hierarquia dos Processos

*Handwritten signature*

#### 4.3.1.21.3 Protocolos

Os Protocolos Clínicos referem-se à sistematização de condutas assistenciais das patologias mais prevalentes da unidade e muitas vezes envolvem equipe multiprofissional de assistência. Esses protocolos não são aplicados à totalidade dos pacientes, mas apenas àqueles que se inserem nos critérios de inclusão previamente definidos. Serão avaliados periodicamente através de indicadores de desempenho. Os protocolos são classificados em:

**Protocolos Clínicos:** Os protocolos são documentos que descrevem o método de atendimento dos profissionais de saúde para cada situação específica. A equipe de profissionais elabora os seus protocolos, de acordo com a realidade local, devendo sempre contemplar o trabalho do corpo médico, adaptado ao serviço que será gerenciado.

**Protocolos de Enfermagem:** Os protocolos são documentos que descrevem o método de atendimento dos profissionais de saúde para cada situação específica. A equipe de profissionais elabora os seus protocolos, de acordo com a realidade local, devendo sempre contemplar o trabalho de enfermagem, adaptado ao serviço que será gerenciado.

**Protocolos do Corpo Clínico Multiprofissional:** Os protocolos são documentos que descrevem o método de atendimento dos profissionais de saúde para cada situação específica. A equipe de profissionais elabora os seus protocolos, de acordo com a realidade local, devendo sempre contemplar o trabalho do corpo clínico multiprofissional, adaptado ao serviço que será gerenciado.

#### 4.3.1.22 Programa De Qualidade A Ser Implantado.

O IBGH implantará o Programa de Qualidade, na busca pela excelência no atendimento e assistência ao paciente, o qual alcançará todos os colaboradores que irão gerenciar e operacionalizar os serviços assistenciais de saúde na Clínica médica e cirúrgica do Hospital de Emergência.

A gestão da qualidade é o conjunto de ações organizadas para atender ou superar, continuamente, às necessidades e às expectativas dos clientes. Para que isso possa ser factível, é condição primordial saber ouvir a voz do cliente interno ou externo. Além disso, precisamos conhecer bem e gerenciar nossos processos de serviços.

O Programa de gestão da qualidade é uma ferramenta que traz padronização e controle dos processos e, ainda, permite a medição da eficácia das ações tomadas, com foco na satisfação do cliente e na busca da melhoria contínua dos processos.

As organizações precisam desenvolver uma perspectiva estratégica de qualidade, pois mesmo que o conceito de qualidade varie de pessoa para pessoa, as empresas necessitam adquirir um diferencial competitivo perante os concorrentes para manter-se no mercado globalizado, tecnológico e em constantes mudanças.

O envolvimento das pessoas na implantação do Programa da Qualidade é fundamental para alcançar resultados satisfatórios. Algumas estratégias serão utilizadas para o engajamento dos colaboradores:

- Envolver todos os profissionais, inclusive os que não lidam diretamente com o paciente;
- Identificar os impedimentos ao engajamento dos colaboradores no nível individual, priorizando o tratamento de determinadas barreiras.
- Desenvolver times para a promoção de diretrizes de forma a substituir o modelo centrado no médico pelo modelo coletivo multiprofissional;
- Envolver pacientes e profissional na melhoria contínua da qualidade e no desempenho da organização;
- Promover o senso de propriedade, para que os profissionais médicos se sintam parte dos assuntos relacionados à qualidade assistencial;
- Identificar e treinar líderes e destaques em melhoria da qualidade e segurança;

Desenvolver e envolver colaboradores da organização a fim de potencializar suas habilidades para o gerenciamento contínuo da qualidade é uma meta estratégica a ser adotada pelo IBGH, pois entendemos que o capital intelectual agrega valor, por meio de informação, conhecimento e habilidades que incrementam o acervo de experiência e a cultura da organização

### Governança Corporativa

A Governança corporativa é o sistema pelo qual as organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre sócios, conselho de administração, diretoria, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas.

As boas práticas de governança corporativa convertem princípios básicos em recomendações objetivas, alinhando interesses com a finalidade de preservar e otimizar o valor econômico de longo prazo da organização, facilitando seu acesso a recursos e contribuindo para a qualidade da gestão da organização, sua longevidade e o bem comum

A Governança Corporativa é importante pelo seu papel de profissionalização das Organizações Sociais. Na prática, a Governança é relevante para a definição da estrutura e da estratégia organizacional, bem como a clareza e a transparência das informações, e o desenvolvimento da relação com as partes envolvidas. Outros princípios básicos da Governança como a equidade, prestação de contas e responsabilidade corporativa são necessários para desenvolver um clima de confiança interna e na relação com terceiros.

### Governança Clínica

Para atingimento da excelência assistencial é necessário o estabelecimento de uma sistemática gerencial voltada às questões assistenciais, alinhada à Governança Corporativa, que garanta, na prática, a monitorização do processo de evolução contínua, servindo de apoio a implementação do referencial teórico do macroprocesso assistencial. A experiência mundial tem consagrado o padrão do *National Health System (NHS)*, para este propósito. Neste modelo de gestão é estabelecida uma "abordagem sistêmica para manter e melhorar a qualidade no cuidado ao paciente em Serviços de Saúde" conhecida com a denominação de Governança Clínica.

O Diretor Geral será responsável pela qualidade, juntamente com o Diretor da Qualidade, incluindo a Governança Clínica, juntamente com o Diretor Clínico, estabelecendo o elo fundamental com a Governança Corporativa.

Desta forma a governança clínica torna-se um mecanismo poderoso e abrangente para assegurar, através do atendimento à Política Assistencial e ao Modelo de Excelência Assistencial, que os elevados padrões e a qualidade do atendimento clínico sejam alcançados e continuamente melhorados, entregando valor aos clientes.

Apresentamos os componentes da Governança Clínica:

### Efetividade clínica e pesquisa:

Para alcançar a efetividade clínica a Diretoria Geral e Clínica adotará algumas estratégias como:

- Adoção uma abordagem baseada em evidências científicas para o manejo dos pacientes;
- Modificação das práticas tradicionais, desenvolver novos protocolos e diretrizes cada vez elas se mostrarem inadequadas;
- Desenvolvimento de pesquisas para acumular evidências com o objetivo de elevar o nível dos cuidados oferecidos aos pacientes.

### Auditoria Clínica

O objetivo das auditorias é monitorar os resultados de desempenho dos serviços médicos e identificar as suas deficiências em relação aos padrões pré-definidos.

As auditorias serão realizadas através de visitas técnicas nas clínicas médica e cirúrgica para avaliação dos processos assistenciais e de apoio técnico e de logística.

Apresentamos na Figura a seguir o ciclo que envolve a auditoria clínica.



Figura 56 – Ciclo da Auditoria Clínica

FONTE: IBGH

Gestão de Risco

A implantação da Gestão de Riscos num serviço de saúde exige a definição clara dos processos da organização e da criação de um grupo de pessoas responsáveis pelo projeto.

Iniciar a análise dos riscos priorizando os processos principais da cadeia de valor, diretamente relacionados à assistência e segurança do cliente, é uma alternativa interessante para implantar a gestão de riscos na área da saúde de forma mais sustentável.

Uma ferramenta normalmente utilizada para identificar os riscos dos processos é através do *brainstorming*. Para identificar os riscos é importante levar em consideração alguns aspectos, como:

- Possibilidade de ocorrência de evento nas inter-relações dos processos (cadeia cliente/fornecedor);
- Tendências de judicialização;
- Resultados de auditorias internas e externas;
- Resultados de pesquisas de satisfação;
- Relatórios de reclamações de clientes;
- Resultados de análises críticas de indicadores;
- Estratégias da organização.
- Como classificar os riscos

A classificação da natureza dos riscos permite classificá-los em categorias de risco. Em geral, podemos falar em Riscos Estratégicos, Riscos Operacionais e Riscos Financeiros. Vejamos cada um deles:

Os Riscos Estratégicos estão associados à tomada de decisões da Alta Administração e podem impactar no valor econômico da organização. Exemplo: diminuição da demanda de mercado causada por uso de novas tecnologias pela concorrência;

Os Riscos Operacionais estão relacionados às perdas por falhas nos processos internos. Exemplo: perda de clientes por falha na segurança do paciente.

Os Riscos Financeiros estão associados à má administração do fluxo de caixa, impactando nos níveis de endividamento da organização. Exemplo: aquisição de novas tecnologias sem planejamento financeiro de médio e longo prazo e sem a garantia de que os equipamentos irão gerar caixa.

Após a identificação e classificação dos riscos, o próximo passo é avaliar a probabilidade de ocorrência do risco e o impacto se ele ocorrer. Esta classificação permitirá, por exemplo, que posicionemos os riscos na Matriz de Riscos para priorizar a definição de ações mitigação.

Na área da saúde, um fator fundamental na gestão de riscos é desenvolver a cultura de notificação dos riscos pelas equipes envolvidas nos processos da cadeia de valor.

Estabelecer um sistema de notificação de incidentes e eventos e um fluxo prioritário para notificação e controle de incidentes com dano grave e catastrófico é um fator crítico para a implantação da gestão de riscos na saúde. Para que isto seja incorporado na cultura organizacional, é fundamental se atentar a alguns aspectos, é preciso:

- Definir o fluxo para notificação (manual ou eletrônica) dos eventos;
- Assegurar que qualquer colaborador possa notificar um evento;
- Classificar todos os eventos;



- Garantir que danos graves/óbitos sejam notificados, inclusive no Notivisa (sistema de notificação de eventos da Vigilância Sanitária – Anvisa);

Entretanto, os riscos relacionados aos pacientes podem ser reduzidos através do treinamento adequado de médicos e demais colaboradores, do incentivo ao fortalecimento da comunicação entre a equipe, da oferta de atendimento e aconselhamento aos profissionais que lidam diretamente com pacientes e de avaliações periódicas de competência.

Além disso, é possível mitigar outros riscos relativos à segurança dos pacientes por meio de estratégias específicas. Vejamos alguns exemplos:

- notificação de prescrições expiradas;
- monitoramento e acompanhamento de resultados de exames pós-consulta;
- rastreamento de compromissos perdidos por parte do paciente que não consegue reagendamento;
- estratégia de comunicação que verifique a compreensão das informações pelo paciente;
- instalação de equipamentos de segurança (grades e barras de apoio em camas e banheiros são alguns exemplos) para evitar quedas e imobilidade;
- retenção de registros em arquivo por períodos estendidos ou tempo ilimitado.

,porém, vale ressaltar que o risco clínico não se resume às atividades médicas que impactam diretamente os pacientes, mas depende também de um conjunto de atividades e de outros profissionais envolvidos.

Desse modo, ele pode ser determinado por inúmeros fatores relacionados ao ambiente, ao sistema e à interação entre indivíduos que compõem os processos relacionados à prestação de cuidados.

Não basta identificar o risco, é necessário avaliar o seu impacto na organização. O IBGH adota como metodologia para a avaliação do risco, quatro etapas: análise do contexto, diagnóstico e mapeamento de processos, identificação e avaliação de riscos e plano de ação.

A metodologia utilizada pelo IBGH é fundamentada nos princípios estabelecidos no documento “Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde” e adota a ferramenta de Análise de Modo e Efeito de Falha, do inglês *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA), esta metodologia é caracterizada por ser não estatística, crítica, sistematizada, proativa, prospectiva e contínua. Seu objetivo é reduzir as chances de eventos adversos e danos aos pacientes. Através da identificação de condições de risco. Além da determinação dos efeitos advindos da ocorrência de erro, e também das recomendações de medidas corretivas e melhorias necessárias, buscando a prevenção e eliminação de falhas, aumentando a probabilidade de um processo satisfatório, mais confiável e seguro.

### Educação e treinamento

Oferecer o suporte educacional para que as equipes desenvolvam as habilidades necessárias para cumprir suas funções com excelência e atualização constante.

Este componente envolve:

- A participação dos profissionais em cursos e conferências;

- Avaliações regulares para garantir que os treinamentos são apropriados;
- Avaliações individuais com os colaboradores para identificar as fraquezas e oportunidades para o desenvolvimento pessoal e profissional.

O Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar implementará um modelo de Gestão da Qualidade centrado no cuidado e segurança do paciente, pautado no mapeamento de processos, padronização dos protocolos assistenciais visando a adoção das melhores práticas, a redução de custo e a segurança do paciente, inicialmente, o qual evoluirá para outras áreas da Governança Corporativa e Clínica.

A Política de Gente e Gestão do Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar que será apresentada nos próximos tópicos dessa proposta.

A gestão da qualidade a ser implementada pelo IBGH será fundamentada nos pilares da Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA):

- Fundamento 1: Visão Sistêmica
- Fundamento 2: Liderança
- Fundamento 3: Gestão por processo
- Fundamento 4: Desenvolvimento de pessoas
- Fundamento 5: Cuidado centrado no paciente
- Fundamento 6: Foco na segurança
- Fundamento 7: Responsabilidade socioambiental
- Fundamento 8: Cultura da inovação
- Fundamento 9: Melhoria contínua
- Fundamento 10: Ética e Transparência

Podemos citar alguns benefícios da Acreditação para Organizações de Saúde como:

- a) Uso racional de recursos
- b) Redução de taxa de mortalidade para determinadas doenças
- c) Menores taxas de infecção
- d) Maior sobrevivência para pacientes cujas doenças são gerenciadas
- e) Maior produtividade dos profissionais de saúde
- f) Melhor clima organizacional
- g) Melhoria da estrutura física
- h) Maior segurança do paciente
- i) Maior satisfação do cliente

#### 4.3.1.23 Sistema Informatizado Com Prontuário Eletrônico Multiprofissional.

O prontuário eletrônico do paciente é “um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como links para bases de conhecimento médico”.





A utilização do prontuário eletrônico prevê a implantação da prescrição eletrônica onde o médico diariamente avalia e prescreve para seu paciente e automaticamente a farmácia dispensa os medicamentos e materiais necessários para a enfermagem ministrar.

Todas as unidades do IBGH utilizam sistemas informatizados para centralizar as informações assistenciais de modo a criar um ambiente único e seguro das informações de nossos pacientes. Sendo parte integrante deste processo da informação assistencial, a segurança na prescrição é determinada por formulários eletrônicos mantidos dentro dos nossos ambientes virtuais e o controle de acesso de nossos colaboradores a estes ambientes.

Após sua emissão por um profissional médico cadastrado, os sistemas geram as respectivas vias de arquivamento em prontuário e de produção para a farmácia e demais setores produtivos.

Todas as movimentações de insumos realizadas para atender às prescrições são registradas no sistema, enquanto os documentos técnicos são avaliados em sua totalidade por nossas equipes de farmacêuticos clínicos.

#### 4.3.1.23.1 Descrição Do Gerenciamento Eletrônico De Prontuários E Sua Relação Com Os Sistema De Informação Do Sus Em Especial Com O Sistema De Informação Hospitalar - SIH E O Sistema De Informação Ambulatorial – SIA

A solução proposta contempla a sustentação de todos os processos e atividades a cargo da esfera do barramento da rede estadual de saúde através do Sistema de Pronto Atendimento PEP, adicionalmente, ao incluir o registro eletrônico de saúde / prontuário eletrônico de saúde como elemento essencial do processo de apoio à assistência, permitindo:

- I. Promover a universalização, a descentralização, a hierarquização do atendimento;
- II. Organizar de forma equânime o acesso do paciente aos serviços de saúde da unidade;
- III. Padronizar a informação e manter protocolos assistenciais e operacionais;
- IV. Dispor de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de saúde, permitindo uma visão dinâmica do desempenho nos diferentes níveis de gestão;
- V. Escopo específicos dos serviços de apoio e suporte interno do Sistema;
- VI. Levantamento contínuo e rotineiro da situação de registros da Unidade Hospitalar, no contexto do atendimento ao paciente e seus dados, através do encaminhamento dos fluxos operacionais relativos ao prontuário do paciente, levantamento das particularidades de cada departamento envolvido no projeto e levantamento da situação dos cadastros;
- VII. Ajustes nos fluxos operacionais para adequação à sistemática operacional prevista no sistema;
- VIII. Elaboração contínua de documentação contendo a definição da estratégia do sistema, mantendo a aprovação pela Secretaria de Estado da Saúde do Amapá - SESA/AP;
- IX. Aplicação do plano de treinamento de técnicos e capacitação de usuários multiplicadores; bem como o apoio para o planejamento de usuários finais do Sistema;

000208

- X. Orientação e suporte para a configuração e parametrização contínua do Sistema nos processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de saúde, permitindo uma visão dinâmica do desempenho nos diferentes níveis de gestão, sendo elas:
    - a) Modelo DESKTOP de trabalho do Sistema de Pronto Atendimento PEP:
  - XI. Detalhe de Menu Expandido:
  - XII. Serviços de Apoio:
    - b) Higienização
    - c) Nutrição e Dietética
    - d) Central de Materiais Esterilizados
    - e) Manutenção
    - f) Lavanderia e Rouparia
    - g) Serviço Arquivo Médico
    - h) Diretoria clínica
    - i) Relatórios Serviços de Apoio
  - XIII. Atendimento:
    - a) Urgência e Emergência
    - b) Central de Agendamento
    - c) Ambulatório
    - d) Internação
    - e) Centro Cirúrgico e Obstétrico
  - XIV. Clínica e Assistencial:
    - a) Controle de Infecção Hospitalar
    - b) Gerenciamento de Unidades
  - XV. Diagnóstico e Terapia:
    - a) Laboratório de Análises Clínicas
    - b) Banco de Sangue
    - c) Diagnóstico por Imagem
  - XVI. Faturamento:
    - a) Faturamento de Internação SUS (AIH)
    - b) Faturamento Ambulatorial SUS (BPA e APAC)
    - c) Auditoria e Controle de Recursos
  - XVII. Controladoria:
    - a) Controle Financeiro
    - b) Caixa
    - c) Tesouraria
    - d) Contabilidade
    - e) Repasse Médico
    - f) Custos
    - g) Intercâmbio Eletrônico de Arquivos
    - h) Fiscal
    - i) Controle de Cotas
  - XVIII. Materiais e Logística:
    - a) Almoxarifado
    - b) Compras
    - c) Farmácia
    - d) Patrimônio
- Infraestrutura:



A gerência de infraestrutura terá suporte técnico no local objetivando garantir o funcionamento ininterrupto da rede, e serviços solicitados de manutenção preventiva e corretiva: instalação e configuração de computadores de uso assistencial e administrativo da unidade de saúde.

A equipe interna que atuará na unidade tem por fundamento principal a Manutenção em Infraestrutura Tecnológica: Atividades de gestão em ambientes de sustentação tecnológica, como ativos de rede de dados e elétrica, servidores, switches, plataformas computacionais (sistemas operacionais, sistemas de segurança da informação, sistemas gerenciadores de bancos de dados, sistemas gerenciadores de aplicação e de virtualização) e suporte técnico.

A equipe de suporte irá fornecer a capacitação de usuários, envolvendo atividades relacionadas ao treinamento e capacitação de usuários na utilização dos sistemas diversos e principalmente do Sistema de Pronto Atendimento, como a elaboração de programa e material didático, produção de conteúdo, elaboração de vídeos de treinamento e realização de treinamento nas instalações, mantendo o banco de conhecimento criado no período da implantação.

O suporte nível 2 irá apoiar atividades de análise de suporte de redes e segurança da informação - serviços de análise de suporte, para administração de rede de computadores e segurança e integridade das informações, envolvendo: serviços de análise de suporte, para administração de sistemas operacionais Linux, Windows e serviços de diretório, inclusive Microsoft Active Directory, administração de sistemas operacionais em equipamentos de médio porte, administração de firewall, roteadores, com vistas a evoluir e manter a continuidade dos serviços de infraestrutura em operação dentro de parâmetros estabelecidos, considerando o alinhamento com as necessidades de negócio e estratégias de TI.

Contemplando também serviços de procedimentos operacionais, apoio na configuração de perfis de usuários e controle de acesso à rede de comunicação de dados e na utilização de recursos de informática, estações de trabalho, software básico, aplicativos, sistemas internos, atendimento de usuários, abertura de chamados técnicos, instalação e manutenção de rede lógica de dados.

A gerência de suporte promoverá análise e implementação de políticas de segurança, testes de penetração, scan de vulnerabilidades de servidores e serviços, implementação e configuração de firewalls, análise de ataques, liberações de regras de firewall/nat, Backup de servidores, restauração e rotinas de backup, homologação de servidores, políticas de acesso a sites, Instalação e configuração de antivírus, vpn.

Política Institucional – Segurança da Informação, tem como objetivo geral fixar diretrizes para a utilização com segurança e consistência dos serviços e ferramentas de informática, permitindo a rastreabilidade das informações vinculada a organização. Seus princípios visam:

- I. Garantir confidencialidade, integridade, disponibilidade e autenticidade da informação;
- II. Otimizar mecanismos para segurança da informação;
- III. Assegurar que as informações sejam prontamente identificáveis e recuperáveis de acordo com sua aplicação;
- IV. Controlar informações geradas na organização;
- V. Garantir adequada utilização da Tecnologia da Informação.

Controle de acesso – o controle de acesso físico ou lógico tem como objetivo, proteger equipamentos, aplicativos e arquivos de dados contra perda, modificação ou divulgação não autorizada, feitas por pessoas ou outros programas de computadores não autorizados. Os sistemas de computadores, bem diferentes de outros tipos de recursos, não podem ser facilmente controlados apenas com dispositivo físico, como cadeados, alarmes ou guardas de segurança. Dessa forma, esta proteção é feita de duas maneiras: a partir do recurso computacional que se quer proteger e a partir do usuário a quem serão concedidos certos privilégios e acessos aos recursos. A proteção aos recursos computacionais baseia-se nas necessidades de acesso de cada usuário.

000000

Monitoramento da informatização é feito, normalmente, através de registros de log, trilhas de auditoria ou outros mecanismos capazes de detectar invasão. Esse monitoramento é essencial à equipe de segurança de informação, já que é praticamente impossível eliminar por completo todos os riscos de invasão por meio da identificação e autenticação de usuário:

- I. Apenas os usuários autorizados tenham acesso aos recursos;
- II. Os usuários tenham acesso apenas a recursos realmente necessários para a execução de suas tarefas;
- III. O acesso a recursos críticos seja bem monitorado e restrito a poucas pessoas;
- IV. Os usuários estejam impedidos de executar transações incompatíveis com sua função ou além de suas responsabilidades;

A segurança e consistência da informação visam garantir a integridade, confidencialidade, autenticidade e disponibilidade das informações processadas pela unidade de saúde. A saber:

- I. O acesso à rede com computadores pelo usuário só poderá ser efetuado exclusivamente para fins profissionais e como ferramenta de trabalho, não se prestando a assuntos pessoais (felicitações, recados etc.) ou para atividades particulares, como, por exemplo, atividades acadêmicas, jogos, entretenimento etc.
- II. A mesma disciplina vale para o acesso à internet, que, igualmente, deverá ser utilizada de forma racionalizada (observar sempre: os horários de melhor acesso; permanecendo conectado o menor tempo possível, efetuar pesquisas de forma objetiva, indo diretamente no assunto) e destinado a atender exclusivamente as necessidades profissionais.
- III. É proibido o acesso a qualquer site não relacionado com a atividade profissional do usuário, como, por exemplo, de conteúdos pornográficos, páginas de lazer e outras (esporte, culinária, horóscopos etc.), Chat ("salas" de conversação), serviços de Webmail (hotmail, uol etc.), bem como a qualquer serviço de correio eletrônico, para recebimento de comunicações indevidas.
- IV. É proibido o envio de e-mails que não sejam relacionados às atividades profissionais, principalmente que contenham conteúdos pornográficos, piadas, correntes etc. Em caso de recebimento de um e-mail nessas condições, solicite ao seu emissor que não mais lhe envie mensagens dessa natureza. Caso o emissor não respeite o seu pedido, solicite ao setor de TI o bloqueio do endereço específico;
- V. Não poderá ser assinada lista de serviços ou assinaturas existentes na internet que não tenham relação direta com a atividade profissional do usuário;
- VI. Em hipótese alguma, as informações relativas ao negócio da unidade hospitalar, incluindo, mas não se limitando a arquivos, programas, em especial aquelas ligadas às atividades financeiras, técnicas, comerciais, senhas, nomes de usuários ou outra informação relacionada à rede de comunicação, devem ser trocadas através da internet com destinatários não autorizados, amenos que tenha sido aprovado expressamente pela Alta Direção;
- VII. Cada senha de usuário é exclusiva. Nenhuma senha deve ser fornecida ou divulgada a qualquer pessoa, colaborador da organização ou não, por qualquer razão;
- VIII. Todos os softwares e sistemas utilizados na organização para acesso a rede de computadores deverão ser liberados de acordo com as condições estabelecidas pelos proprietários dos direitos autorais e comercialização;
- IX. Nenhum usuário poderá instalar, desinstalar, duplicar, efetuar cópias, alterar a configuração, fazer upgrade, baixar da internet (download) qualquer software, seja qual for sua natureza ou categoria (papel de parede, protetor de tela etc.), ainda que distribuído gratuitamente (freeware ou shareware), em relação aos microcomputadores pertencentes a organização, exceto se expressamente autorizado pelo responsável técnico competente;

300



000301

- X. Todos os microcomputadores devem ser protegidos pelo antivírus padrão definido pela área de Tecnologia. Os usuários colaboradores não poderão desabilitar ou remover o antivírus de seus respectivos microcomputadores, ou quaisquer outros sistemas, softwares pacotes instalados pela equipe de TI da unidade;
- XI. Os endereços e sites visitados na internet por qualquer computador interligado à rede de computadores da organização ficam registrados no servidor, possibilitando a identificação e demais dados (horário, tempo de conexão etc.) do usuário que efetuou o acesso;
- XII. Na situação de alguma senha esquecida, comprometida ou tomada inútil de alguma outra forma, o colaborador deverá entrar imediatamente em contato com o setor de TI;
- XIII. O acesso físico a sala dos servidores somente poderá ser feita pelos colaboradores do setor TI ou acompanhado por eles.

A equipe técnica será composta de 06 (DEIS) profissionais de suporte conforme o abaixo descrito:

- I. 01 (um) - Supervisor;
- II. 01 (um) - Técnicos de segunda a sexta das 08:00 às 18:00 horas (Presencial);
- III. 01 (um) - Técnicos plantonistas (presencial) com revezamento (12x36) das 07:00 às 19:00;
- IV. 01 (um) - Técnicos plantonistas (remoto) com revezamento (12x36) das 19:00 às 07:00.

Perfil profissional da equipe técnica:

- I. Supervisor – Experiência comprovada de no mínimo 5 anos em gerenciamento de projetos relacionados ao processo de manutenção de sistemas e ter gerenciado pelo menos três projetos de manutenção ou desenvolvimento de sistemas de médio porte. Conhecimentos em Sistemas Operacionais Windows, Linux e MacOS; Inglês Técnico; conhecimento dos princípios sobre arquitetura de rede, sistemas operacionais, sistemas gerenciadores de banco de dados, sistemas de segurança e datacenters; conhecimento dos princípios que regem a Gerência de Projetos (PMBOK);
- II. Técnico de Suporte - Nível de formação superior completo na área de tecnologia da informação, experiência comprovada por atestado e/ou treinamento certificado de no mínimo 5 (cinco) anos em análise de suporte de rede de computadores, com conhecimento comprovado de redes Linux e Windows Server.

Modelo conceitual de Rede Ethernet

301

000302

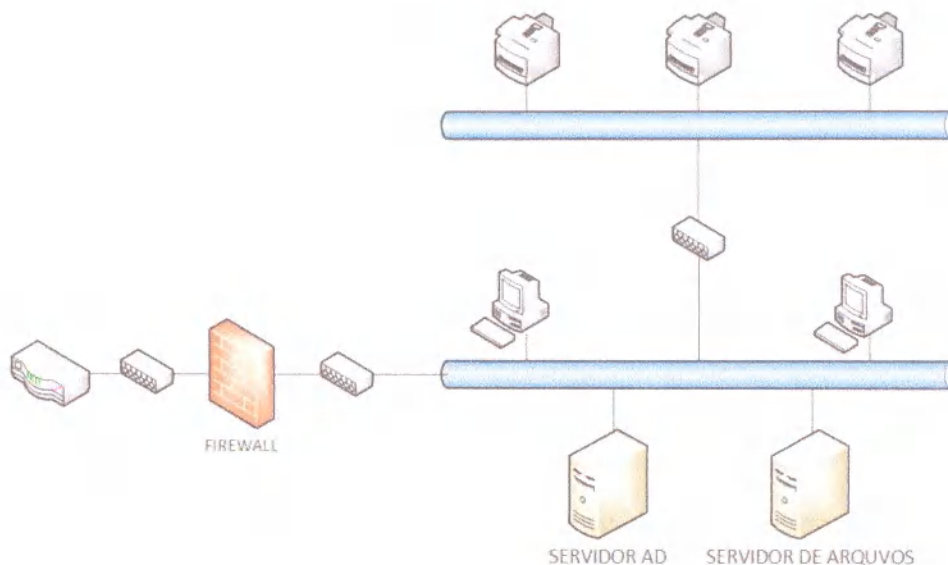


Figura 57 – Modelo conceitual de Rede Ethernet

**Integrações/Indicadores e Inovações:**

Como já explicitado neste tratado, a qualidade das políticas de saúde – quer na sua definição, quer na execução, quer ainda no acompanhamento e no monitoramento – é função direta da qualidade da informação que as ampara. Daí a importância cada vez maior de integrar a informação, de mapear com precisão as necessidades e de prover um subsídio informacional correto para sustentar os gestores, em especial aqueles que tomam as decisões de caráter mais estratégico.

Todo esse contexto torna muito relevante para o conjunto hospitalar – e para a área de registros dos pacientes, em especial – a apropriação e o acultramento com novas tecnologias de concentração de dados e informações, já amplamente utilizada no mundo organizacional.

Propomos a implantação do painel de indicadores e informações assim composto, juntamente com a adequada utilização das ferramentas tecnicamente associadas a esse ambiente informacional, permitindo um substantivo avanço na qualidade da atenção à saúde; além de possibilitar, com algumas ações associadas, um nível ainda mais significativo de transparência na divulgação de informações para os órgãos fiscalizadores e para o grande público, constituindo-se em ferramenta inovadora de participação até mesmo da sociedade, com impactos relevantes sobre as questões de equidade e qualidade do atendimento.

O modelo geral que orienta este componente da solução é o conceito de armazém de dados (*datawarehouse*), um depósito de informações devidamente estruturadas, alimentado a partir da coleta de dados nos sistemas que operam atividades-chave de diferentes áreas da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá - SESA/AP. Este armazém de dados será modelado de forma a prover mecanismos de consulta apropriados para acompanhamento operacional, tático e estratégico do INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR.

000303

Dessa forma, ter-se-á um sistema modelado para permitir o acompanhamento histórico de informações, que irá permitir análise de dados e a composição de indicadores apurados a partir dos dados operacionais com métricas pré-estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde do Amapá - SESA/AP.

Os serviços a serem prestados irão abranger:

- I. Definição e proposição de metodologia para desenvolvimento de projeto de DataWarehouse controle de Metas;
- II. Disponibilização de consultores com expertise em projetos de gestão hospitalar e conhecimento em Sistema de Pronto Atendimento e do barramento da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá - SESA/AP, bem como atividades correlatas de consultoria em projetos de DataWarehouse;
- III. Levantamento de requisitos para geração dos indicadores de desempenho em saúde e controle de custos e financeiro, ajustados as demandas da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá - SESA/AP;
- IV. Detalhamento conceitual dos contextos de análise;
- V. Levantamento e definição dos sistemas-fonte de informação para carga do Data Warehouse. Entre essas fontes, deverão constar o Sistema de Pronto Atendimento, além de outras fontes indicadas pela Secretaria de Estado da Saúde do Amapá - SESA/AP, como por exemplo, o DATASUS, Sistema VISA etc.;
- VI. Implementação de processos de ETL (Extração-Transformação-Carga), a fim de compor os dados em aplicação própria do INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR garantidoras de controle de metas e auditoria da estatística.

Os indicadores serão reunidos em uma base local da unidade afim de análise e auditoria de dados consolidando base única de resultados para gestão de transferência de dados para a Secretaria de Estado da Saúde do Amapá - SESA/AP.

A avaliação e publicação de transparência e site com domínio da unidade de saúde devem ser entendidos como processos que envolvem a coleta, processamento, análise sistemática, crítica e periódica das informações; assim como os indicadores de saúde pré-selecionados com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas e os resultados alcançados conforme as obrigações contratuais e planejamento, tanto sob a ótica Financeira-Contábil, como assistencial.

A organização e sequenciamento de atividades será feita por sistema próprio de Gestão de Processos nos moldes real-time web, correspondente a inovação do INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR em contratar de forma sistemática e automatizada os fluxos de trabalho e o workflow de tarefas, com as seguintes características:

- I. Detalhamento separado por objetivo do processo;
- II. Tarefas e Subtarefas;
- III. Número sequencial;
- IV. Tipo do processo;
- V. Área de processo;
- VI. Data do processo;
- VII. Data da Tarefa;
- VIII. Número da Solicitação;
- IX. Unidade;



303

- X. Status do processo;
- XI. Período de Execução (SLA);
- XII. Assinatura Digital;
- XIII. Sequenciamento de Atividades;
- XIV. Digitalização e Arquivamentos de Documentos;
- XV. Sigilo com Login e Senha (criptografada)
- XVI. Backup Redundante em Nuvem
- XVII. Auditoria de Processos em Tempo Real
- XVIII. Integrado com Portal de Transparências

#### 4.3.2 Qualidade Do Atendimento

##### Horários de atendimento

Em visita técnica no Hospital de Emergência, identificou-se a necessidade de funcionamento do serviço de internação na clínica médica e cirúrgica, 24 h ininterruptas, semanalmente, incluindo as salas de curativo, necrotério, farmácia satélite, laboratórios de análises clínicas e microbiológicas,

##### Horário e distribuição semanal de utilização dos serviços hospitalares de apoio ao diagnóstico e terapêuticos

Os serviços hospitalares de apoio ao diagnóstico e terapêuticos, como laboratório de análises clínicas e microbiologia, raio- X, ultrassonografia, Tomografia computadorizada, ECG, irão funcionar 24 h ininterruptas. Podendo esta proposta ser adaptada a necessidade do serviço.

SERVIÇO	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO
Análises clínicas e microbiológicas	24 horas/dia. Todos os dias da semana para pacientes internados
Radiologia (RX e TC)	24 horas/dia. Todos os dias da semana para pacientes internados
Eletrocardiograma	24 horas/dia. Todos os dias da semana para pacientes internados
Ultrassonografia	24 horas/dia. Todos os dias da semana para pacientes internados

##### Horário do atendimento médico presencial e de sobreaviso.



000305

Especialidade	Plantão Presencial	Plantão de sobreviso
Clínica médica	7:00- 19:00 / 19:00- 7:00	
Neurologista		7:00- 19:00 / 19:00- 7:00
Cardiologista		7:00- 19:00 / 19:00- 7:00
Infectologista		7:00- 19:00 / 19:00- 7:00
Cirurgião geral		7:00- 19:00 / 19:00- 7:00
Nefrologista	7:00- 19:00 / 19:00- 7:00	

#### 4.3.2.1 Proposta Para A Implantação De Orientações Quanto Às Formas De Acomodação E Conduta Para Os Acompanhantes.

Em todo o processo de cuidado e assistência ao paciente será compartilhado com o paciente e familiares. Também sempre que solicitado e referente a sua área de atuação, fornecerá informações quanto ao estado da paciente, diagnóstico e evolução, tanto para a família, como para a paciente.

O boletim médico será realizado diariamente colocado no portal do paciente até as 17horas. Ele será de forma eletrônica, onde um familiar receberá a senha na admissão.

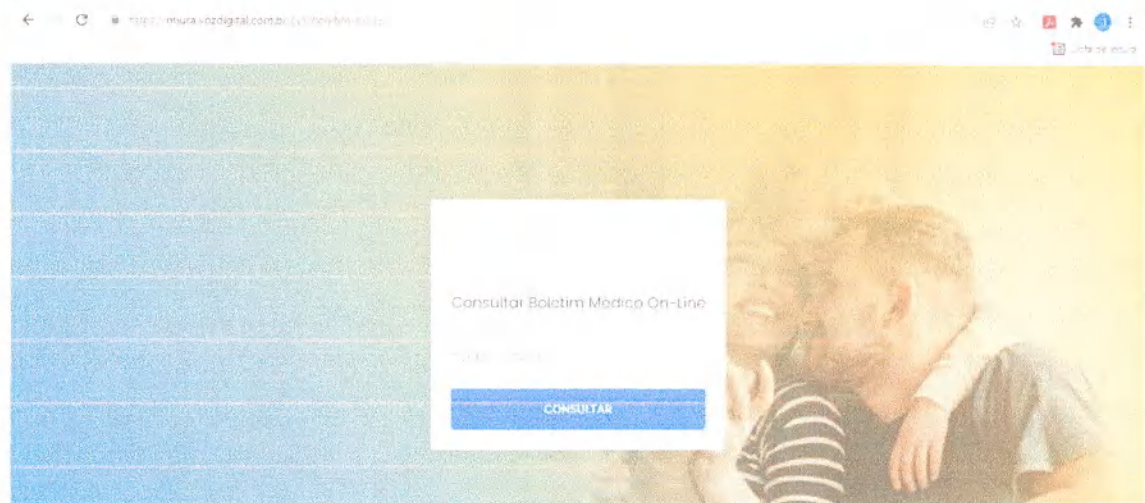


Figura 58 – Tela para acesso ao boletim médico

Todas as conversas entre a equipe multiprofissional e a paciente e ou acompanhante serão realizadas de maneira a preservar a privacidade.



305

000306

Na admissão do paciente será entregue um Manual do Paciente e Acompanhante com a orientações, normas e direitos, segue abaixo a proposta que será adaptada a unidade.

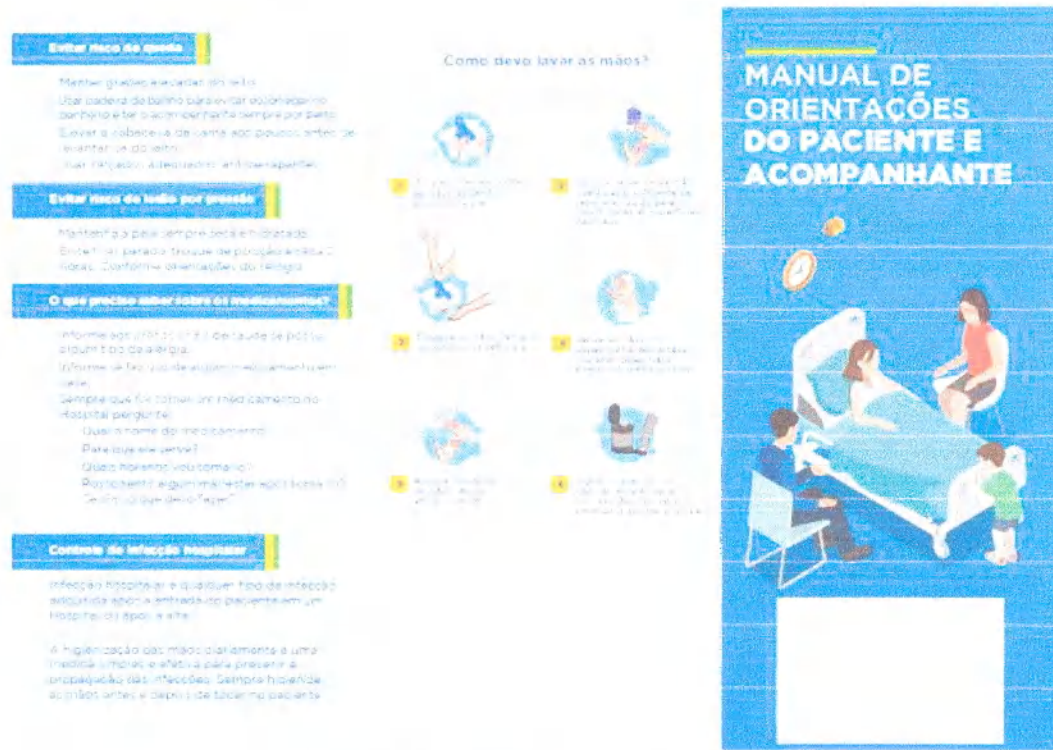


Figura 59 – Manual do Paciente – Parte 1

*[Handwritten signature]*



Figura 60 – Manual do Paciente – Parte 2

No Manual do usuário e acompanhante, terão as seguintes informações:

## INTERNAÇÃO

### Informações e Procedimentos

O paciente deve estar acompanhado de um responsável por sua internação, que deverá fornecer as informações solicitadas, bem como apresentar os próprios documentos (RG e CPF) e os do paciente e também assinar o termo de autorização de internação. Além disso, a internação só poderá ser realizada sob a responsabilidade de um médico, devidamente cadastrado em nosso corpo clínico.

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A equipe Enfermagem da unidade contará com profissionais altamente qualificados e em constante aperfeiçoamento de suas especialidades, composto por enfermeiros e técnicos de enfermagem, que prestam assistência com qualidade técnica e administrativa. Nosso objetivo é individualizar o cuidado e atender as necessidades do paciente.

A área assistencial se preocupa com você e acredita que pequenos gestos podem tornar a sua estadia conosco mais feliz. É nossa prioridade humanizar e qualificar cada vez mais o atendimento.

Ao necessitar de auxílio da enfermagem acione a campanha acima do leito. Em cada unidade dispomos de um enfermeiro responsável por cada plantão. Chame-o se for necessário.

## ASSISTÊNCIA MÉDICA



As informações médicas sobre os pacientes são transmitidas somente pelo médico assistente, sempre pessoalmente. Apenas os médicos credenciados ou autorizados pela Diretoria deste Hospital podem efetuar a internação e acompanhar o respectivo tratamento do paciente. Se achar necessária a presença médica, solicite através da enfermagem.

### **UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

As refeições dos pacientes serão servidas nos leitos. Dispomos de uma equipe de nutricionistas responsáveis pela administração da dieta, para que este receba a mais adequada para ajudar em sua recuperação.

Por isso, para maior segurança, solicitamos que não tragam alimentos de casa para o paciente, nem para consumo do acompanhante, pois além de não ser permitido, coloca em risco a recuperação do mesmo.

Caso esteja com dúvidas em relação à dieta fornecida, solicite ajuda à Unidade de Alimentação e Nutrição.

### **SERVIÇO SOCIAL**

Assistentes Sociais são disponibilizados e realizam visitas aos pacientes. Contatar familiares e acompanhantes de pacientes graves ou desacompanhados, intervir em situações de atendimento ao paciente desacompanhado, atender e orientar familiares em caso de óbito, são algumas das atividades realizadas pela nossa equipe.

Ao necessitar deste serviço, favor solicitar a presença deste profissional à equipe de enfermagem da unidade.

### **PSICOLOGIA CLÍNICA**

O enfoque dos atendimentos durante a hospitalização é o adoecer e as angústias despertadas. Com objetivo de auxiliar os pacientes e familiares a lidar com esta situação, os profissionais desse serviço estão disponíveis para o auxílio psicológico na recuperação da saúde e minimização do sofrimento.

### **HOTELARIA**

Fornecemos aos pacientes o "kit paciente" contendo:

- 02 lençóis;
- 01 fronha;

A higiene do apartamento é realizada entre 09h e 12h. Entre 15h30min e 18h é realizada uma revisão. Qualquer intercorrência comunique à Enfermagem.

### **HUMANIZAÇÃO**

O Serviço de Humanização busca, por meio do desenvolvimento de projetos e programas, propor ações de melhoria e saúde para os pacientes, familiares, colaboradores e gestores do Hospital. É uma proposta de um trabalho coletivo, para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo, em busca:

- Da valorização dos usuários, colaboradores e gestores;
- Da autonomia e protagonismo dos sujeitos;
- Do aumento da corresponsabilidade no cuidado e entre os sujeitos;
- Do compromisso com a melhoria das condições de trabalho e atendimento;

000309

- Do estabelecimento de vínculos solidários.

O Grupo Ecumênico da Saúde tem como objetivo: desenvolver um trabalho de apoio social e solidariedade espiritual, aberto ao diálogo inter-religioso, por meio de visitas de agentes representantes de diferentes religiões, aos pacientes internados, familiares e/ou acompanhantes.

São atividades do Grupo Ecumênico da Saúde: realização de visita nas enfermarias, cultos religiosos, realização de campanhas e doação (roupas, produtos de higiene pessoal, sapatos, fraldas etc.) aos pacientes e acompanhantes.

Qualquer dúvida ou solicitação de visita de um representante do Grupo Ecumênico.

## SAC / OUVIDORIA

Os colaboradores que atuam nesse serviço estão empenhados em oferecer indistintamente:

- Respeito
- Compreensão
- Segurança
- Informação completa e exata
- Facilidade no acesso aos serviços prestados
- Resolutividade

O SAC tem como principal objetivo receber e analisar as sugestões e reclamações, encaminhar aos serviços competentes, acompanhar as providências adotadas e informar ao usuário. Este trabalho resulta no aprimoramento dos serviços oferecidos.

O Hospital está sempre em busca do aperfeiçoamento de seus serviços, portanto é muito importante para nós sua opinião. Por favor, preencha a pesquisa de satisfação e entregue a uma das funcionárias do SAC ou deposite nas urnas disponíveis nas recepções e nos postos de enfermagem.

## NORMAS GERAIS DE ACESSO E SEGURANÇA (PACIENTES, VISITANTES E ACOMPANHANTES)

### PROIBIÇÕES:

- Entrar trajando roupas inadequadas (sem camisa, roupas transparentes, decote avantajado, bermuda, camiseta sem manga etc.);
- Entrada de alimentos;
- Cigarros, bebidas alcoólicas ou drogas, bem como bolsas de médio e grande porte, sacolas, cadeira de praia, travesseiros, cobertores, colchão, entre outros;
- Entrada de pessoas apresentando sintomas de embriaguez ou utilização de drogas ilícitas;
- Fumar nas dependências deste hospital;
- Entrada de pessoas com calçados abertos, tais como: chinelo, sandálias e afins.
- Entrada sem o crachá;
- Visitar outros leitos e ficar circulando pelos corredores do Hospital;
- Lavar ou passar roupa, estendê-las em camas, cadeiras e/ou janelas, deste hospital;
- Jogar lixo ou qualquer outro objeto pela janela;

309



000310

- Sentar ou deitar no leito dos pacientes;
- Manipular quaisquer equipamentos, medicamentos ou soros, evitando riscos ao paciente;
- Compartilhar objetos, ou prestar assistência ao paciente ao lado;
- Guardar qualquer tipo de alimentos e utensílios da nutrição nos armários das enfermarias.

Obs.: O Hospital não se responsabilizará por qualquer objeto dos pacientes, acompanhantes e visitantes. Sugerimos entregar objetos de valor aos familiares no momento da internação. Deixe apenas objetos de uso pessoal.

## INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES (PACIENTES, VISITANTES E ACOMPANHANTES)

### O VISITANTE E ACOMPANHANTE DEVEM OBSERVAR AS SEGUINTE ORIENTAÇÕES:

- O acompanhante e o visitante, preferencialmente, deverão ser maiores de 18 anos.
- Deverá portar o crachá (fornecido pela portaria) à altura do peito em local bem visível.
- Evite barulho, fale em voz baixa e conserve a calma;
- Caso seja necessário fazer algum procedimento médico, de enfermagem ou exames nos horários de visita, todos deverão se retirar do recinto, desde que solicitados.
- Se houver alguma intercorrência na unidade, o horário de visita poderá atrasar ou até mesmo ser cancelado.
- No caso de presidiário internado, acompanhado/escortado por policiais, fica condicionado a uma autorização judicial o paciente receber visita.

### VISITANTES

Fica reservado ao Hospital o direito à alteração no atual horário de visitas sem aviso prévio, de acordo com a necessidade do serviço.

A recepção fornecerá crachás como forma de organizar as visitas e para a própria segurança dos pacientes.

Não é recomendável a visita hospitalar para crianças menores de 12 anos. Procure nossa equipe de recepção para mais informações.

#### 4.3.2.2 Instrução Com Definição De Horários, Critérios E Medidas De Controle De Risco Para As Visitas Aos Usuários.

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

O paciente/acompanhante admitido na instituição será informado quanto aos objetivos e rotina da unidade e será entregue o Manual do Paciente e Acompanhante.

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.

310

Quem tem direito a acompanhante?

1. Toda mulher 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.
2. Idosos acima de 60 anos (Lei nº 10.741/2003).
3. Crianças e adolescentes menores de 18 anos (Lei nº 18.063/1993).
4. Pacientes com deficiência e/ou outras necessidades especiais (Lei nº 13.146/2015).

Observações:

O acompanhante deverá ser maior de 18 anos e, preferencialmente, menor de 65.

Não pode apresentar sintomas gripais.

Todo acompanhante receberá um crachá na entrada.

A troca de acompanhante será feita na Portaria nos horários das 07:00 às 08:00 e das 19:00h às 20h. Horários especiais deve ter aprovação do Serviço Social.

Visitantes:

Todo visitante receberá um crachá na entrada.

Os horários de visitas serão o seguinte:

Clínica Médica: Das 13:30 às 15:30 horas.

Clínica Cirúrgica: Das 15:45 às 17:45 horas.

Serão permitidos 4 visitantes por dia, podendo subir somente 2 visitas por vez.

Caso o paciente esteja em algum tipo de precaução especial, a visita será preferencialmente por chamada de vídeo, casos especiais serão avaliados pela equipe multiprofissional para avaliação.

Na entrada do visitante eles serão orientados sobre as práticas de Higiene das Mãos.

## **NORMAS GERAIS DE ACESSO E SEGURANÇA (Pacientes, Visitantes e Acompanhantes)**

### **RESTRICÇÕES:**

- Entrada de alimentos;
- Cigarros, bebidas alcoólicas ou drogas, bem como bolsas de médio e grande porte, sacolas, cadeira de praia, travesseiros, cobertores, colchão, entre outros;
- Entrada de pessoas apresentando sintomas de embriaguez ou utilização de drogas ilícitas;
- Fumar nas dependências deste hospital;
- Entrada de pessoas com calçados abertos, tais como: chinelo, sandálias e afins.
- Entrada sem o crachá;
- Visitar outros leitos e ficar circulando pelos corredores do Hospital;

#### 4.3.2.3 Proposta Para Implantação De Serviço De Atendimento Ao Usuário – Sal, Com Realização Periódica De Pesquisa De Satisfação Do Usuário

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é um canal democrático de estímulo à participação comunitária, de disseminação de informações em saúde e de mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços de saúde. Além de ser instrumento de controle social para a defesa do direito à saúde, possibilita o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelas unidades.

A criação de um SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário tem como objetivo possibilitar aos usuários dos diversos serviços inseridos no Contrato de Gestão manifestarem-se quanto aos serviços prestados com sugestões, elogios, reclamações e solicitações de informação.

O SAU estará disponível para os usuários do serviço de saúde do Município de Macapá/AP integrante do Contrato de Gestão.

##### Instrumento

As manifestações poderão ser feitas através de contato diretamente à central do SAU através de uma linha telefônica (Destinada para esse fim) e e-mail criado especificamente para este fim ou correspondência. Para a divulgação deste serviço serão confeccionados cartazes para serem afixados em locais de fácil visualização dos usuários, constando os telefones e endereços necessários.

Deve ser adotado pelo hospital ou serviço de saúde para apuração da satisfação do usuário pesquisas por meio de formulários padronizados ou por URA-automatizada, além dos canais diretos como telefone, e-mail, atendimento direto e visita à paciente internado.

Pesquisa Direta: visita a pacientes internados e busca ativa por meio de formulários.

Pesquisa Indireta: pesquisa automatizada nos pós alta e formulários espontâneos

Atendimento Direto: área física do SAU, telefone ou e-mail. FORMULÁRIO DE PESQUISA.

O formulário de pesquisa de satisfação a ser utilizado deve atender ao padrão estabelecido pelo SAU, sendo que este deve conter no mínimo a unidade de atendimento, a identificação opcional do usuário, espaço para manifestar sugestões, elogios e/ou críticas, dados para contato com o SAU e a avaliação do grau de satisfação do usuário dividido em grupos estabelecidos abaixo:

1. Disponibilidade e interesse dos profissionais
2. Clareza das orientações
3. Agilidade do atendimento

A pesquisa seguirá a metodologia NPS, onde será feita a pergunta: De 0 a 10, quanto você indicaria o serviço para um amigo/familiar?

Além dessas perguntas seguem abaixo:

Uso das informações





000313

As informações da pesquisa serão utilizadas para realizar melhoria dos processos, onde serão verificadas as fragilidades para otimizarmos o processo.

Quando recebido críticas e reclamações, essas serão encaminhadas para tratativa, conforme fluxo abaixo:

#### Funcionamento e dimensionamento

Os serviços de atendimento ao usuário SAU, funcionará de segunda a sexta das 08:00 às 18:00, contando com o seguinte dimensionamento de pessoal:

CARGO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE	VÍNCULO
Ouvidor	44	1	CLT
Analista Administrativo	44	1	CLT

#### 4.3.2.4 Proposta Para Implantação De Serviço Humanizado De Atendimento Ao Usuário, Com Foco No Atendimento Ambulatorial Especializado E Na Dispensação Das Autoridades De Exames.

Mesmo o objetivo da unidade seja a operacionalização e execução dos serviços de saúde nas clínicas médica e cirúrgica do HOSPITAL DE EMERGÊNCIA Dr. OSWALDO CRUZ e no **escopo não contempla AMBULATÓRIO E EXAMES EXTERNOS**, iremos apresentar uma proposta de implantação de atendimento humanizado, para caso algum dia venha ter.

A Política Nacional de Humanização o “acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário”.

Desejado como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, o acolhimento é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares da mulher/gestante. Assim a unidade atenderá aos pacientes que lá procurarem por atendimento com respeito, atenção e profissionalismo.

Os exames complementares solicitados pela equipe médica, com disponibilidade na unidade, serão realizados tão rápido quanto necessário, mediante o pedido físico ou virtual.

Caso o exame solicitado não esteja disponível na unidade, porém esteja disponível na rede, este será encaminhado à regulação para agendamento.

Caso um dia seja o escopo o atendimento ambulatorial e de exames externos ofereceremos um local climatizado, com televisão contendo informações de saúde para distração e orientação dos pacientes. Podendo ter alguns dias atividades de promoção à saúde e culturais.

313



000314

#### 4.3.2.5 Relacionamento com usuários e familiares sobre o processo de atenção à saúde.

O IBGH adotará estratégia para prestar informação aos usuários e familiares acerca do processo de assistência, incluindo o termo de consentimento informado, na admissão do paciente, onde serão prestadas todas as informações relacionadas as normas e disciplinas a serem obedecidas pelo usuário. Este serviço funcionará nos horários matutinos e vespertinos, diariamente para cada uma das clínicas;

##### 4.3.2.5.1 Pesquisa de satisfação

O IBGH implantará a pesquisa de satisfação do usuário, utilizando a metodologia *Net Promoter Score* (NPS), mensalmente. Ao identificar um nível de satisfação baixo do parâmetro aceitável, a gestão adotará mecanismos de investigação, visando identificar os pontos de insatisfação e adotará a sistemática de ações corretivas implantada pelo Programa de Qualidade;

#### 4.3.2.6 Organização do Serviço de nutrição e dietética (SND)

O serviço de Nutrição é responsável pelo planejamento, controle, organização, supervisão e preparação de toda produção e a distribuição dos alimentos consumidos na Unidade Hospitalar. A seguir será apresentada a Proposta de atuação da Nutrição no Hospital de Emergências Oswaldo Cruz:

É de responsabilidade do setor a observação e cumprimento dos regulamentos técnicos e critérios para o controle higiênico sanitário no serviço de alimentação, boas práticas de manipulação e processamento dos alimentos para garantir o controle de qualidade em todos os processos envolvidos na produção e distribuição de refeições.

1. Alimentação Coletiva – atividades de alimentação e nutrição realizadas na Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) – cozinha da unidade hospitalar.
2. Nutrição Clínica – atividades de alimentação e nutrição realizadas na Unidade Hospitalar (internação e ambulatorios).

(RESOLUÇÃO CFN N° 380/2005)

Dentre as atividades realizadas pelo Serviço de Nutrição e Dietética estão a produção e o fornecimento de pequenas e grandes refeições a pacientes, acompanhantes, residentes e funcionários do Hospital, e o acompanhamento clínico-nutricional destes pacientes. Também



são de sua responsabilidade o preparo e a distribuição de fórmulas lácteas e de Nutrição Enteral aos pacientes. Dentre elas:

- Elaboração de cardápio;
- Planejamento de insumos;
- Recebimento e armazenamento de insumos;
- Preparo e pré-preparo dos cardápios;
- Distribuição dos insumos;
- Controle de qualidade;
- Higienização e sanitização dos utensílios/ equipamentos de responsabilidade da área;
- Prescrição/Adequação de dietas;
- Avaliação da ingestão do paciente;
- Registro de produção, fornecimento e custos.

### Dimensionamento de Profissionais:

#### NUTRICIONISTAS

Será observado o disposto na Resolução CFN nº 380/2005, que prevê a contratação de um nutricionista de clínica para cada quinze leitos de internação com nível de atendimento nutricional terciário, em regime de 30 horas semanais. Por fim, é recomendada a contratação de um nutricionista para Central de Terapia Nutricional com regime de 30 horas semanais. Os finais de semana e feriados serão cobertos por nutricionistas em esquema de plantão de carga horária e remuneração.

O Serviço de Nutrição funcionará de segunda a sexta com assistência nutricional aos pacientes egressos do hospital, com prioridade aos que estão em Terapia Nutricional, desnutridos ou em Risco Nutricional. Será realizado pelos nutricionistas de clínica sendo para adultos e idosos no período matutino e para crianças e adolescentes no período vespertino. Serão marcados dois pacientes de primeira consulta e quatro pacientes de retorno, totalizando seis pacientes em cada período.

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO	QTD	CARGA HORÁRIA
Nutricionista Clínico	07	30
Nutricionista RT	01	44
Técnico de Nutrição	02	44
Cozinheiro	02	36
Auxiliar de Cozinha	06	36
Copeiro	04	36

Tabela 47 – DIMENSIONAMENTO DE PROFISSIONAIS DE NUTRIÇÃO

000316

A tabela acima apresenta a quantidade de profissionais para o funcionamento 24 horas do setor, o total de profissionais.

**ALIMENTAÇÃO COLETIVA:**

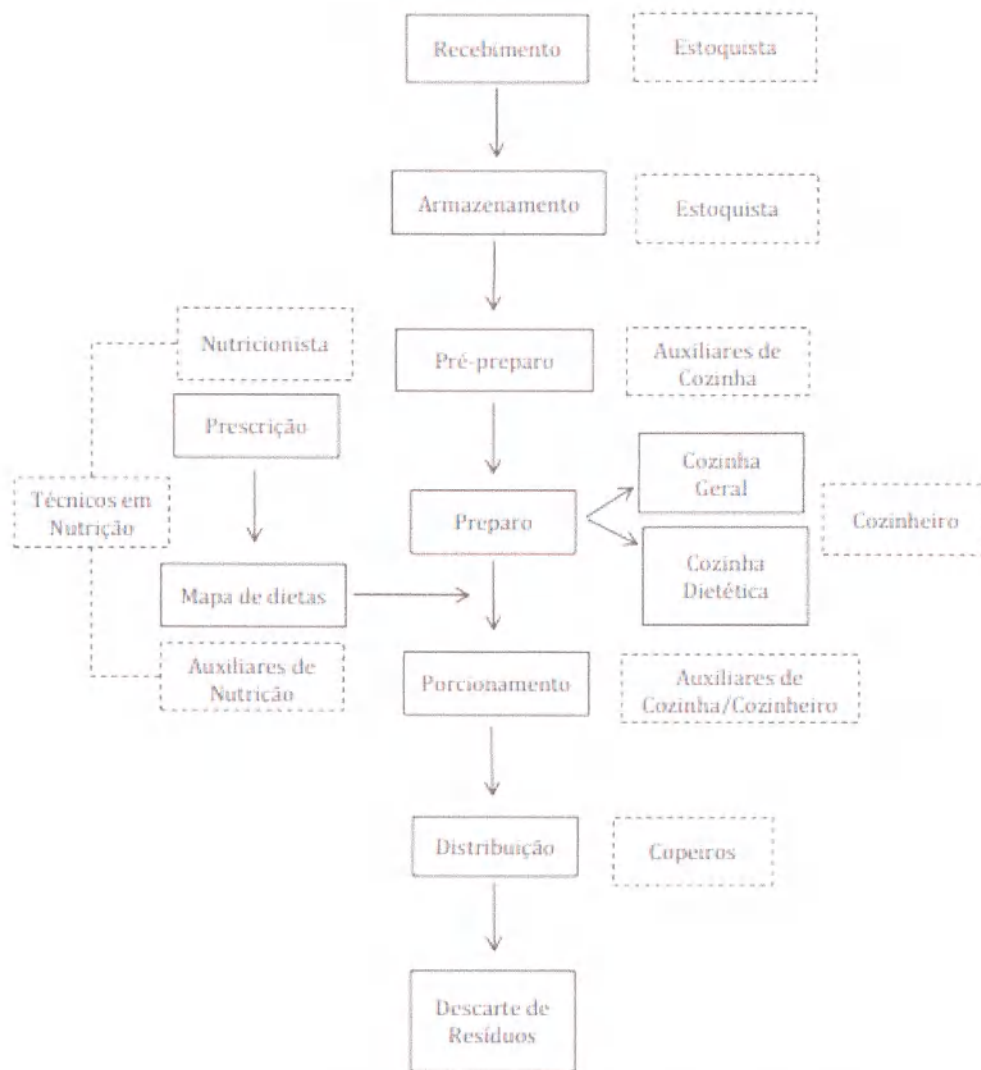


Figura 61 - FLUXOGRAMA DA PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES

**HORÁRIOS DAS REFEIÇÕES E DIETAS ENTERAIS:**

As refeições para pacientes e acompanhantes, bem como as mamadeiras e dietas enterais para os pacientes serão distribuídas nos horários descritos nos quadros 4, 5 e 6, respectivamente. Já os horários de funcionamento do refeitório para que os funcionários realizem suas refeições estão descritos no quadro 7. As refeições distribuídas para pacientes em isolamento (precaução de contato, aerossóis e gotículas) serão entregues para o

000317

acompanhante ou para a equipe de enfermagem do local em recipientes descartáveis e a água será distribuída em copos descartáveis com tampa.

LOCAL	REFEIÇÕES	HORÁRIOS
Nas Pacientes das Clínicas	Café da manhã	A partir das 07h
	Lanche da manhã	A partir das 09h
	Almoço	A partir das 11h
	Lanche da tarde	A partir das 14h
	Jantar	A partir das 17h
	Ceia	A partir das 20h

Tabela 48 - HORÁRIO DAS REFEIÇÕES PARA OS PACIENTES

ENFERMARIA	CLÍNICA CIRURGICA
03:00	03:00
06:00	06:00
10:00	10:00
14:00	14:00
18:00	18:00
22:00	22:00

Tabela 49 - HORÁRIO DE DISTRIBUIÇÃO DAS DIETAS ENTERAIS

HORÁRIOS	REFEIÇÃO
06:00 – 09:30h	Café da manhã
11:30 – 13:30h	Almoço
15:00 – 16:00h	Lanche da tarde
20:00 – 22:00h	Jantar

Tabela 50 HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO REFEITÓRIO PARA COLABORADORES

O funcionamento do serviço de Nutrição será todos os dias da semana, durante às 24h, sendo que no período das 23h às 5h o quadro de pessoal será reduzido para atender somente as intercorrências.

#### DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E ROTINAS

As funções e rotinas do nutricionista de UAN, Central de Terapia Nutricional e dos demais funcionários do Serviço de Nutrição estão descritas a seguir:

#### NUTRICIONISTA DA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (UAN)

317



- Planejar e supervisionar a execução da adequação de instalações físicas, equipamentos e utensílios, de acordo com as inovações tecnológicas;
- Planejar e supervisionar o dimensionamento, a seleção, a compra e a manutenção de equipamentos e utensílios;
- Planejar, elaborar e avaliar os cardápios, adequando-os ao perfil da clientela atendida, respeitando os hábitos alimentares;
- Planejar, coordenar e supervisionar as atividades de seleção de fornecedores, procedência dos alimentos, bem como sua compra, recebimento e armazenamento de alimentos;
- Coordenar e executar os cálculos de valor nutritivo, rendimento e custo das refeições/preparações culinárias;
- Planejar, implantar, coordenar e supervisionar as atividades de pré-preparo, preparo, porcionamento, distribuição e transporte de refeições e/ou preparações culinárias;
- Identificar clientes/pacientes portadores de patologias e deficiências associadas à nutrição, para o atendimento nutricional adequado;
- Coordenar o desenvolvimento de receitas e respectivas fichas técnicas, avaliando periodicamente as preparações culinárias;
- Estabelecer e implantar procedimentos operacionais padronizados e métodos de controle de qualidade de alimentos, em conformidade com a legislação vigente;
- Coordenar e supervisionar métodos de controle das qualidades organolépticas das refeições e/ou preparações, por meio de testes de análise sensorial de alimentos;
- Elaborar e implantar o Manual de Boas Práticas, avaliando e atualizando os procedimentos operacionais padronizados (POP) sempre que necessário; l) Planejar, implantar, coordenar e supervisionar as atividades de higienização de ambientes, equipamentos e utensílios;
- Planejar, coordenar, supervisionar e/ou executar programas de treinamento, atualização e aperfeiçoamento de colaboradores;
- Promover programas de educação alimentar e nutricional para clientes;
- Detectar e encaminhar ao hierárquico superior e às autoridades competentes, relatórios sobre condições da UAN impeditivas da boa prática profissional e/ou que coloquem em risco a saúde humana;
- Elaborar o plano de trabalho anual, contemplando os procedimentos adotados para o desenvolvimento das atribuições;
- Efetuar controle periódico dos trabalhos executados;
- Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária; s) Participar do planejamento e gestão dos recursos econômico-financeiros da UAN;
- Participar do planejamento, implantação e execução de projetos de estrutura física da UAN;
- Implantar e supervisionar o controle periódico das sobras, do resto-ingestão e análise de desperdícios, promovendo a consciência social, ecológica e ambiental;
- Participar da definição do perfil, do recrutamento, da seleção e avaliação de desempenho de colaboradores.

#### **NUTRICIONISTA DA CENTRAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (CTN)**

- Definir, padronizar, atualizar, organizar e supervisionar a execução das técnicas e procedimentos operacionais;
- Planejar, implantar, coordenar e supervisionar as atividades de preparo, acondicionamento, esterilização, armazenamento, rotulagem, transporte e distribuição de fórmulas e dietas;



000319

- Garantir a qualidade higiênico-sanitária, microbiológica e bromatológica das preparações;
- Definir, padronizar, atualizar, organizar e supervisionar o preparo de fórmulas e dietas assegurando a exatidão e clareza da rotulagem das fórmulas/preparações;
- Interagir com os demais nutricionistas que compõem o Quadro Técnico da Unidade Hospitalar, definindo os procedimentos complementares na assistência ao cliente/paciente;
- Estabelecer as especificações para a aquisição de insumos (fórmulas, equipamentos, utensílios, material de consumo e de embalagem) e qualificar fornecedores, assegurando a qualidade dos produtos;
- Promover e participar de treinamento operacional e educação continuada de colaboradores;
- Elaborar o plano de trabalho anual, contemplando os procedimentos adotados para o desenvolvimento das atribuições;
- Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária;
- Efetuar controle periódico dos trabalhos executados.
- Interagir com a equipe multiprofissional, quando pertinente, definindo os procedimentos complementares na assistência ao cliente/paciente;
- Realizar e divulgar estudos e pesquisas relacionadas à sua área de atuação, promovendo o intercâmbio técnico-científico.


### TÉCNICO EM NUTRIÇÃO

- Acompanhar e orientar as atividades de controle de qualidade em todo processo, desde recebimento até distribuição, de acordo com o estabelecido no manual de boas práticas;
- Acompanhar e orientar os procedimentos de pré-preparo e preparo de refeições e alimentos, obedecendo às normas sanitárias vigentes;
- Acompanhar e coordenar a execução das atividades de porcionamento, transporte e distribuição de refeições, observando o per capita e a aceitação do cardápio pelos comensais;
- Supervisionar as atividades de higienização de alimentos, ambientes, equipamentos e utensílios visando à segurança alimentar e difundindo as técnicas sanitárias vigentes;
- Orientar funcionários para o uso correto de uniformes e de Equipamento de Proteção Individual (EPI) correspondentes à atividade;
- Colaborar no treinamento de pessoal operacional;
- Auxiliar o nutricionista no controle periódico dos trabalhos executados no CTN;
- Observar, aplicar e orientar os métodos de higienização dos alimentos, utensílios, ambientes e equipamentos, previamente e estabelecidos pelo nutricionista;
- Relacionar os vários tipos de dietas de rotina com a prescrição dietética indicada pelo nutricionista;
- Observar as características organolépticas dos alimentos preparados, bem como as transformações sofridas nos processos de cocção e de conservação, identificando e corrigindo eventuais não conformidades.
- Acompanhar e supervisionar os copeiros na distribuição das refeições; supervisionar o porcionamento das refeições;
- Contabilizar diariamente tipos e quantitativo de dietas/refeições oferecidas;
- Garantir o cumprimento da prescrição dietética.

### COZINHEIRO

- Receber e conferir os gêneros para a confecção de preparações;

319



- Executar as preparações determinadas pela nutricionista de acordo com cardápio e ficha técnica padronizada;
- Executar as preparações especiais de acordo com tipos de dietas e padronização elaborada pela nutricionista;
- Colaborar na manutenção da ordem e limpeza dos equipamentos e áreas de trabalho;
- Comunicar à Supervisão imediata qualquer ocorrência que impossibilite a execução das preparações;
- Distribuir as preparações sob sua responsabilidade para as áreas de ~~preparo~~ de refeições;
- Ter conhecimento dos diferentes tipos de dietas padronizadas no hospital e quais alimentos permitidos e proibidos para as mesmas;
- Realizar higienização adequada dos utensílios e equipamentos utilizados;
- Manter adequada higiene pessoal.

#### AUXILIAR DE COZINHA

- Receber e conferir os gêneros para o pré-preparo;
- Realizar higienização correta dos gêneros alimentícios;
- Auxiliar o cozinheiro;
- Solicitar à Nutricionista, quando necessário, a substituição de insumos para garantir a qualidade final das preparações;
- Comunicar à Nutricionista responsável qualquer ocorrência que impossibilite a execução das preparações;
- Executar a confecção de preparações determinadas pela Nutricionista;
- Colaborar na manutenção da ordem e limpeza dos equipamentos e utensílios e áreas de trabalho;
- Executar o porcionamento e a distribuição de refeições (paciente e refeitório).

#### COPEIRO

- Distribuir as refeições nas respectivas enfermarias e clínicas de acordo com as práticas e seguindo o mapa de dietas;
- Manter a ordem e a higienização dos utensílios e equipamentos de sua ~~responsabilidade~~ como carrinho, bandejas;
- Tratar com respeito os pacientes e demais profissionais;
- Manter adequada higiene pessoal;
- Observar e informar à nutricionista quanto a aceitação e queixas referentes às refeições dos pacientes;
- Ter atenção na distribuição das refeições a fim de evitar erros. Conferir nome do paciente e tipo de dieta antes de entregar a refeição;
- Ter conhecimento dos diferentes tipos de dietas padronizadas no hospital e quais alimentos permitidos e proibidos para as mesmas;
- Quando houver dúvidas a respeito de tipos de dietas e alimentos perguntar aos nutricionistas ou técnicos em nutrição;
- Participar de treinamentos promovidos pela chefia.

#### ESTOQUISTA / DESPENSEIRO

- Realizar inventário diário dos produtos, alimentos e insumos disponíveis no estoque e registrar em planilhas;



000321

- Organizar o estoque de acordo com os gêneros alimentícios, garantindo qualidade higiênico-sanitária;
  - Controlar a validade dos gêneros armazenados;
  - Acondicionar de forma racional e ordenada os gêneros e materiais; e) Comunicar a nutricionista sobre eventuais irregularidades ocorridas;
  - No recebimento de gêneros alimentícios, avaliar as características sensoriais,
- 
- peso, nota fiscal, rótulo, estado de conservação e limpeza do veículo e do entregador etc.
  - Participar de treinamentos promovidos pela chefia.

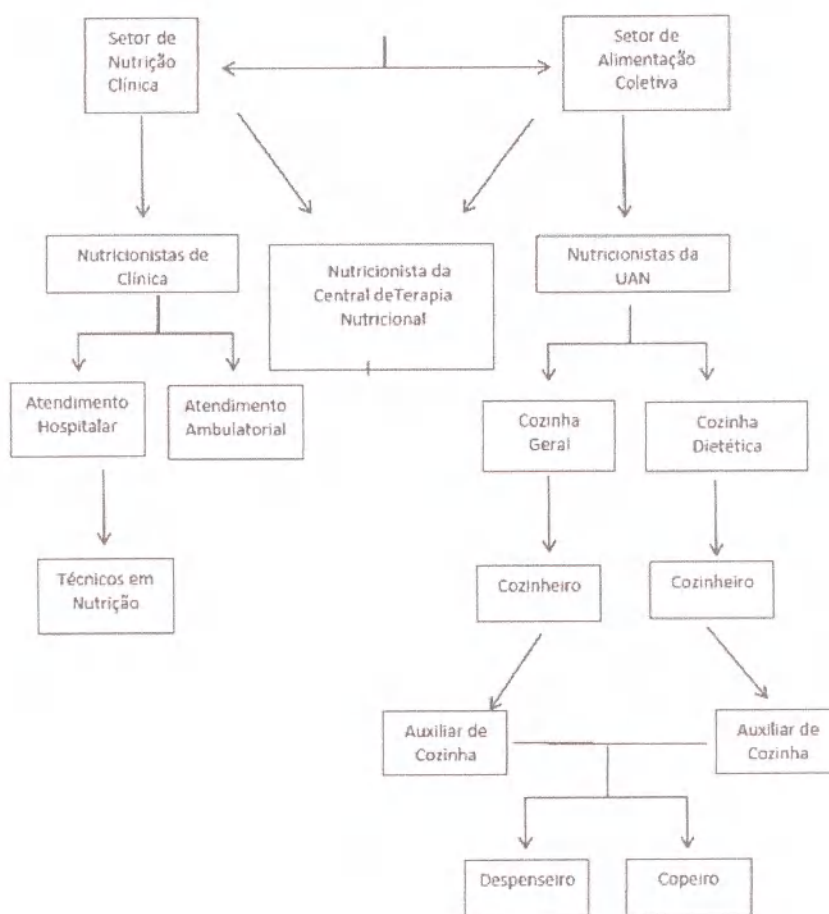


Figura 62 – FLUXOGRAMA DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

## Controle de Saúde

000322

São realizados exames médicos admissionais e periódicos (anual) acompanhados das seguintes análises laboratoriais: hemograma, coprocultura, coproparasitológico, VRDL e outros, de acordo com avaliação médica.

Considera-se apto para o trabalho na área de alimentos, os funcionários que não sejam portadores de doenças infecciosas ou parasitárias. Além disso, não é permitido a manipulação de alimentos por funcionários que apresentem feridas, lesões, chagas ou cortes nas mãos e braços, ou gastroenterites agudas ou crônicas, assim como aqueles que estiverem acometidos de faringites ou infecções pulmonares.

#### Programa de Treinamento

Os treinamentos são realizados a cada seis (seis) meses, na admissão de novos funcionários e sempre que necessário. Conteúdos abordados: higiene pessoal; higienização de instalações, móveis, equipamentos e utensílios; Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA), manipulação higiênica dos alimentos.

São comprovados através de lista de presença dos manipuladores participantes. As nutricionistas são responsáveis por ministrar os treinamentos.

### INFORMAÇÕES OPERACIONAIS

#### HIGIENE DOS MANIPULADORES

##### Higiene pessoal

Os funcionários devem observar os seguintes hábitos de estética e asseio:

- Tomar banho diariamente;
- Lavar e secar bem os pés;
- Lavar a cabeça com frequência e escovar bem os cabelos;
- Fazer a barba diariamente;
- Evitar bigodes e costeletas;
- Conservar as unhas curtas, limpas e sem esmaltes, bem como sem base incolor;
- Escovar os dentes após as refeições, bem como ao levantar-se e antes de dormir;
- Não utilizar perfumes;
- Usar desodorante inodoro ou bem suave;
- Manter a higiene adequada das mãos;
- Conservar os uniformes limpos;

#### HIGIENE DAS MÃOS

Os funcionários devem higienizar as mãos adotando as técnicas adequadas de frequência e procedimentos. É importante estimular o hábito de lavar as mãos constantemente durante o dia de trabalho: a cada hora, toda vez que o funcionário entrar na seção e a cada troca de função durante a operação.

322



### Frequência

- Quando chegar ao trabalho;
- Depois de utilizar os sanitários;
- Depois de tossir, espirar ou assuar o nariz;
- Depois de usar esfregões, panos e materiais de limpeza;
- Depois de fumar;
- Depois de recolher lixo e outros resíduos;
- Depois de tocar em sacarias, caixas, garrafas a alimentos não higienizados crus;
- Depois de pegar em dinheiro ou tocar nos sapatos;
- Depois de qualquer interrupção do serviço, especialmente entre alimentos crus e cozidos;
- Antes de manipular alimentos;
- Antes de iniciar outro serviço;
- Antes de tocar em utensílios higienizados;
- Antes de tocar em alimentos já preparados;
- Antes e após o uso de luvas;
- Toda vez que mudar de atividade e
- Cada vez que as mãos tiverem sujas;

### Técnica

- Umedecer as mãos e antebraços com água;
- Colocar sabonete líquido, neutro e inodoro sobre as mãos úmidas;
- Utilizar o sabonete em saboneteiras dosadoras;
- Demorar, pelo menos, 15 segundos com as mãos ensaboadas;
- Enxaguar bem as mãos e antebraços, em água corrente, de preferência quente;
- Secar as mãos e antebraços com papel toalha descartável não reciclado;
- Utilizar antisséptico adequado – álcool 70% - em saboneteiras dosadoras;
- Aplicar o antisséptico sobre as mãos;
- Deixar secar as mãos ao ar naturalmente.

### Hábitos pessoais dos manipuladores

Nas áreas de estoque, preparação e serviços, **NÃO** se deve permitir as seguintes condutas por representarem riscos de contaminação alimentar:

- Falar, cantar ou assobiar sobre os alimentos;
- Fumar;
- Cuspir, pentear-se, coçar-se ou tocar no corpo, assoar o nariz;
- Circular sem uniforme;
- Espirar ou tossir sobre os alimentos;
- Por o dedo no nariz, boca ou ouvido;
- Passar as mãos nos cabelos;
- Enxugar o suor com as mãos, panos de pratos, panos de copa, guardanapos, aventais ou qualquer outra peça da vestimenta;
- Experimentar a comida nas mãos ou com os dedos;
- Fazer uso de utensílios e /ou equipamentos sujos;
- Provar alimentos em talheres e devolvê-los à panela sem prévia higienização;
- Sair do local de trabalho com o uniforme da empresa;

000324

- Mascar goma, palito, fósforos ou similares e/ou chupar balas, comer;
- Manipular dinheiro;
- Tocar maçanetas com as mãos sujas;
- Trabalhar diretamente com alimentos quando apresentar qualquer um dos seguintes sintomas: lesões, ferimentos e/ou infecção na pele; diarreia ou disenteria; resfriado, gripe, tuberculose, faringite, amigdalite ou outras infecções pulmonares;

## UTILIZAÇÃO DE LUVAS

### Uso de luvas descartáveis

A adoção de luvas descartáveis ocorre quando não é possível utilizar utensílios e sempre por períodos rápidos. As luvas são trocadas toda vez que se retornara uma função previamente interrompida.

Observa-se o uso de luvas nos seguintes casos:

- Na manipulação de alimentos prontos para consumo, que já tenham sofrido tratamento térmico;
- No preparo e manipulação de alimentos prontos para o consumo, que não serão submetidos a tratamento térmico;
- Na manipulação de saladas cujas hortaliças já tenham sido adequadamente higienizadas.

### Uso de luvas térmicas

As luvas térmicas são utilizadas como item de segurança. São higienizadas periodicamente e sempre que necessário. Os manipuladores são orientados a não tocarem os alimentos, quando usadas.

### Uso de luvas de borracha

Tais luvas são indicadas para a proteção do manipulador. Há distinção quando ao tipo de atividade e são mantidas sempre limpas e guardadas em local próprio no armário de materiais de limpeza. São utilizadas no desempenho das seguintes tarefas:

- Lavagem de panelas e utensílios;
- Coleta e transporte de lixo e outros resíduos;
- Higienização dos tambores e contentores de lixo;
- Limpeza dos sanitários e áreas de lixo e
- Manipulação de produtos químicos.

## Uniformes

Os funcionários são uniformizados, respeitando as seguintes práticas:

- Usar uniforme de cor clara;
- Conservar o vestuário em bom estado, sem rasgos, manchas, parte descosturadas ou furos;
- Manter os uniformes limpos, bem passados e trocados diariamente;
- Adotar o uso de avental plástico quando trabalho em execução propiciar que os uniformes se sujem ou se molhem rapidamente, não devendo ser utilizado próximo ao calor;

324





000325

- Não utilizar panos ou sacos plásticos para proteção do uniforme;
- Garantir que o uniforme seja usado apenas nas dependências internas do serviço;
- Impedir que os funcionários uniformizados sentem-se ou deitem-se no chão, sacarias ou outros locais impróprios;
- Impedir carregar no vestiário: canetas, lápis, espelhos, ferramentas, pentes, pinças, batons, alfinetes, presilhas, cigarros, isqueiros, relógios etc.;
- Adotar o uso de calçados fechados apropriados, em boas condições de higiene e conservação, não sendo permitidos calçados de tecido ou lonas;
- Adotar o uso de meias próprias, limpas e trocadas diariamente;
- Impedir durante o trabalho, o uso de acessórios ou adereços tais como: anéis, colares, relógios, correntes, amuletos, pulseiras, brincos e inclusive aliança;
- Manter os cabelos totalmente cobertos e protegidos, através de rede própria, touca, gorro ou similar, não utilizando grampos para a fixação das redes, toucas e gorros;
- Não permitir que qualquer peça do uniforme seja lavada dentro da cozinha.

## HIGIENE AMBIENTAL, UTENSÍLIOS E EQUIPAMENTOS

### Higiene manual de utensílios

#### Procedimentos básicos

- Retirar o excesso de sujidade e/ ou recolher os resíduos;
- Umedecer uma esponja em solução detergente;
- Iniciar a lavagem utilizando água, dispendo de modo organizado os utensílios já ensaboados e constituindo lotes ensaboados em quantidade suficiente, de acordo com o espaço disponível;
- Enxaguar em água corrente até remoção total do detergente e demais resíduos, fechando a torneira a cada interrupção da operação de enxágue para iniciar um novo lote;
- Prosseguir sucessivamente, trabalhando em lotes para uso racional da água;
- Fazer a desinfecção:
- Imergir ou borrifar solução clorada 200 ppm, aguardar 15 minutos e enxaguar, ou borrifar álcool 70%;
- Deixar secar naturalmente;
- Guardar em local limpo e seco.

## HIGIENIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS EM GERAL

### Procedimentos Básicos:

- Desligar da tomada;
- Desmontar o equipamento retirando suas partes removíveis;c) Lavar com detergente e esponja;
- Enxaguar em água corrente;
- Fazer a desinfecção: imergir ou borrifar solução clorada 200 ppm, deixando em contato por 15 minutos ou utilizar álcool 70 %;
- Deixar secar naturalmente;
- Higienizar a seco, as partes fixas, fios e tomadas;
- Finalizar, com pano embebido em solução clorada 200 ppm ou álcool 70 %;
- Montar o equipamento e cobrir.

325

000326

Obs.: As superfícies que entram em contato direto com os alimentos são enxaguadas após a desinfecção com solução clorada.

#### Higienização de refrigeradores e freezers:

- Adota-se a frequência de limpeza semanal.

#### Higienização do sistema de exaustão:

- É realizado um programa periódico de limpeza especializada dos ductos, tubulações e filtros das coifas e exautores.
- Limpeza da coifa é semanal e os ductos internos trimestral.

#### Higienização da caixa de gordura:

- A higienização é realizada periodicamente por empresa terceirizada contratada pelo hospital. A empresa fornece comprovante de execução que descreve todos os procedimentos realizados durante a higienização.

#### Faxina geral das cozinhas

A cozinha passa por uma limpeza geral uma vez por semana na qual se higienize equipamentos, paredes, teto e chão. Os procedimentos são: a) Recolher os resíduos;

- Umedecer com água;
- Lavar com sabão desengordurante ou produto específico;
- Esfregar bem
- Enxaguar com água corrente;
- Jogar solução de cloro;
- Retirar o excesso de água com o auxílio do rodo

#### Higienização de pias, bancadas, tanques e mesas de apoio

As pias, bancadas, tanques e mesas de apoio são limpas diariamente sempre que houver troca de operação, seguindo os seguintes passos:

- Recolher os resíduos;
- Lavar com água e sabão;
- Enxaguar com água;
- Retirar o excesso de água;
- Secar com pano descartável específico;
- Sanitizar com álcool 70°;
- Deixar secar naturalmente;

#### Higienização de caixa d'água

A higienização da caixa d'água é realizada periodicamente por empresa terceirizada contratada pelo hospital. A empresa fornece comprovante de execução que descreve todos os procedimentos realizados durante a higienização.

## HIGIENE DE ALIMENTOS

326



000327

## Higienização de hortifrutis

Os legumes, verduras e frutas são lavados e desinfetados, da seguinte forma: a) As frutas e hortaliças são selecionadas uma a uma, desprezando as estragadas;

- São lavadas uma a uma com água corrente retirando as sujidades;
- Numa vasilha de plástico é preparada a solução clorada para a desinfecção;
- A solução sanitizante, a base de hipoclorito, é feita usando (1) colher de sopa para 1 litro de água potável;
- As folhas e frutas são deixadas totalmente imersas nesta solução por 15 (quinze) minutos;
- Em seguida, são enxaguadas em água potável e escurridas, para retirar todo o excesso de água.

## Recebimento de mercadorias

Nesta etapa é observado:

- As condições higiênicas dos veículos dos fornecedores;
- A existência de Certificado de Vistoria do veículo de transporte;
- A higiene pessoal e a adequação do uniforme do entregador, inclusive com proteção para os cabelos ou mãos de acordo com a necessidade;
- A integridade e a higiene da embalagem;
- A adequação da embalagem, de modo que o alimento não mantenha contato direto com papel, papelão ou plástico reciclado;
- A realização da avaliação sensorial dos produtos;
- A correta identificação do produto no rótulo: nome, composição do produto e lote; número do registro no Órgão Oficial; CNPJ, endereço e outros dados do fabricante e do distribuidor; temperatura recomendada pelo fabricante e do distribuidor; quantidade (peso); datas de validade e de fabricação.

No recebimento de mercadorias, caso haja mais de um fornecedor aguardando, dar preferência de atendimento na seguinte ordem:

- alimentos perecíveis resfriados e refrigerados;
- alimentos perecíveis congelados;
- alimentos perecíveis permitidos em temperatura ambiente;
- alimentos "não perecíveis";

## Recebimento de carnes

Estes gêneros devem ser entregues acondicionados em monoblocos ou caixas de papelão lacradas, embaladas em sacos plásticos ou a vácuo, devidamente identificados, inclusive os salgados e defumados. Durante o recebimento destes produtos, deve-se atentar para a observação da seguintes características e procedimentos:

- não formação de cristais de gelo;
- ausência de água dentro da embalagem;
- inexistência de sinais de recongelamento;
- registro e controle da temperatura.

327





000328

TEMPERATURAS RECOMENDADAS	
Carnes refrigeradas	Até 6°C com tolerância até 7°C.
Carnes congeladas	-18°C com tolerância até -12°C.
Frios e embutidos industrializados	Até 10°C ou de acordo com o fabricante.
Produtos salgados, curados ou defumados	Temperatura ambiente ou recomendada pelo fabricante.

Tabela 51 – TEMPERATURAS RECOMENDADAS PARA O RECEBIMENTO DE CARNES

O estoquista é o funcionário designado para seu recebimento e deverá conferir a temperatura da mercadoria e o peso requisitado. Não estando em conformidade, a mercadoria não é recebida, devendo o fornecedor trocá-la. As carnes são imediatamente acondicionadas no freezer ou refrigerador adequado.

#### Recebimento de hortifrutigranjeiros

É observado tamanho, cor, odor, grau de maturação, ausência de danos físicos e mecânicos. A triagem é feita retirando-se folhas velhas, frutos verdes e deteriorados antes da pré-higienização e acondicionamento adequado.

São aceitos apenas os ovos que estiverem em caixas de papelão, protegidos por bandejas, tipo "gavetas", apresentando a casca íntegra, sem rachaduras e sem resíduos que indiquem a falta de higiene do fornecedor.

TEMPERATURAS RECOMENDADAS	
Hortifrutigranjeiros pré-processados congelados	-18°C com tolerância até -12°C
Hortifrutigranjeiros pré-processados resfriados	Até 10°C ou de acordo com o fabricante
Hortifrutigranjeiros "in natura"	Temperatura ambiente

Tabela 52 – TEMPERATURAS RECOMENDADAS PARA O RECEBIMENTO DE HORTIFRUITIGRANJEIROS

#### Recebimento de leite e derivados

São conferidos nestes produtos: o prazo de validade do leite e seus derivados e as condições das embalagens, de modo que não se apresentem estufados ou alteradas.



000329

A temperatura recomendada para o recebimento de leite “in natura” e seus derivados é de até 10°C ou de acordo com o fabricante.

#### Recebimento de estocáveis

Os produtos, que possuem estabilidade quando estocados à temperatura ambiente, devem apresentar-se com embalagens íntegras, próprias para cada tipo, dentro do prazo de validade e com identificações corretas no rótulo.

Os cereais, farináceos e leguminosas não devem apresentar vestígios de insetos, umidade excessiva e objetos estranhos. As latas não devem estar enferrujadas, estufadas ou amassadas e os vidros não devem apresentar vazamentos nas tampas, formação de espumas, ou qualquer outro sinal de alteração do produto.

A temperatura ambiente é recomendada para o recebimento de estocáveis.

#### Recebimento de descartáveis, produtos e materiais de limpeza

Os materiais de limpeza e os descartáveis devem estar em embalagens íntegras, próprias para cada produto e com identificação correta no rótulo.

No caso dos produtos de limpeza, deve-se observar ainda, o prazo de validade e o número de registro no Ministério da Saúde.

#### Armazenamento

Critérios gerais para o armazenamento da matéria-prima

O estoque de mercadorias são departamentalizado, de acordo com os critérios descritos no quadro abaixo.

DIVISÃO DE ARMAZENAMENTO	
<p>Área “insumos”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em ambiente diferente da área química</li> </ul>	<p>Limpeza e outros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>produtos de limpeza</li> <li>materiais de limpeza</li> </ul>
<p>Alimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>sob refrigeração (0°C a 10°C, conforme produto)</li> <li>sob congelamento (abaixo de 0°C)</li> <li>sob temperatura ambiente (ideal até 26°C com umidade = 50 a 60%)</li> </ul>	<p>Descartáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Separados dos alimentos (temperatura ambiente)</li> </ul>

Tabla 53 – DIVISÃO DE ARMAZENAMENTO, DE ACORDO COM O TIPO DE INSUMO

#### Orientações gerais para armazenamento:

- Apoiar alimentos, ou recipientes com alimentos, sobre estrados ou em prateleiras, não permitindo contato direto com o piso;





- Não manter caixas de madeira na área do Estoque ou em qualquer outra área da UAN (é proibida a entrada de caixas de madeira nas áreas de armazenagem e manipulação).
- Manusear as caixas com cuidado, evitando submetê-las a peso excessivo;
- Não arrastar pelo piso: monoblocos, caixas plásticas, entre outros. Adotar o procedimento de carregá-los à mão;
- Dispor os alimentos em estrados, garantindo boa circulação de ar, mantendo-os afastados da parede e entre si;
- Organizar os produtos de acordo com suas características: enlatados, farináceos, grãos, garrafas, descartáveis etc.;
- Dispor os produtos obedecendo a data de fabricação. Os produtos com data de fabricação mais antiga devem ser posicionados para serem consumidos em primeiro lugar: sistema PVPS = Primeiro que Vence, Primeiro que sai;
- Proporcionar uma boa ventilação para os produtos de prateleira mantendo-os distantes do forro no mínimo 60 cm e afastados da parede 35 cm, sempre que possível, sendo 10 cm o mínimo aceitável, de acordo com o tamanho da área do estoque;
- Manter sempre as limpas as embalagens dos produtos;
- Conservar alinhado o empilhamento de sacarias, em altura que não prejudique as características do produto e com amarração em forma de cruz, para favorecer a ventilação;
- Respeitar o espaçamento mínimo necessário (10 cm) que garanta a circulação de ar entre os produtos armazenados em estrados e/ou prateleiras;
- Preservar a qualidade dos produtos e a higiene da área, retirando sucatas, materiais fora de uso, embalagens vazias etc.;
- Observar, constantemente, a data de validade dos produtos, a fim de evitar o vencimento dos mesmos. Nunca utilizar produtos vencidos, desprezando-os sempre;
- Atentar para eventuais e quaisquer irregularidades com os produtos, encaminhando pessoalmente os procedimentos para sua inutilização;
- Identificar todos os alimentos armazenados. Na impossibilidade de manter o rótulo original do produto, as informações devem ser transcritas em etiquetas;
- Manter os alimentos devidamente protegidos após a abertura de suas embalagens originais. Depois de abertos, os alimentos devem ser transferidos das embalagens originais, sendo acondicionados em descartáveis ou em contentores higienizados, adequados (impermeáveis, laváveis e atóxicos), cobertos e identificados;
- Proteger os alimentos prontos para consumo, sendo a cobertura isolada para cada recipiente, de modo que o fundo de um recipiente não fique em contato com o alimento do recipiente inferior, quando empilhados. Os sacos plásticos apropriados ou impermeáveis utilizados para a proteção dos alimentos devem ser de uso único, exclusivo para determinado fim, ou seja, jamais devem ser reaproveitados;
- Armazenar os diferentes gêneros alimentícios num mesmo equipamento refrigerador, respeitando a seguinte disposição:
  - alimentos prontos para o consumo nas prateleiras superiores;
  - os semiprontos e/ou pré-prontos nas prateleiras do meio;
  - o restante, como produtos crus e outros, nas prateleiras inferiores.
- Refrigerar ou congelar os alimentos em volumes com altura máxima de 10 cm ou em peças de até 2 kg;
- Não manter caixas de papelão em áreas de armazenamento sob ar frio, pois estas embalagens são porosas, isolantes térmicas e provêm a contaminação externa. Porém, as embalagens de leite, ovo pasteurizado e similares podem ser armazenados

000331

em refrigeradores ou câmaras comuns, não exclusivas para este fim, devido a seu acabamento liso, impermeável e lavável;

- Colocar os produtos destinados à devolução em locais apropriados, devidamente identificados por fornecedor, para que não comprometam a qualidade dos demais;
- Conservar as portas das áreas de armazenamento e, no caso de refrigerador e câmaras, abri-las o mínimo de vezes possível.

#### Recomendações para o armazenamento pós-manipulação

- Respeitar rigorosamente as recomendações do fornecedor para o adequado armazenamento dos alimentos, ou seja, sob temperatura ambiente, sob congelamento e/ou sob refrigeração;
- Atentar que, após a abertura das embalagens originais, perde-se imediatamente o prazo de validade do fabricante;
- Não congelar os alimentos unicamente destinados à refrigeração, quando em suas embalagens originais o fornecedor assim os indicar;
- Não recongelar crus os alimentos que tenham sido descongelados para serem manipulados. Os alimentos descongelados só poderão submeter-se a novo congelamento se forem processados,
- Programar o uso de carnes congeladas considerando que após o descongelamento estas somente poderão ser armazenadas sob refrigeração (até 4°C) por até 72h para bovinos e aves, e por até 24h para os pescados;
- Armazenar em temperatura de segurança os alimentos prontos que sofreram cocção mantendo-os sob refrigeração ou sob congelamento, devidamente etiquetados, respeitando os Critérios de Uso;
- Não recongelar alimentos prontos que já tenham sido descongelados anteriormente;

Observar que os alimentos retirados de suas embalagens originais para serem manipulados crus poderão ser armazenados ou sob congelamento, desde que devidamente etiquetados, respeitando as normas de identificação e os Critérios de Uso;

#### Sistema de etiquetas de identificação

As etiquetas para identificação dos produtos são colocadas em todos os alimentos pré-processados ou prontos, que foram abertos, mas não utilizados em sua totalidade.

As etiquetas de identificação devem conter os seguintes dados: nome do produto, data de manipulação ou preparo e data de validade.

ARMAZENAMENTO SOB REFRIGERAÇÃO (0-5 °C)	
PRODUTO	TEMPO DE ARMAZENAMENTO
Alimentos industrializados (embalagem fechada)	Validade na embalagem (temperatura indicada pelo fabricante)
Ovos	14 dias (temperatura 10° C)
Alimentos pós-cocção (exceto pescados)	

331



Alimentos pós-manipulação/embalagens abertas (exceto pescados)	3 dias
Carnes cruas e seus produtos manipulados (exceto pescados)	
Recheios, cremes e molhos prontos	
Sobremesas, frios e laticínios manipulados	
Maionese e misturas de maionese com outros alimentos	2 dias
Hortifruti manipulado	
Pescados crus ou cozidos e seus produtos manipulados	1 dias
<b>ARMAZENAMENTO SOB CONGELAMENTO (De -10 °C a -18 °C)</b>	
Carnes cruas ou cozidas, pescados, outros alimentos congelados	Por 30 dias

Tabela 54 – Tempo de armazenamento sob refrigeração de acordo com tipo de alimento

#### Armazenamento de descartáveis, produtos e materiais de limpeza

Os descartáveis, produtos e materiais de limpeza devem ser armazenados à temperatura ambiente, em locais adequados, sendo que os produtos de limpeza devem ser armazenados separados dos produtos alimentícios, em locais diferentes.

#### Refrigeração e congelamento

##### Recomendações básicas

- Produtos “in natura” (crus): Separados, sempre que possível, em equipamentos distintos ou, quando num mesmo equipamento, em locais separados: massas frescas; produtos cárneos; laticínios; frios e embutidos; verduras e legumes; frutas; temperos; etc.
- Produtos processados e/ou cozidos, prontos para consumo: São mantidos separados entre si: saladas prontas; sobremesas; alimentos pós-cozido etc.
- Observa-se com frequência a data de validade dos produtos, a fim de evitar o vencimento dos mesmos. Nunca são usados produtos vencidos.
- Se observadas eventuais irregularidades com os produtos, estes são encaminhados para procedimentos de inutilização.
- Todos os alimentos refrigerados e congelados são identificados ou mantidos no rótulo original do produto.
- Critérios de temperatura e tempo para refrigeração e congelamento a) Alimentos em temperatura original deve atingir 4°C em até 6 horas; b) Alimento pós-cozido (55°C) deve atingir 21°C (sem cobrir) em 2 horas; e de 21°C até 4°C (coberto) em 6 horas;
- O resfriamento até 21°C e a refrigeração até 4°C podem ser acelerados através do uso de refrigeradores.

000333

PRODUTO	TEMPERATURA	TEMPO DE ARMAZENAMENTO
Alimentos industrializados (embalagem fechada)	Indicada para fabricante	Validade na embalagem
Alimentos pós-cozção (excetopescados)	Até 4°C	72 h
Alimentos pós-manipulação/embalagens abertas (exceto pescados)	Até 4°C	72 h
Amostra de alimentos	Até 4°C	72 h
Carnes cruas e seus produtos manipulados (exceto pescados)	Até 4°C	72 h
Descongelamento de alimentos sob refrigeração	Até 4°C	Tempo necessário
Dessalgue de carnes sob refrigeração	Até 4°C	Tempo necessário
Hortifruti manipulado	Até 10°C	72 h
Massas frescas	Até 4°C	72 h
Ovos "in natura"	Até 10°C	14 dias
Pescados crus ou cozidos e seus produtos manipulados	Até 4°C	24 h
Sobremesas, frios e laticínios manipulados	Até 4°C	72 h
Sobremesas, frios e laticínios manipulados	Até 6°C	48 h
Sobremesas, frios e laticínios manipulados	Até 8°C	24 h
Maionese e misturas de maionese com outros alimentos	Até 4°C	48 h
Maionese e misturas de maionese com outros alimentos	Até 6°C	24 h

333

Tabela 55 – – CRITÉRIOS DE TEMPERATURA E TEMPO PARA REFRIGERAÇÃO

PRODUTOS	TEMPERATURA	TEMPO DE ARMAZENAMENTO
Amostras de alimentos (exceto líquidos)	- 18°C	72 h
Alimentos congelados/embalagem fechada	Registrada na embalagem	De acordo com fabricante

Tabela 56 – CRITÉRIOS DE TEMPERATURA E TEMPO PARA CONGELAMENTO

### Descongelamento

- O descongelamento seguro é realizado optando-se por uma das seguintes técnicas:
- Em equipamento refrigerado até 4oC: câmara frigorífica, refrigerador ou outro equipamento específico;
- Em forno de convecção ou micro-ondas;
- Em água corrente com temperatura inferior a 21oC, por 4 h, com o alimento protegido por embalagem adequada; (convém monitorar a temperatura na superfície do alimento para não ultrapassar 4oC);

### PRÉ-PREPARO/PREPARAÇÃO

#### Orientações gerais

- Garantir que todos os manipuladores higienizem as mãos antes de tocar em qualquer alimento, durante os diferentes estágios de processamento e a cada mudança de tarefa de manipulação;
- Tomar cuidado com luvas e máscaras porque podem ocasionar contaminação quando usadas inadequadamente;
- Utilizar utensílios adequados na manipulação de alimentos e, somente em último caso, tocar os alimentos com as mãos;
- Não permitir que os alimentos entrem em contato com os cabos dos utensílios, beirais ou outros pontos tocados pelas mãos;
- Higienizar as superfícies de trabalho, placas de altileno e equipamentos, antes e depois de cada tarefa;
- Atentar para não ocorrência de contaminação cruzada entre os vários gêneros de alimentos durante a manipulação, no pré-preparo e preparo final;
- Proteger os alimentos em preparação ou prontos, garantindo que estejam sempre cobertos com tampas, filmes plásticos ou papéis impermeáveis, os quais não devem ser reutilizados;
- Manter os alimentos em preparação ou preparados sob temperaturas de segurança, isto é, inferior a 4oC ou superior a 65oC.

### **Cocção e reaquecimento Recomendações gerais:**

- Garantir que os alimentos cheguem a atingir 74oC no seu interior ou combinações conhecidas de tempo e temperatura que confirmam a mesma segurança, tais como: 65oC por 15 minutos e 70oC por 2 minutos;
- planejar o processo de cocção para que mantenha, tanto quanto possível, todas as qualidades nutritivas do alimento;
- elevar a temperatura de molhos quentes a serem adicionados a alguma preparação, garantindo que ambos (molho e alimento) voltem a atingir novamente 74oC no seu interior;
- elevar a temperatura do leite a ser servido, frio ou quente, garantindo que atinjam 74oC;
- atentar para que os óleos e gorduras utilizados nas frituras não sejam aquecidos mais de 180oC, verificando a qualidade do óleo com frequência, examinando-se o odor, o gosto e a cor. Para isso, pode-se utilizar testes físico-químicos comerciais rápidos, desde que comprovada a sua qualidade e eficácia ou pode-se manter outros controles, conforme recomendações específicas para óleo de fritura;
- manter registro das temperaturas.

### **Porcionamento**

A manipulação durante esta etapa é realizada observando-se rigorosamente as recomendações de higiene pessoal (uso de máscara e luva), ambiental e dos alimentos para evitar a recontaminação ou a contaminação cruzada.

O processo de porcionamento das preparações é completado dentro do menor espaço de tempo possível, ou seja, essa manipulação deve ser feita em pequenos lotes de modo que os alimentos não permaneçam abaixo de 65oC ou acima de 10oC por mais de 30 minutos. Vale ressaltar que nesta etapa deve-se atentar para o uso de recipientes bem limpos e desinfetados.

### **Sobras**

#### **Tipos de Sobras**

As sobras de alimentos podem ser assim classificadas: alimentos não preparados; alimentos pré-preparados; alimentos prontos.

#### **Requisitos para reaproveitamento de sobras**

Nunca são reutilizados alimentos prontos que já foram servidos/distribuídos. Caso ocorra sobras de alimentos prontos e não servidos é seguidos os seguintes critérios.

#### **Sobras quentes**

As sobras de alimentos quentes que ficaram acima de 65oC por até 12 horas ou a 60oC por até 6 horas ou menos que 3 horas abaixo de 60oC são conduzidas para uma próxima distribuição em até 12 horas no máximo. São reaquecidos até atingirem novamente 74oC e mantidas em condições seguras de temperatura e tempo até o momento da distribuição;

#### **Sobras frias**

As sobras de alimentos frios que ficarem até 10oC por no máximo 4 horas ou menos que 2 horas entre 10oC e 21oC, são assim conduzidas:



- para refrigeração: atingem novamente 4°C em 4 horas no centro geométrico do alimento, para serem reaproveitados no máximo em 24 horas;
- para a cocção, para serem reaproveitadas em pratos quentes: atingem na cocção 74°C no centro geométrico do alimento e então são mantidos em condições seguras de tempo e temperatura para distribuição de alimentos quentes (acima de 65°C) para serem consumidas em no máximo 12 horas;

## CONTROLE INTEGRADO DE VETORES E PRAGAS URBANAS

Medidas preventivas adotadas:

- O ambiente é mantido limpo, sem objetos em desuso, resíduos de alimentos e água estagnada
- Ralos e outros acessos ficam sempre fechados.
- O lixo é retirado frequentemente e sempre que a produção finalizar.
- A limpeza das áreas de preparação de alimentos é feita diariamente.
- A seleção dos alimentos no seu recebimento ocorre, descartando os que possuem contaminação por vetores e pragas.

Além dos procedimentos de prevenção, citados acima, medidas de erradicação devem ser adotadas quando houver a invasão por pragas. Este é realizado por empresa especializada, conforme legislação específica, com produtos desinfetantes regularizados pelo Ministério da Saúde e com supervisão de pessoa especializada.

Após a aplicação da desinfecção, os equipamentos e utensílios são higienizados para a remoção dos resíduos antes da reutilização.

Na ocorrência de vetores e pragas, o funcionário deve informar a nutricionista e preencher a planilha específica para posterior procedimento de controle.

## GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

Os coletores utilizados para deposição dos resíduos das áreas de preparação e armazenamento de alimentos são integrados, de plástico, devidamente identificados e dotados de tampas acionadas sem contato manual. Além disso, estão disponíveis em número e capacidade suficiente para conter os resíduos produzidos.

Os resíduos nunca são colocados em contato direto com os coletores, são utilizados sacos plásticos. Os recipientes são separados para resíduos orgânicos e resíduos secos (plástico, papel, metal, vidro). Os resíduos orgânicos possuem sacos plásticos pretos e os secos sacos azuis. Resíduos infectantes não são produzidos pela Seção de Alimentação Coletiva.

O descarte do lixo é realizado da seguinte maneira:

- Sempre antes de o coletor encher totalmente;
- O saco plástico é amarrado e encaminhado imediatamente para o coletor na parte externa pelo colaborador responsável;
- O coletor é devidamente higienizado após o descarte;
- O colaborador responsável pelo descarte não utiliza a mesma roupa na área de manipulação;
- O colaborador responsável pelo descarte sempre higieniza suas mãos e o antebraço após a atividade.





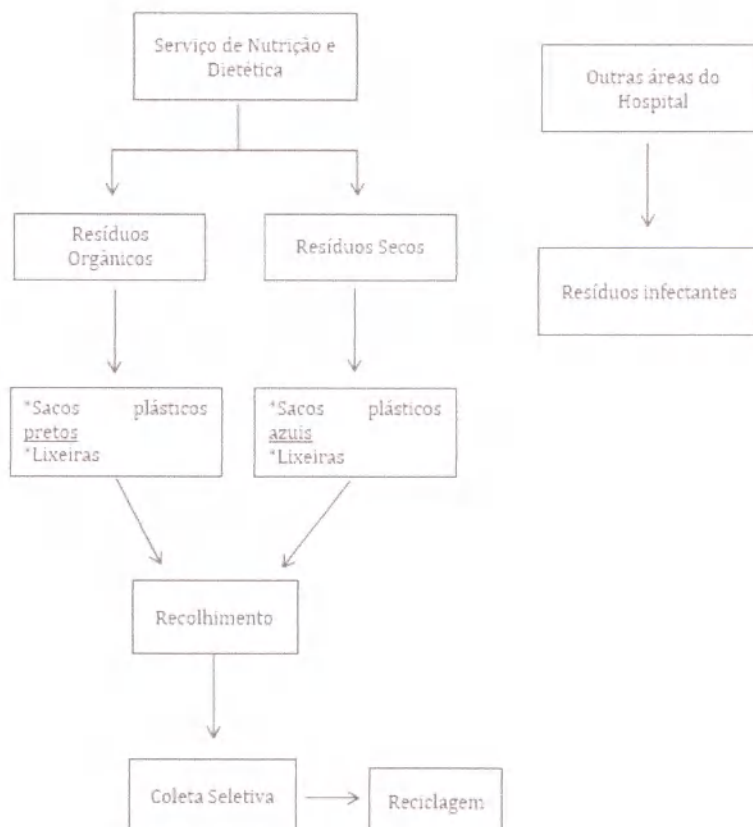


Figura 63 - FLUXOGRAMA DE DESCARTE DE RESÍDUOS

## GESTÃO DA QUALIDADE

### Boas Práticas de Fabricação (BPF)

BPF são procedimentos que devem ser dotados na Seção de Alimentação Coletiva a fim de garantir a qualidade higiênico-sanitária e a conformidade do alimento com a legislação em vigor. (RDC nº 216, 2004).

### ISO 22000

A ISO 22000 é uma norma para os Sistemas de Gestão de Segurança de Alimentos voltada para empresas que se preocupam em assegurar controles dos perigos em toda sua cadeia produtiva de alimentos, garantindo que o alimento está seguro no momento do consumo humano.

Tem como objetivo facilitar a comercialização em toda a cadeia da indústria de alimentos mundial, uma vez que muitos países, incluindo o Brasil, estão buscando proteger a sua população, desenvolvendo normas nacionais. A norma pretende unificar e complementar as diferentes exigências feitas aos exportadores da cadeia alimentar, contribuindo para a reeducação das barreiras técnicas.

### Vantagens:



000338

- Controle dos riscos e determinação de medições preventivas eficientes;
- Aumento da segurança do produto;
- Análise sistemática e realização de fluxos de processos seguros e eficientes em termos de segurança e controle de processo de alimentos para detectar a tempo riscos envolvendo higiene e segurança de embalagens;
- Aumento da confiança do consumidor e revendedor na segurança, qualidade e legalidade do produto;
- Análise sistemática e realização de fluxos de processos seguros e eficientes em termos de segurança e controle de processo de alimentos para detectar a tempo riscos envolvendo higiene e riscos perigosos de saúde para os consumidores.

### Sistema APPCC

O Sistema de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle (APPCC) é baseado numa série de etapas, inerentes ao processamento dos alimentos, incluindo todas as operações que ocorrem desde a obtenção da matéria-prima até o consumo do alimento, fundamentando-se na identificação dos perigos potenciais à segurança do alimento, bem como nas medidas para o controladas condições que geram os perigos.

Constitui uma poderosa ferramenta de gestão, oferecendo uma forma de se conseguir um efetivo controle dos perigos. O Sistema APPCC tem como objetivo identificar os perigos relacionados com a saúde do consumidor que podem ser gerenciados em segmentos da produção, estabelecendo formas de controle para garantir a segurança do produto e a inocuidade para o consumidor.

Conceitos importantes:

- **Ação corretiva:** Ação para eliminar a causa da não-conformidade detectada ou outra situação indesejável.
- **Análise de Perigos:** Consiste na identificação e avaliação de perigos potenciais, de natureza física, química e biológica, que representam riscos à saúde do consumidor.
- **APPCC:** Sistemática de procedimentos que tem por objetivos identificar, avaliar e controlar os perigos para a saúde do consumidor e caracterizar os pontos e controles considerados críticos para assegurar a inocuidade dos alimentos.
- **Controle:** O estado no qual os procedimentos corretos estão sendo aplicados e a etapa ou processo está de acordo com os limites pré-estabelecidos (o processo está sob controle).
- **Correção:** Ação para eliminar uma não-conformidade detectada
- f) **Critério:** Requisito no qual é baseada a tomada de decisão ou julgamento.
- **Desvios:** Não atendimento aos limites críticos estabelecidos para os critérios selecionados.
- **Limite crítico:** Valores ou atributos máximos e/ou mínimos estabelecidos para cada critério e que, quando não atendidos, significam impossibilidade de garantia da segurança do alimento.
- **Limite de segurança:** Valores ou atributos próximos aos limites críticos e que são adotados como medida de segurança para reduzir a possibilidade de os mesmos não serem atendidos.
- **Medida de Controle (medida preventiva):** Qualquer ação ou atividade que pode ser usada para prevenir, eliminar ou reduzir um perigo à saúde do consumidor. As medidas de controle se referem às fontes e os fatores que interferem com os perigos tais como: possibilidade de introdução, sobrevivência e/ou multiplicação de agentes biológicos e introdução e permanência de agentes físicos ou químicos no alimento.

338

- Monitorização (monitoração): Sequência planejada de observações ou mensurações devidamente registradas que permitem avaliar se um perigo está sob controle.
- Perigo: Contaminante de natureza biológica, química ou física do alimento que pode causar danos à saúde ou à integridade do consumidor. O conceito de perigo poderá ser mais abrangente para aplicação industrial ou governamental, considerando aspectos de qualidade, fraude econômica e deteriorações, dentre outros. c) Perigo em mandioca, substâncias tóxicas em cogumelos e outros m) Perigo significativo: Perigo de ocorrência possível e/ou com potencial para resultar em risco inaceitável à saúde do consumidor.
- n) Ponto de controle (PC): Os pontos ou etapas afetando a segurança, mas controlados prioritariamente por programas e procedimentos pré-requisitos (Boas Práticas de Fabricação, Procedimentos Operacionais Padronizados) o) Ponto crítico de controle (PCC): Qualquer ponto, etapa ou procedimento no qual se aplicam medidas de controle (preventivas) para manter um perigo significativo sob controle, com objetivo de eliminar, prevenir ou reduzir os riscos à saúde do consumidor.
- Registro: Documento específico para dados/ resultados/ leituras específicas.
- Risco: no contexto de segurança de alimentos, significa a função da probabilidade de ocorrência de um efeito adverso à saúde (por exemplo, ficar doente) e a severidade deste efeito (morte, hospitalização, ausência no trabalho etc.) quando há exposição a este perigo específico.
- Verificação: Uso de métodos, procedimentos ou testes para validar, auditar, inspecionar, calibrar, com a finalidade de assegurar que o Plano APPCC está em concordância com o Sistema APPCC e é cumprido operacionalmente e/ou necessita de modificação e revalidação.

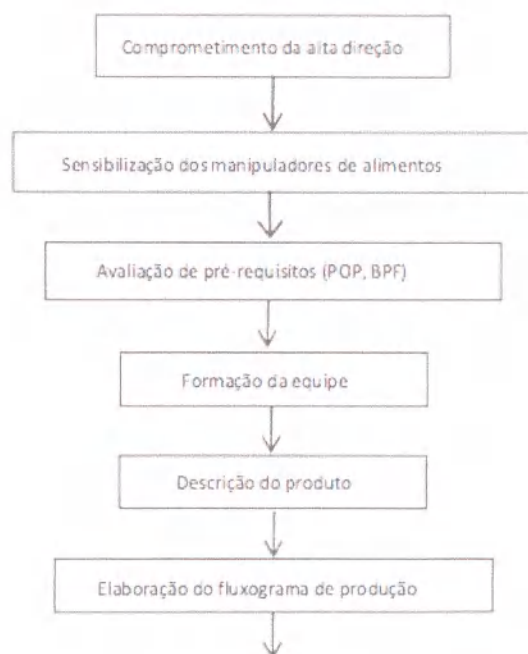



Figura 64 - SEQUÊNCIA DE AÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA APPCC - PARTE 1



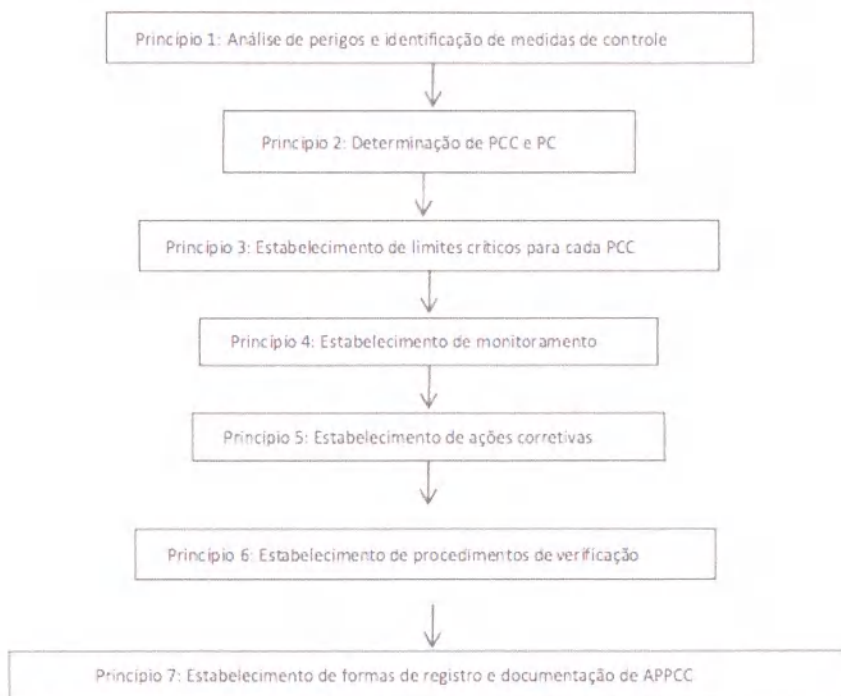


Figura 65 SEQUÊNCIA DE AÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA APPCC – PARTE 2

Apresentamos o fluxograma abaixo do Serviço de Nutrição e Dietética

000341

Fluxograma do serviço de nutrição e dietética

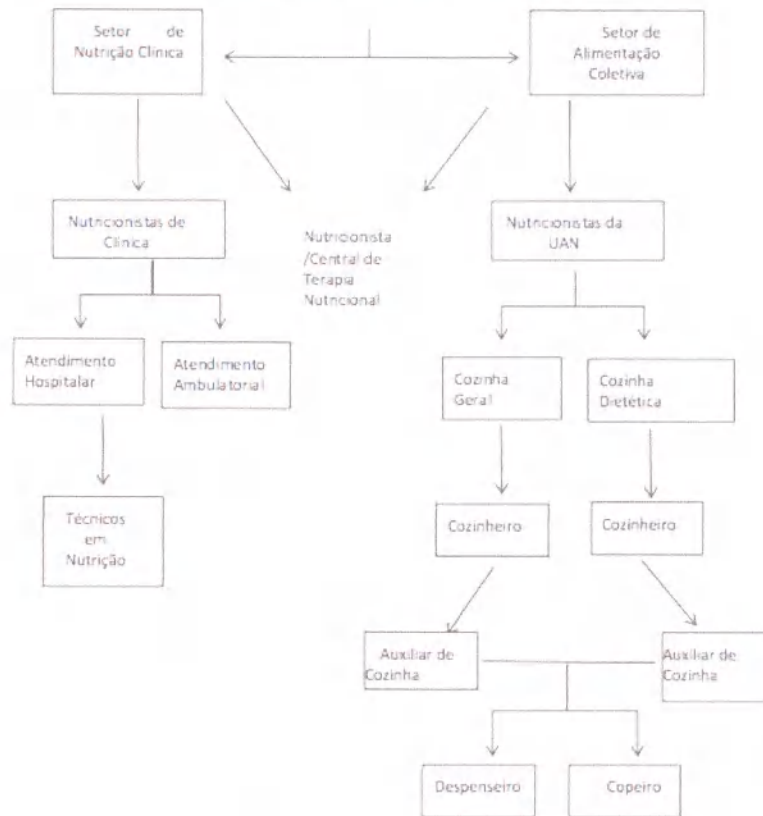


Figura 66 – FLUXOGRAMA DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

#### 4.3.2.7 Programa Nacional De Humanização Para A Gestão De Leitos

Para um hospital, a gestão de leitos é fundamental para controlar as internações e possibilitar dinamismo no atendimento. Esse é um fator que carece de previsibilidade, por isso os processos devem ser muito bem-organizados para que o atendimento se destaque, independente da demanda. Em geral, nas instituições de saúde, a gestão de leitos é um ponto crítico para o sucesso, seja do ponto de vista da eficiência do atendimento e da perspectiva financeira. Para isso, é preciso contar com um sistema que permita fazer o mapeamento de todos os processos para identificar gargalos no fluxo operacional. Isso porque a gestão de leitos envolve muitos fatores que devem ser monitorados constantemente.

Sem a correta gestão dessa etapa, se corre o risco de perder eficiência, o que impacta negativamente na qualidade do atendimento e na organização das informações, gerando mais custos.

341

000342

Ao ter maior controle das informações dos leitos, é possível organizar seu uso de forma mais eficiente. Assim, é possível otimizar a capacidade dos leitos, de forma que não seja necessário contar com unidades extras.

Diante do exposto segue proposta de para o desenvolvimento do Programa Nacional de Humanização.

A organização hospitalar, sabemos, é muito complexa, devido aos inúmeros processos assistenciais e administrativos trabalhando de forma simultânea.

Um dos processos críticos nos hospitais é o gerenciamento de leitos. Vários hospitais têm enfrentado dificuldades para gerir este processo.

A falta de leitos e a fragilidade no gerenciamento são uma realidade, trazendo assim insatisfação dos clientes e perda financeira quando um leito fica parado.

Com a intenção de não trabalhar com tantos imprevistos, os hospitais têm investido em uma gestão para planejar e acompanhar os processos relacionados à liberação dos leitos.

A implantação do gerenciamento de leitos traz diversos benefícios para a instituição de saúde, tais como: Aumento da taxa de ocupação, Melhor utilização da capacidade instalada, contribui para a satisfação do cliente médico e cliente paciente.

É essencial identificar claramente os processos que interagem na ocupação dos leitos, definir metas para acompanhar os resultados alcançados, mensurá-los, checá-los, agir sobre os resultados e propor melhorias.

Abaixo listamos alguns passos que podemos aplicar para implantação da gestão de leitos nas instituições de saúde, sempre avaliando o perfil da instituição e suas condições:

1. Definir sistemática para implantação da Gestão de Leitos. Consiste em criar critérios para liberação dos leitos das internações eletivas e não programadas, definição das prioridades, definir a equipe que será responsável pelo processo e quantidade de cirurgia liberada para agendamento eletivo.

2. Interfaces e Integração com as áreas. Algumas instituições optam em criar um setor para gerenciamento de leitos, outras incluem ao setor de internação e admissão; o mais importante é ter um dono para o processo, para ser a referência e dar diretrizes aos outros setores que tem interface direta com o gerenciamento de leitos.

Áreas envolvidas como enfermagem, manutenção, higienização, rouparia, tesouraria e corpo clínico são peças fundamentais de integração para o sucesso da implantação da gestão de leitos. Todos devem ter a consciência do seu papel, seu grau de importância e os impactos nas falhas de processo. Todos devem saber quanto custa um leito parado, seja por uma lâmpada estragada, falta de enxoval para compor, até mesmo como uma interdição de pequenas reformas.

3. Gerenciar os tempos. Antes de definir tempos para meta, deve medir os tempos atuais: – Tempo médio de internação, tempo de alta, tempo de liberação do leito para higienização, tempo médio higienização e composição do leito. Baseado nestes dados o gestor do processo terá um pré-diagnóstico, em sua grande maioria já saberá onde deverá atuar.

4. Sistema/Software. Ter um sistema para auxiliar a gestão de leitos tem como objetivos a redução do tempo de espera para internação, a eliminação de ocorrências de cancelamento de cirurgias por falta de leitos, possibilita a programação de manutenções preventivas e corretivas em apartamentos e a melhoria da qualidade de atendimento na central de reservas. Um sistema de gerenciamento de leitos possibilita a integração das equipes de Hotelaria, Enfermagem, Nutrição e Manutenção refletindo diretamente na qualidade do atendimento aos pacientes.

5. Indicadores. Definir indicadores para acompanhamento das rotinas e processos a fim de tomada de decisão. Alguns exemplos de indicadores utilizados: Tempo médio de higienização;

342

000343

Tempo médio para internação; Tempo médio de alta até a liberação do leito; Taxa de altas prescritas até 10 horas; Tempo médio de solução de solicitação de apartamentos. Indicadores devem ser mensurados para checar os resultados e avaliar futuras ações.

Estes são alguns exemplos de como podemos iniciar ou aprimorar o gerenciamento de leitos, favorecendo não somente a rotina da instituição de saúde, mas também o cliente.

Gerenciamento significa buscar a utilização dos leitos disponíveis em sua capacidade máxima, com segurança dentro dos critérios estabelecidos (técnicos, administrativos), com objetivo de otimizar o tempo de espera para internação e satisfação dos clientes internos e externos.

A gestão de leitos será de acordo com a Portaria nº 3.390/2013.

Gerenciar a taxa e a qualidade da ocupação do leito hospitalar significa buscar a máxima utilização possível, sem que isso represente risco para o paciente ou para a instituição. A prática reduz a espera para novas internações, sejam elas externas sejam oriundas das unidades fechadas ou da emergência, melhora a satisfação dos clientes e impacta positivamente a receita do hospital. O processo, que se inicia na alta e liberação do ambiente para a higiene, é repleto de pontos nevrálgicos na comunicação interna, sensibilização das equipes e agilidade da hotelaria e manutenção. As etapas que envolvem a liberação de um leito precisam ser detalhadas e entendidas em suas minúcias e necessidades. Com isso, também é possível mensurá-las, checá-las, para então, atuar sobre os indicadores, determinar metas e, conseqüentemente, planejar a utilização do leito.

#### Atividades do Gerenciamento de Leitos:

- Acompanhamento das internações e altas
- Gestão das transferências internas
- Planejamento de vagas para procedimentos de alta complexidade
- Acompanhamento diário da taxa de ocupação
- Controle do giro de leito
- Controle do tempo de espera para internação, para liberação do leito e para transferência de pacientes
- Análise dos cancelamentos de procedimentos por falta de vaga
- Planejamento e controle do processo de regulação de vagas

#### Fases para Implantação do Gerenciamento de Leitos

- Sensibilização das equipes envolvidas sobre manter a permanência do paciente dentro de critérios técnicos estabelecidos pela instituição;
- Sensibilização dos setores envolvidos no processo de liberação do leito.

#### Processo de Liberação/Ocupação de Leito

- Alta do paciente e liberação do leito para higiene;
- Higienização do leito e liberação para internação de novo paciente;
- Internação de pacientes de urgência.
- Sensibilização da equipe médica sobre a permanência do paciente dentro de critérios técnicos estabelecidos pela Instituição, bem como sobre sua atuação no processo de liberação do leito;

#### Resultados Esperados

- Aumentar a taxa de ocupação
- Agilizar transferência para as Unidades de Internação do Hospital e/ou outras Unidades Hospitalares da Retaguarda;

343



000344

- Alta Médica até as 11hs sempre que possível;
- Agilizar liberação do leito para internação de novo paciente;
- Desocupar leito com brevidade após a alta;
- Maior Assertividade das previsões de alta;
- Diminuir o tempo de espera das cirurgias dos pacientes internados;
- Internar pacientes para procedimentos eletivos o mais próximo possível do dia e hora do procedimento;

#### 4.4 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

##### 4.4.1 Experiência Mínima Anterior em Gestão Em Serviços De Saúde

Toda a documentação relacionada a **comprovação da experiência em gestão de serviços de saúde pública em unidade hospitalar** está apresentada no ANEXO IV.

Toda a documentação relacionada a **comprovação da experiência do Corpo Clínico em gestão de serviços de saúde pública em unidade hospitalar de média e alta complexidade** está apresentada no ANEXO V.

Toda a documentação relacionada a **comprovação no Registro de Conselho Regional de Medicina do Estado do Amapá** está apresentada no APÊNDICE VI.

Comproverantes de **qualificação e certificação de especialização na área de gestão hospitalar**, dos membros de nível de direção e gerenciamento APENDICE VII

##### 4.4.2 Estrutura Diretiva da Unidade de Clínica Médica e Cirúrgica do Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz

A seguir será apresentado o organograma proposto para a Unidade de Clínica Médica e Cirúrgica do Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz e em seguida as competências de cada membro da estrutura diretiva proposta estão descritas no regimento apresentado.

344





000345

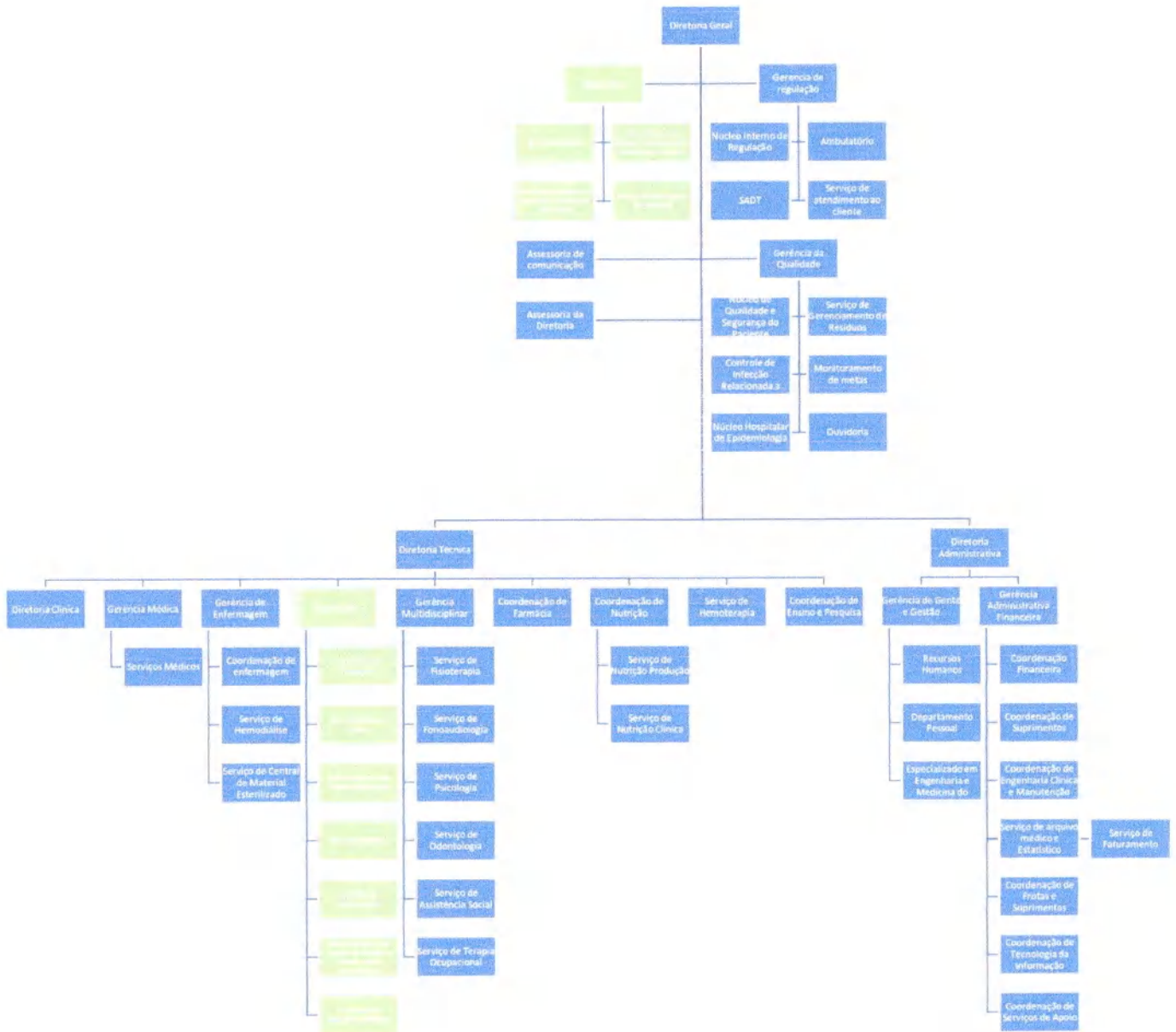


Figura 67 - Organograma proposto

000346

## DIRETORIA GERAL

À Diretoria Geral compete:

- I. Coordenar, acompanhar e conduzir as diretrizes e objetivos da política de saúde preconizada para a unidade;
- II. Coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas através da Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa e Financeira, Gerências e Coordenações objetivando a eficiência e a eficácia da organização;
- III. Coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas pelas Comissões Permanentes.
- IV. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- V. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VI. Promover articulação com órgãos afins para o desenvolvimento de programas, convênios e parcerias da Instituição hospitalar;
- VII. Garantir a execução e o cumprimento dos contratos firmados;
- VIII. *Fornecer todas e quaisquer informações requeridas pela direção da administradora geral;*
- X. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Relacionado a Assistência à Saúde.

## Assessoria da diretoria

Assessoria da diretoria compete:

- I. Organizar os protocolos e expedientes das Diretorias da unidade;
- II. Estabelecer uma rotina diária de trabalho;
- III. Confeccionar/ redigir documentos oficiais;
- IV. Preparar e secretariar reuniões;
- V. Recepcionar visitantes e manter contatos de interesse da unidade;
- VI. Coordenar a agenda profissional dos diretores, de acordo com a orientação do mesmo;
- VII. Centralizar o recebimento de toda a correspondência física e eletrônica da Diretoria, bem como controlar, encaminhar e arquivar, conforme sua deliberação, informando à *Administradora Geral dos assuntos pertinentes;*
- VIII. Assessorar os diretores no desempenho de suas atribuições, gerenciando informações,
- IX. Supervisionar as equipes de trabalho gerenciadas pelos diretores, assegurando o cumprimento das atividades delegadas;
- X. Atender sempre que solicitado à Administradora Geral e os Diretores da unidade, nos assuntos afins ao setor, bem como representá-los quando solicitado em eventos, visitas e reuniões.

## Assessoria de Comunicação

À Assessoria de Comunicação compete:

- I. Planejar as ações e veículos de imprensa que fizer cobertura jornalística na região;

346



000347

II. Levantar as atividades, projetos, ações e serviços no intuito de produzir releases para enviar aos veículos locais de comunicação;

III. Agendar e acompanhar as entrevistas coletivas;

IV. Contato permanente com a mídia, sugerindo pautas e fazendo esclarecimentos necessários para eficiência da matéria jornalística publicada;

V. Desenvolver peças, folder, flayers de comunicação;

Parágrafo Único - A Assessoria de Comunicação deve estar sob a responsabilidade técnica de um profissional que deve possuir formação em Comunicação Social, Jornalismo, Relações Públicas, Publicidade e Propaganda, Rádio e TV ou formação correlata.

### Gerência da Qualidade

A Gerência da Qualidade compete:

I. Verificar instrumentos normativos (formulários, Instruções de Trabalho, Manuais e Protocolos) no que diz respeito a aspectos técnicos da prática assistencial;

II. Fornecer subsídios técnicos na avaliação de questões da Gestão da Qualidade relativas a temas técnicos de saúde;

III. Zelar pelo cumprimento dos instrumentos normativos do setor;

IV. Cumprir com o Plano de Ação Setorial junto à sua equipe;

V. Auxiliar e acompanhar na adesão dos protocolos;

VI. Respeitar e conhecer os instrumentos normativos do setor como instruções de trabalho, contrato de interação de processos, políticas da unidade e outros que venham ser determinados;

VII. Participar de comissões da unidade indicados pela diretoria da área ou por meio de eleição.

VIII. Gerenciar os serviços de Auditoria interna e externa; Núcleo de qualidade e segurança do paciente; Serviço de Gerenciamento de Resíduos; Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde; Serviço de Monitoramento e Metas; Núcleo Hospitalar de Epidemiologia e Ouvidoria.

### Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

Ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente compete:

I. Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

III. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidade nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos insumos propondo ações preventivas e corretivas;

IV. Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviço de Saúde;

V. Implantar os protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores

VI. Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

347



000348

- VII. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e na qualidade em serviços de saúde;
- VIII. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- IX. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

### **Serviço de Gerenciamento de resíduos**

Ao Serviço de Gerenciamento de Resíduos em Serviço de Saúde compete:

- I. Definir e coordenar as políticas e diretrizes de gestão de resíduos da unidade;
- II. Controlar os resíduos dos serviços de saúde, visando prevenir e reduzir riscos à saúde e ao meio ambiente;
- III. Gerenciar os resíduos do serviço de saúde, para o correto manejo e descarte dos resíduos gerados na unidade;
- IV. Elaborar, implantar e desenvolver o Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (PGRSS), estabelecendo as diretrizes de manejo dos Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde - RSS, a ser submetido à aprovação dos órgãos de meio ambiente dentro de suas respectivas esferas de competência;
- V. Gerenciar os RSS, planejando e implementando, a partir de bases científicas e técnicas, normas, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente;
- VI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- VII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- VIII. Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;

### **Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde**

Ao Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde compete:

- I. Estudar e avaliar, permanentemente, as taxas de infecção da unidade;
- II. Sugerir medidas para controle e diminuição de infecção da unidade;
- III. Auxiliar a Diretoria Geral no estudo, programação, avaliação e supervisão, assim como na coordenação de atividades relacionadas com o controle e/ou combate à infecção da unidade;
- IV. Verificar, do ponto de vista preventivo, os ambientes e as condições de trabalho na unidade;

348



000340

V. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o controle da infecção da unidade, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

VI. Notificar a Vigilância Sanitária acerca das infecções relacionadas a assistência, bem como os possíveis surtos previstos em legislação;

VII. Manter a comunicação direta com o Serviço de Laboratório, no intuito de obter informações pertinentes ao serviço;

VIII. Participar da Comissão de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde.

### **Monitoramento e Metas**

Ao Monitoramento e Metas compete:

I. Prestar assessoria a Diretoria Geral nos aspectos relacionados com as atividades de monitoramento, controle e avaliação em saúde;

II. Monitorar, controlar e avaliar os indicadores de desempenho bem como a transmissão desses à administradora geral da unidade;

III. Monitorar, controlar e avaliar as planilhas e/ou sistema de gestão da unidade referente as metas quantitativas e qualitativas.

IV. Emissão e fiscalização dos relatórios qualitativos e quantitativos preconizados no contrato de gestão.

V. Monitoramento do contrato de Gestão.

### **Núcleo Hospitalar de Epidemiologia**

Ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia compete:

I. Estudar e avaliar, permanentemente, as doenças e agravos de notificação compulsória;

II. Auxiliar a Diretoria Geral no estudo, programação, avaliação e supervisão, assim como na coordenação de atividades relacionadas com comunicação de doenças e agravos de notificação compulsória;

III. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a epidemiologia hospitalar, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

IV. Notificar a Vigilância Sanitária acerca das doenças e agravos de notificação compulsória;

V. Manter a comunicação direta com o Serviço de Laboratório, no intuito de obter informações pertinentes ao serviço;

VI. Participar da Comissão de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde.

### **Ouvidoria**

Ao Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria compete:

I. Viabilizar os direitos dos cidadãos de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no Sistema Único de Saúde - SUS;

II. Intermediar as relações entre os cidadãos e os gestores da unidade, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a formação de laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania;

349



000350

III. Garantir que os cidadãos tenham sua demanda efetivamente considerada e tratada, à luz dos seus direitos constitucionais e legais;

IV. Desenvolver medidas que favoreçam a participação e o controle social;

V. Coletar, sistematizar e divulgar as informações, inclusive através de relatórios, que contribuam para o monitoramento e aperfeiçoamento das questões administrativas institucionais;

VI. Elaborar relatórios gerenciais à direção da unidade, a fim de dar luz aos problemas apontados, bem como acompanhar as ações de resolução dos mesmos.

### Gerência de Regulação

À Gerência de Regulação compete:

I. Gerenciar o Núcleo Interno de Regulação frente a regulação de leitos e/ou exames com a Central de Regulação;

II. Gerenciar o Serviço de Ambulatório, disponibilizando vagas de primeira consulta, interconsulta e retorno;

III. Gerenciar o Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica tanto internamente como externamente;

IV. Gerenciar o Serviço de Atendimento ao Cliente e Telefonia;

Ao Núcleo Interno de Regulação compete:

À Coordenação de Núcleo Interno de Regulação compete:

I. Constitui a interface com as Centrais de Regulações do Estado para delinear/informar o perfil de complexidade da assistência da unidade, dentro do âmbito do SUS e disponibilizar leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora da unidade para os pacientes internados, quando necessário;

II. Fortalecer o processo de regulação assistencial atuando como interface entre a Central de Regulação de Leitos;

III. Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar e fornecer diariamente a situação dos leitos hospitalares sob regulação para a Central de Regulação de Leitos, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;

IV. Atuar em consonância com os serviços ofertados pela unidade em observância de sua complexidade, perfil epidemiológico e referência;

V. Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição.

### Serviço de Ambulatório

Ao Serviço de Ambulatório compete:

I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;

II. Prestar assistência aos pacientes clínicos e cirúrgicos, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;

III. Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;

350

000351

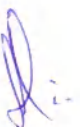
- IV. Atender os pacientes para marcação de consultas e encaminhá-los ao Serviço Assistencial necessário;
- V. Orientar os pacientes que retornam ao Ambulatório após procedimentos cirúrgicos;
- VI. Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia;
- VII. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso *unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância* ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- VIII. Solicitar condutas junto ao Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde com relação aos pacientes com infecção da unidade;
- IX. Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- X. Requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
- XI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XII. Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;
- XIII. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XIV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- XV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVI. Elaborar *manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.*
- XVII. Controlar, avaliar o desenvolvimento das atividades dos serviços, visando a melhor qualidade dos exames de diagnóstico por imagem realizados;

#### 6.1.4.3. Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica – SADT

Ao Serviço de Atendimento, Diagnóstico e Terapêutico compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;
- II. Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
- III. 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 Hospitalar de Epidemiologia;
- IV. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso *unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância* ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- V. Solicitar condutas junto ao Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde com relação aos pacientes com infecção da unidade;
- VI. Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

351



000352

- VII. Requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
- VIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- IX. Colaborar na humanização do atendimento do SADT
- X. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XI. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XII. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- 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. Controlar, avaliar o desenvolvimento das atividades dos serviços, visando a melhor qualidade dos exames de diagnóstico por imagem realizados;
- XVI. Observar rigorosamente as normas de proteção contra as radiações;
- XVII. Integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos;
- XVIII. Estabelecer sistema de plantão nas 24 (vinte e quatro) horas para realização de exames de urgência do Serviço de Pronto Socorro e de pacientes internados;
- XIX. Requisitar e controlar os produtos necessários ao setor;
- XX. Estudar a padronização da apresentação dos laudos;
- XXI. Levantar, mensalmente as informações gerenciais solicitadas pela administração da unidade
- XXII. Manter sempre em dia os alvarás de funcionamento.

#### **Serviço de Atendimento ao Cliente e Telefonia**

Ao Serviço de Atendimento ao Cliente e telefonia compete:

- I. executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo serviço;
- II. fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. atender toda demanda telefônica dando informações precisas e encaminhando aos setores afins à resolução do problema apresentado;
- IV. estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- V. colaborar na humanização do atendimento da unidade;
- VI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

#### **DIRETORIA TÉCNICA**

À Diretoria Técnica compete:

- I. Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Geral da unidade;

352





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

III. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas pela equipe técnica assistencial;

- Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões:
- Comissão de Residência Médica,
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários,
- Comissão de Verificação de Óbito,
- Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional, Comissão de Farmácia e Terapêutica,
- Comissão de Ética Médica,
- Comissão de Ética de Enfermagem, Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes,
- Comissão de Humanização,
- Comissão de Padronização de Materiais,
- Medicamentos e Equipamentos.

V. Certificar a regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, quando necessário;

VI. Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional do corpo clínico;

VII. Coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;

VIII. Estabelecer, junto às Gerentes e Coordenadores, critérios para o ingresso de profissionais de saúde, voluntários, nos serviços da unidade que venham contribuir para a melhoria da assistência, ensino e pesquisa;

IX. Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares nas Unidades, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;

X. Estimular a prática profissional interdisciplinar da unidade;

XI. Colaborar na humanização do atendimento da unidade;

XII. Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

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

XIV. Fazer reuniões, caso necessário, com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

XV. Manter contato com a Direção Geral da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;

XVI. Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina, Conselho Federal e Regional de Nutrição; Conselho Federal e Regional de Farmácia, Conselho Federal e Regional de Serviço Social, Conselho Federal e Regional de Psicologia, Conselho Federal e Regional de Enfermagem, Conselho Federal e Regional de Odontologia, Conselho Federal e Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e Conselho Federal e Regional de Fonoaudiologia.

## DIRETORIA CLÍNICA

000354

Ao Diretor Clínico Médico compete:

- I. Assegurar que todo paciente em regime de internação seja atendido pelo médico assistente;
- II. Exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes no prontuário;
- III. Exigir aos médicos a anotação no prontuário das suas intervenções com as respectivas evoluções quando atender um paciente na Instituição;
- IV. Supervisionar as atividades de assistência médica;
- V. Exigir da Direção Técnica condições de trabalho;
- VI. Assegurar acadêmicos e residentes, condições de exercer suas atividades com os melhores meios de aprendizagem;
- VII. Organizar os prontuários dos pacientes;
- VIII. Disponibilizar livro ou meio digital para registro de ocorrências aos médicos plantonistas;

Vale ressaltar que o Diretor Clínico Médico deverá ser eleito pelo Corpo Clínico da Instituição, será responsável pela assistência médica, coordenação e supervisão dos médicos da Instituição. Sua formação deverá ser obrigatoriamente em Medicina, em Escola reconhecida.

#### **Gerência Médica**

A Gerência Médica compete:

- I. Gerenciar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na unidade;
- II. Gerenciar a emissão pareceres de urgência e especialistas nas unidades;
- III. Gerenciar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- V. Manter contato com a Diretoria Técnica da unidade, objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;
- VI. Zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- VII. Decidir sobre a alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para a Unidade;
- VIII. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- IX. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- X. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XIII. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;

354



- XIV. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- XV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

### Serviços Médicos

Aos Serviços Médicos compete:

- I. Elaborar o Projeto Terapêutico Singular do paciente em até 24 horas após sua admissão;
- II. Elaborar diariamente o Plano Terapêutico Singular, através da visita multidisciplinar diária, com metas e objetivos factíveis;
- III. Desenvolver os cuidados aos pacientes, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na unidade;
- IV. Emitir pareceres de urgência e especialistas nas unidades;
- V. Realizar os procedimentos de acordo com a sua especialidade e característica, prezando a qualidade e segurança do paciente;
- VI. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- VII. Manter contato com a Gerência Médica da unidade, objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;
- VIII. Decidir sobre a alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para a Unidade;
- IX. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- X. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- XI. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XII. Estimular a prática profissional transdisciplinar na unidade;
- XIII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XIV. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XV. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- XVI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;
- XVIII. Participar das reuniões de comissões e treinamentos;
- XIX. Garantir que as Notificações de doenças e agravos epidemiológicos sejam feitas e encaminhadas ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia;
- XX. Cumprir e zelar com os protocolos de Segurança do Paciente, bem como estimular as notificações para o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;



000356

XXI. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso da unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente;

XXII. Cumprir e zelar que todas as normativas de Controle de Infecção Hospitalar sejam cumpridas;

### Gerência de Enfermagem

À Gerência de Enfermagem compete:

- I. Coordenar a equipe de trabalho nas unidades;
- II. Estimular a participação, a autonomia e corresponsabilização pela gestão;
- III. Fazer a escala mensal da equipe de enfermagem de forma participativa;
- IV. Manter atualizado o mapa de férias, licenças, folgas da equipe de enfermagem e procurar meios para cobertura nos períodos nobres do ano;
- V. Assinar e avaliar as folhas de frequência, levantar o absenteísmo com o perfil dos motivos dos enfermeiros e técnicos de Enfermagem;
- VI. Autorizar mudanças na escala de trabalho e assinar documento de alteração de horário;
- VII. Avaliar e remanejar pessoal de acordo com a necessidade da assistência;
- VIII. Fazer reuniões com o "Grupo assistencial" pelo menos uma vez por mês;
- IX. Atuar junto aos enfermeiros, técnicos e auxiliares da área assistencial, identificando as necessidades de educação permanente;
- X. Treinar, orientar e acompanhar os trabalhos dos técnicos administrativos vinculados ao serviço de enfermagem;
- XI. Garantir o adequado funcionamento dos setores de enfermagem, através do controle dos processos, visando à qualidade e humanização no atendimento;
- XII. Implantar Protocolos Assistenciais, fluxogramas e normas e rotinas;
- XIII. Coordenar os trabalhos de levantamento estatístico de dados para elaboração dos indicadores de estrutura, processos e resultados.
- XIV. Avaliar a "Escala de Atividades" das equipes das unidades vinculadas.
- XV. Avaliar e encaminhar os problemas relacionados à equipe de limpeza nos setores.
- XVI. Levantar e propor temas para o "Plano de educação permanente" para a equipe;
- XVII. Colaborar com área de Recursos Humanos no recrutamento, treinamento e avaliação dos trabalhadores da enfermagem;
- XVIII. Desenvolver ações que promovam a qualidade do processo de enfermagem nas unidades;
- XIX. Manter relações com os setores de compras, banco de sangue, almoxarifado, farmácia, nutrição, RX, laboratório, Serviço de Anatomia Patológica, Faturamento, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e outros;
- XX. Elaborar o relatório mensal da produtividade do serviço;
- XXI. Elaborar de parecer técnico referente ao processo de padronização, distribuição, instalação e utilização de materiais, quando necessário;
- XXII. Desenvolver ações que promovam a integração ensino-serviço;

356



000337

- XXIII. Preparar a equipe de enfermagem e de apoio (secretários) para acolhimento de pacientes;
- XXIV. Levantar e avaliar os projetos de pesquisas;
- XXV. Manter-se atualizado no campo administrativo e da sua especialidade.
- XXVI. Manter-se atualizado no campo das mudanças legais referentes ao COFEN-COREN, Ministério da Saúde, Anvisa e outras esferas importantes para a condução da gestão.
- XXVII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento e normas da instituição e as específicas do setor;
- XXVIII. Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética em enfermagem e a Lei do Exercício Profissional.
- XXIX. Executar outras tarefas correlatas à área.

### Coordenação de Enfermagem

À Coordenação de Enfermagem compete:

- I. Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes que apresentem instabilidade grave ou alto risco de instabilidade em um sistema fisiológico principal, visando ao melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na unidade;
- II. Decidir sobre a admissão e alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para a Unidade;
- III. Garantir que a Sistematização de Assistência de Enfermagem seja realizada diariamente para cada paciente;
- IV. Garantir que as Notificações de doenças e agravos epidemiológicos sejam feitas e encaminhadas ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia;
- V. Cumprir e zelar com os protocolos de Segurança do Paciente, bem como estimular as notificações para o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- VI. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolve Infecção na unidade dos produtos de sua unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente;
- VII. Cumprir e zelar que todas as normativas de Controle de Infecção na unidade sejam cumpridas;
- VIII. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- IX. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- X. Manter contato com a Gerência de Enfermagem da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;
- XI. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- XII. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XIV. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XV. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;

357



000338

- XVI. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- XVII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVIII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

#### **Serviço de Hemodiálise**

Ao Serviço de Hemodiálise compete:

- I. Cobertura de médico nefrologista com visita diária para avaliação e prescrição dos pacientes em avaliação;
- II. Plantão sobre aviso de 24 (vinte e quatro) horas diárias, todos os dias da semana;
- III. Respostas de pareceres urgentes em até 2 (duas) horas, após o chamado por telefone, e constatado a emergência/urgência, será respondido o parecer em até 24 (vinte e quatro) horas durante a rotina diária de visita;
- IV. Passagem de cateter de hemodiálise;
- V. Todo material e medicamento necessário para a passagem do cateter de hemodiálise, com exceção dos instrumentos para realização de cirurgia;
- VI. Sessão de hemodiálise;
- VII. Material e medicamentos necessários para realização da sessão de hemodiálise;
- VIII. Disponibilização de técnico de enfermagem 24 (vinte e quatro) horas por dia para realização de hemodiálise sob supervisão de enfermeira responsável técnica pelo serviço presencial ou a distância, devendo essa realizar visitas diárias;
- IX. Fornecimento de máquinas de hemodiálise;
- X. Realização das sessões de hemodiálise prescrita pelo médico assistente em até 24 (vinte e quatro) horas e, em casos de emergência, em até 06 (seis) horas;
- XI. Fornecer equipamento de osmose reversa portátil para realização de sessão de hemodiálise;
- XII. Realizar a manutenção dos equipamentos fornecidos;
- XIII. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente;
- XIV. Realizar os testes biológicos, emitir pareceres e encaminhá-los mensalmente à Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde;
- XV. Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- XVI. Colaborar na humanização do atendimento da unidade;
- XVII. Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
- XVIII. Manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa do serviço;
- XIX. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

358



000359

- XX. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- XXI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

### **Serviço de Central de Material Esterilizado**

Ao Serviço de Central de Material Esterilizado compete:

- I. Fornecer todos os insumos nas quantidades e especificações necessárias da unidade, bem como sua higienização, limpeza, desinfecção, e esterilização dos materiais necessários, conforme RDC nº. 15;
- II. Fornecer insumos, manutenção, qualificação dos equipamentos, mão de obra especializada de acordo com a necessidade da unidade, garantindo a execução dos processos diários dentro das 24 (vinte e quatro) horas diárias;
- III. Gerenciar todo o material, insumo e equipamento, sendo este a obrigatoriedade de reposição das peças quando necessário atendendo as especificações técnicas de qualidade exigidas pela unidade;
- IV. Rastrear todo material disponibilizado nas atividades dentro da unidade, justificando a perda e/ou quebra do material;
- V. Realizar junto com a unidade a avaliação e definição de tratativas quando necessário;
- VI. Identificar todo material fornecido para garantir a rastreabilidade;
- VII. Preparar o instrumental para as cirurgias de acordo com a programação cirúrgica;
- VIII. Proceder ao controle de entrada e saída de material;
- IX. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso da unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente;
- X. Realizar os testes biológicos, emitir pareceres e encaminhá-los mensalmente à Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde;
- XI. Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- XII. Colaborar na humanização do atendimento da unidade;
- XIII. Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
- XIV. Manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa do serviço;
- XV. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XVI. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- XVII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

### **Gerência Multidisciplinar**

À Gerência Multidisciplinar compete:

- I. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes da unidade, visando um melhor nível de assistência;

359



- 006300
- II. Gerenciar a assistência em saúde nas áreas de fisioterapia, terapia ocupacional, assistência social, psicologia, fonoaudiologia e odontologia aos pacientes da unidade, para efeito de diagnóstico, tratamento e seguimento após alta;
  - III. Garantir que os registro diário dos serviços prestados foram executados;
  - IV. Organizar e normatizar o atendimento dos pacientes;
  - V. Garantir o preenchimento adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
  - VI. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
  - VII. Gerenciar e supervisionar todas as atividades da equipe multiprofissional, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;
  - 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 na unidade;
  - IX. Colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde; desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
  - X. Defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais na unidade, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;
  - XI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do material utilizado;
  - XII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
  - XIII. Garantir que as Notificações de doenças e agravos epidemiológicos sejam feitas e encaminhadas ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia;
  - XIV. Cumprir e zelar com os protocolos de Segurança do Paciente, bem como estimular as notificações para o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
  - XV. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos da unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente;
  - XVI. Cumprir e zelar que todas as normativas de Controle de Infecção na unidade sejam cumpridas;

### Serviço de Fisioterapia

Ao Serviço de fisioterapia compete:

- I. Prestar assistência fisioterápica aos pacientes da unidade;
- II. Zelar para que as visitas fisioterápicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- V. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;





000361

VI. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências.

### **Serviço Terapia Ocupacional**

Ao Serviço de Terapia Ocupacional compete:

- I. Prestar assistência de terapia ocupacional aos pacientes da unidade;
- II. Habilitar ou reabilitar o indivíduo para desempenhar, de forma satisfatória, suas atividades de vida diária.
- III. Zelar para que as visitas de terapia ocupacional ocorram diariamente;
- IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- V. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- VI. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VII. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências.

### **Serviço de Assistência Social**

Ao Serviço de Assistência Social compete:

- I. Escutar, acolher e apoiar o paciente e familiar em situações advindas do processo adoecimento;
- II. Emitir parecer social de acordo com a pertinência;
- III. Realizar estudo socioeconômico e cultural do paciente/familiar, para definir estratégia de intervenção;
- IV. Esclarecer e interpretar o paciente/familiar normas e rotinas institucionais;
- V. Identificar e encaminhar os processos relacionados ao abandono do tratamento médico;
- VI. Orientar e encaminhar o paciente/familiar à rede socioassistencial com objetivo de viabilizar Direitos Sociais;
- VII. Orientar o paciente/familiar sobre direitos e legislações; previdenciário, trabalhista e assistencial;
- VIII. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IX. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- X. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XI. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências.

### **Serviço de Assistência Psicológica**

Ao Serviço de Assistência Psicológica compete:

361



000362

- I. Prestar assistência psicológica aos pacientes internados, bem como aos seus familiares, por meio de ações e diagnósticos, terapêuticas de informação, orientação e controle, interferindo nos desajustes emocionais provenientes do processo de adoecer e da hospitalização, através de proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde mental;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- IV. *Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;*
- V. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências.

### **Serviço de Fonoaudiologia**

Ao Serviço de Fonoaudiologia compete:

- I. Prestar assistência fonoaudiológica aos pacientes da unidade;
- II. Zelar para que as visitas fonoaudiológicas sejam feitas aos pacientes hospitalizados;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- V. *Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;*
- VI. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências.

### **Serviço de Assistência Odontológica**

Ao Serviço de Assistência Odontológica compete:

- I. Prestar assistência odontológica aos pacientes da unidade;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- IV. *Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;*
- V. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências;
- VI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

### **Coordenação de Nutrição**

À Coordenação de Nutrição compete:

- I. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar todas as atividades técnicas e administrativas da área de nutrição da unidade;

362



- II. Realizar o planejamento administrativo da Coordenação de Nutrição, coordenando, controlando e avaliando o sistema produtivo dos insumos, visando proporcionar aos comensais uma adequada assistência nutricional, embasada em fundamentos técnico-científicos;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;
- IV. Coordenar e supervisionar todas as atividades de nutrição, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;
- V. Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- VI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- VII. Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial e hospitalar;
- VIII. Promover a interação da equipe de psicologia e assistência social com os demais profissionais da unidade;
- IX. Colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área de psicologia e assistência social;
- X. Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- XI. Defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais na unidade, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;
- XII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

#### **Serviço de Nutrição Clínica**

Ao Serviço de Nutrição Clínica compete:

- I. Prestar assistência nutricional aos pacientes da unidade;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Incentivar os pacientes e funcionários para a formação de hábitos alimentares saudáveis, promovendo educação alimentar aos mesmos;
- IV. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- V. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- VI. Participar de atividades científicas, elaboração e condução de projetos de pesquisa;
- VII. Manter contato com o Serviço de Nutrição de Produção e a Coordenação de Nutrição, objetivando a eficácia administrativa do serviço;
- VIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

#### **Serviço de Nutrição Produção**

Ao Serviço de Nutrição de Produção compete:

- I. Planejar e supervisionar a execução e a distribuição de cardápios para funcionários e acompanhantes e de dietas para pacientes;



000364

- II. Providenciar o abastecimento do setor dos insumos necessários à produção das refeições;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;
- IV. Supervisionar a higienização das áreas de estocagem e produção de refeições para garantir a qualidade das mesmas;
- V. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- VI. Participar de atividades científicas – elaboração e condução de projetos de pesquisa;
- VII. Manter contato com o serviço de nutrição clínica e a coordenação de nutrição;
- VIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

#### 6.2.7. Coordenação de Farmácia

##### À Coordenação de Farmácia Compete:

- I. Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas;
- II. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área farmacêutica, visando à melhoria de assistência ao paciente;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. Manter central de abastecimento farmacêutico e executar as atribuições e tarefas inerentes ao controle físico e contábil necessários à prestação de conta da unidade;
- V. Elaborar pedidos de compras de medicamentos de acordo com a política administrativa do IBGH;
- VI. Receber, armazenar, distribuir e controlar medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos de laboratório;
- VII. Controlar, de acordo com a legislação vigente, medicamentos que podem levar à dependência física e ou psíquica ou que provoquem efeitos colaterais importantes;
- VIII. Emitir pareceres técnico-científicos, quando solicitado, sobre medicamentos e outros produtos farmacêuticos;
- IX. Elaborar avaliações farmacoeconômicas e gerenciar programas de farmacovigilância e centro de informação de medicamentos;
- X. Desenvolver atividades de Farmácia Clínica / Atenção Farmacêutica;
- XI. Manipular e preparar soluções desinfetantes e antissépticas distribuindo-as na diluição de uso para todas as unidades;
- XII. Controlar a qualidade da matéria-prima e do material de envase adquiridos, bem como dos produtos manipulados na unidade;
- XIII. Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;
- XIV. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XV. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XVI. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XVII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

364



- XVIII. Estabelecer um sistema racional de distribuição de medicamentos para assegurar a assistência ao paciente no horário adequado e dose prescrita;
- XIX. *Analisar os esquemas terapêuticos, informando ao médico assistente quaisquer problemas sobre dosagens excessivas, bem como controlar a preparação das doses prescritas, sem margens de erros na dispensação;*
- XX. Controlar os estoques e a conservação adequada dos medicamentos nas unidades;
- XXI. *Conhecer a realidade dos setores de internação, mantendo um bom relacionamento com a equipe multidisciplinar, fornecendo informações necessárias para garantir o uso adequado dos medicamentos;*
- XXII. Participar da elaboração da política de uso racional dos medicamentos, visando a melhoria e garantir a qualidade da farmacoterapia;
- XXIII. Preparar, aditivar e controlar a qualidade das soluções de nutrição parenteral;
- XXIV. Fracionar formas sólidas e líquidas para uso oral e/ou parenteral necessárias à pediatria e pacientes especiais;
- XXV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

#### **Coordenação de Ensino e Pesquisa**

À Coordenação de Ensino e Pesquisa compete:

- I. Receber as solicitações das instituições de ensino e encaminhá-las para apreciação;
- II. Manter atualizados os dados dos alunos das Instituições de Ensino Superior e Médio e a escala dos cursos de saúde, especificando os serviços onde cada estágio se realiza; se aplicável;
- III. Manter atualizado o cadastro dos estágios extracurriculares, especificando os serviços onde cada estágio se realiza;
- IV. Confeccionar o termo de cooperação mútua, estabelecendo as obrigações entre as partes condições de estágio;
- V. Promover um ambiente integrado e colaborativo entre a atenção à saúde, o ensino e a pesquisa;
- VI. Propor e coordenar mecanismos de comunicação e diálogo permanente com a 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;
- VII. Propor e implementar mecanismos de comunicação sobre o papel estratégico da unidade na formação profissional, produção do conhecimento, desenvolvimento tecnológico e inovação;
- VIII. Coordenar, no âmbito de sua atuação, o planejamento das ações e atividades de forma integrada às demais instâncias de gestão da unidade;
- IX. Coordenar e assegurar a implantação de mecanismos de organização e monitoramento das informações referentes ao ensino e pesquisa;
- X. Instituir mecanismos de avaliação da gestão do ensino e da pesquisa no âmbito da unidade;
- XI. Coordenar a implementação de ações de capacitação necessárias ao aprimoramento e suporte à gestão e desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa;



000366

- XII. Coordenar, em parceria com as universidades, a observância às normativas e diretrizes legais referentes aos programas de residências em saúde;
- XIII. Coordenar o desenvolvimento de ações que assegurem as atividades de preceptoria no âmbito da unidade;
- XIV. Propor, avaliar e participar do desenvolvimento de atividades de ensino e treinamento cooperando com Serviço de Educação Permanente da unidade, promovendo conhecimento, aperfeiçoamento e a interação entre os colaboradores e as universidades;
- XV. Contribuir na formulação de parâmetros e requisitos específicos ao componente ensino e pesquisa no âmbito de acordos, contratos e convênios e monitorar sua implementação;
- XVI. Promover e apoiar a realização de eventos científicos e de incentivo ao ensino e pesquisa;
- XVII. Coordenar a elaboração de documentos e relatórios técnicos afins;
- XVIII. Coordenar as atividades dos residentes.

### Serviço de Banco de Sangue

Ao Serviço de Banco de Sangue compete:

- I. Realiza estudos pré-transfusionais e realiza transfusões, abastecido por um serviço de maior complexidade, mediante um contrato de fornecimento, de acordo com o estabelecido pelo Regulamento Técnico de Medicina Transfusional;
- II. Realizar transfusões, com exames imunohematológicos do receptor, prova de compatibilidade e avaliação clínica do paciente conforme Regulamento Técnico de Medicina Transfusional;
- III. Gerir contrato de fornecimento de sangue e hemocomponentes com serviço de maior complexidade;
- IV. Responsabilizar-se pelo ato transfusional de sangue e hemocomponentes homólogos e autólogos, devendo constatar periodicamente que os produtos recebidos de outro Serviço de Hemoterapia cumprem com as normas em vigência para as boas práticas transfusionais e para a prevenção das enfermidades transmissíveis por sangue;
- V. Realizar controle de qualidade interno;
- VI. Participar de programa de Controle Externo da Qualidade em Imuno-hematologia;
- VII. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- IX. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- X. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- XI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

Parágrafo Único: O Responsável Técnico do Banco Sangue deverá ser obrigatoriamente médico, graduado em Escola reconhecida, com especialização em Hematologia, comprovada.

366



000367

**DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA**

À Diretoria Administrativa e Financeira compete:

- I. Cumprir e fazer cumprir o regimento da unidade e as determinações da Administradora Geral da unidade;
- II. Executar as políticas sociais, de recursos humanos, econômicas, assistenciais, administrativas e financeiras, emanadas pela Administradora Geral;
- III. Implantar e manter rigoroso controle financeiro;
- IV. Realizar as despesas ordinárias da unidade e obter autorização da Administradora Geral para as extraordinárias;
- V. Avaliar e dar parecer sobre contratos de serviços com terceiros, em relação ao orçamento, quando solicitado, em conjunto com a Administradora Geral;
- VI. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das gerências e coordenações administrativas;
- VII. Examinar solicitações e sugestões da área administrativa e financeira, e adotar as providências que julgar necessárias;
- VIII. Preparar e apresentar a prestação de contas mensal;
- IX. Estudar e propor medidas que visem a melhoria administrativa e financeira dos serviços da unidade;
- X. Executar as atividades relativas ao faturamento, elaboração e execução orçamentária, registros contábeis pagamentos e recebimentos;
- XI. Representar a unidade em reuniões, sempre que for solicitado pela Administração Geral;
- XII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XIII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XIV. Manter contato com a Diretoria Geral, Diretoria Técnica e Administradora Geral da unidade, objetivando eficiência administrativa dos serviços da unidade;
- XV. Reunir-se ao menos uma vez ao mês com seus subordinados diretos, transcrevendo em ata as decisões;
- XVI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVII. Contratar e ou dispensar servidores, através da Coordenação de Gestão de Pessoas de acordo com o quadro aprovado pela Administradora Geral, bem como aplicar penas e sanções disciplinares, de acordo com a legislação trabalhista vigente;
- XVIII. Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas e instrumentos e pelo seu uso adequado;
- XIX. Manter em dia os Registros e alvarás;
- XX. Zelar para que a unidade mantenha a maior utilização possível dos seus serviços;
- XXI. Facilitar o campo de estágio para estudantes na área da saúde;

Parágrafo Único - A função de Diretor Administrativo e Financeiro é indicação exclusiva da Administradora Geral e deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e

367



000368

experiência, bacharel em administração e/ou de empresas e/ou contábil e/ou financeira e/ou Economia e/ou especialização em administração hospitalar, escolhido e nomeado pela administradora Geral.

### **Gerência Administrativa**

À Coordenação Administrativa e Financeira compete:

- I. Planejar, coordenar, controlar, coordenar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas ao setor administrativo financeiro;
- II. Orientar todos os fiscais de contrato no processo de análise dos faturamentos das notas fiscais referente aos contratos continuados, e a sua inclusão no sistema;
- III. Realizar a prestação de Contas Mensal com base no Balancete, por meio de relatório de pagamentos realizados conciliando com o extrato bancário;
- IV. Elaboração do DRE mensal;
- V. Gestão dos recursos de fundo fixo, sendo deliberado mediante ao regulamento de conformidade da diretoria direta;
- VI. Recepcionar os pagamentos de RPA, realizar análise da documentação, estando em acordo coletar assinatura da diretoria Administrativa e redirecionar ao Recursos Humanos;
- VII. Coordenar à equipe e as atividades, o controle, a análise e o planejamento do fluxo de atividades e processos da área;
- III. Desenhar as políticas e processos criando os fluxos da área;
- IV. Elaborar e implantar procedimentos e políticas administrativas da unidade, mediante orientação da Diretoria Administrativa e Financeira, para garantir a realização de todas as atividades de operações da unidade;
- V. Acompanhar e analisar todos os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;
- VI. Tomar decisões com base em relatórios gerenciais;
- VIII. Gerenciar as atividades dos seguintes serviços: Coordenação Financeira; Coordenação de Suprimentos; Coordenação de Patrimônio e Frotas; Coordenação de Tecnologia da Informação; Serviço de Arquivo Médico e Estatístico; Serviço de Faturamento; Coordenação de Engenharia Clínica e Manutenção; Coordenação de Serviços de Apoio; Serviço de Lavanderia; Serviço de Vigilância; Serviço de Portaria; Serviço de Jardinagem; Serviço de Recepção e Serviço de Higienização.

### **Coordenação Financeira**

A coordenação financeira compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Elaborar a proposta orçamentária da unidade;
- IV. Solicitar a Diretoria Administrativa e Financeira fixação dos recursos recebidos;
- V. Emitir notas de empenho e/ou anulação, bem como liquidação dos mesmos, de acordo com a legislação – Sistema Integrado de Contabilidade (SIC), mantendo atualizado seu controle;
- VI. Elaborar os registros contábeis;

368







000369

- VII. Manter o registro das receitas e despesas realizadas através do SIC;
- VIII. Enviar a prestação de conta mensal a SMS;
- IX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. Realizar a prestação de Contas Mensal com base no Balancete, por meio de relatório de pagamentos realizados conciliando com o extrato bancário;
- XI. Elaboração do DRE mensal;

### Coordenação de Suprimentos

À Coordenação de Suprimentos compete:

- I. Obedecer às políticas de estoque adotadas pela Diretoria da unidade;
- II. Manter o estoque dos materiais padronizados na unidade em níveis ideais, de forma que o fluxo de abastecimento não seja interrompido por falta, nem haja estoque excessivo, empatando capital desnecessariamente;
- III. Atender as requisições dos setores, conforme lista de materiais padronizados pela unidade, e distribuir os materiais;
- IV. Controlar e orientar os funcionários quanto à boa utilização dos materiais;
- V. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VI. Supervisiona a movimentação interna dos materiais, bem como o recebimento dos materiais adquiridos;
- VII. Administra o espaço do setor de suprimentos;
- VIII. Elabora procedimentos de inventários de estoque, mantendo a Diretoria da unidade permanentemente informado sobre os níveis de cada item existente;
- IX. Acompanha a auditoria interna e externa;
- X. Avalia o desempenho de fornecedor;
- XI. Realiza capacitação a equipe;
- XII. Realiza o acompanhamento do processo de compras, via sistema instituído pela administradora;
- XIII. Supervisiona as entradas no controle e envio de notas ao departamento financeiro;
- XIV. Realiza relatório de fechamento mensal contábil;
- XV. Alimenta e analisa os indicadores instituídos;
- XVI. Fiscaliza e monitora os contratos realizados a área;
- XVII. Analisa a necessidade de comprar;
- XIX. Realiza o planejamento e o monitoramento do nível do estoque;

### Coordenação de Patrimônio e Frotas

À Coordenação de Patrimônio e Frotas compete:

- I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas;

369

000370

- II. receber, conferir, estocar, distribuir e controlar de forma racional os equipamentos e frotas recebido mediante pedido de fornecimento e das unidades, de acordo com as normas fixadas pela Diretoria Administrativa e Financeira;
- III. efetuar o registro de entrada e saída de equipamento e frotas no sistema mantendo a Diretoria da unidade permanentemente informada sobre os níveis de cada item existente;
- IV. manter atualizado o sistema de gerenciamento de patrimônio e frotas, fornecendo informações precisas sobre de equipamentos por cada setor;
- V. controlar e orientar os funcionários quanto à boa utilização dos materiais;
- VI. efetuar o levantamento anual dos bens patrimoniais da unidade, e encaminhar seu relatório aos setores e/ou órgãos competentes da Administração Pública Estadual;
- VII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

### **Coordenação de Tecnologia da Informação**

À Coordenação de Tecnologia da Informação compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo serviço de tecnologia da informação;
- II. Traçar política de Tecnologia da Informação para a unidade, no que se refere ao planejamento, definição, supervisão e manutenção de sistemas de informação de caráter geral e específico;
- III. Desenvolver e coordenar, do ponto de vista técnico, a implantação de novos projetos de automação, provendo o suporte técnico necessário e incorporando novas tecnologias, rotinas e programas;
- IV. Manter o controle sobre todos os sistemas computacionais institucionais existentes, no que se refere à sua adequação e operacionalização;
- V. Gerenciar os sistemas de informática, bancos de dados, intranet e internet da unidade;
- VI. Emitir pareceres sobre equipamentos, instrumentos e aplicativos mais adequados ao processamento de dados da unidade;
- VII. Manter os equipamentos de informática em perfeitas condições de uso;
- VIII. Promover o processamento de informações da unidade;
- IX. Promover a segurança de dados da unidade;
- X. Realizar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo alteração das rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;
- XI. Coordenar ações com parceiros externos na busca de melhores soluções em Tecnologia da Informação para a unidade;
- XII. Coordenar novos projetos e modificações de procedimentos e sistemas com o objetivo de racionalização operacional e de custos.

### **Serviço de Arquivo Médico e Estatístico**

Ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) compete:

370



- I. Planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades;
- II. Supervisionar o recebimento, registro e controle do movimento dos usuários e respectivos prontuários da unidade;
- III. Manter atualizado os prontuários médicos, catalogando-os;
- IV. Receber, conferir e revisar os prontuários dos pacientes de alta e solicitar a complementação dos mesmos;
- V. Controlar a movimentação dos prontuários, requisitada pelos demais serviços da unidade;
- VI. Receber os prontuários dos pacientes de alta e classificar os diagnósticos consignados das doenças, operações ou "causa mortis" registrando no sistema informatizado;
- VII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

### Serviço de Faturamento

Ao Serviço de Faturamento compete:

- I. Executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Faturamento;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Classificar, conferir e apurar despesas por pacientes, de acordo com as comunicações das Unidades;
- IV. Classificar as contas por médico e por especialidade médica;
- V. Calcular as despesas de internação e de atendimento de pacientes externos;
- VI. Calcular outras contas de despesas por clientela, bem como as de particulares;
- VII. Promover conferência dos cálculos de preços lançados nas contas;
- VIII. Enviar documentação de faturamento a secretaria de saúde;
- IX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XI. Colaborar na humanização do atendimento da unidade;
- XII. Manter contato com a Coordenação Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;

### Coordenação de Engenharia Clínica e Manutenção

- I. Dirigir, gerenciar, coordenar, e orientar tecnicamente os serviços de Engenharia Clínica.
- II. Responsabilidade técnica pelo gerenciamento das tecnologias em saúde de modo a garantir sua rastreabilidade, qualidade, eficácia, efetividade e segurança e no que couber, desempenho;
- III. Controlar e acompanhar os serviços de manutenção executados por empresas terceirizadas;
- IV. Operacionalizar os equipamentos e estabelecer rotinas para aumentar a vida útil dos equipamentos médico-hospitalares;
- V. Avaliar a obsolescência dos equipamentos médicos hospitalares;



000372

- VI. Auxiliar na aquisição e aceitação de novas tecnologias;
- VII. Promover estudos, coletar dados, desenvolver protocolos de pesquisa e ensaios clínicos, planejar e especificar tecnicamente os equipamentos de saúde;
- VIII. Realizar estudos de viabilidade técnica e econômica no âmbito da Engenharia Clínica sobre os equipamentos de saúde;
- IX. Propor políticas, planos, programas, diretrizes, regulamentos e procedimentos para manter os equipamentos de saúde seguros para uso nos pacientes;
- X. Assessorar o planejamento, seleção, dimensionamento e especificação para aquisição de equipamentos de saúde, inclusive em relação aos custos;
- XI. Avaliar a especificação e aquisição de equipamentos de apoio médico-assistenciais.
- XII. Realizar a Avaliação de Tecnologia em Saúde;
- XIII. Planejar e desenvolver a implantação de técnicas relativas ao gerenciamento, usabilidade, controle de riscos associados a equipamentos de saúde;
- XIV. Analisar riscos, acidentes e falhas, investigando causas, propondo medidas preventivas, corretivas, promovendo a Tecnovigilância dos equipamentos de saúde;
- XV. Conduzir equipe técnica de instalação, montagem, reparo, manutenção dos equipamentos de saúde;
- XVI. Estudar as condições dos ambientes das instalações e dos equipamentos de saúde, com vistas à segurança dos pacientes;
- XVII. Vistoriar, desenvolver programas, avaliar, arbitrar, emitir parecer, laudos técnicos e indicar medidas de controle sobre a aquisição, recebimento, instalação, armazenamento, uso, intervenção técnica, realizar perícias, desativação e descarte dos equipamentos de saúde, caracterizando as atividades e operações;
- XVIII. Assessorar os engenheiros de outras modalidades nos projetos de instalação de equipamentos de saúde;
- XX. Desenvolver, elaborar programas destinados à manutenção corretiva, preventiva e calibração de equipamentos de saúde, incluindo os ensaios de segurança e desempenho;
- XX. Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Coordenação de Manutenção e Direção da unidade;
- XXI. Participar dos processos de integração dos equipamentos de saúde com a rede de tecnologia da formação e comunicação.

Parágrafo Único: O Serviço de Engenharia Clínica deve possuir um Responsável Técnico, graduado em Engenharia em Escola reconhecida, com especialização em Engenharia Clínica.

### Coordenação de Serviços de Apoio

À Coordenação de Serviços de Apoio compete:

- I. Planejar, coordenar, controlar, coordenar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas aos serviços de: Vigilância, Lavanderia, Portaria, Jardinagem, Recepção e Higienização;

372





000373

- II. Coordenar à equipe e as atividades, o controle, a análise e o planejamento do fluxo de atividades e processos da área;
- III. Desenhar as políticas e processos criando os fluxos da área;
- IV. Elaborar e implantar procedimentos e políticas administrativas da unidade, mediante orientação da Diretoria Administrativa e Financeira, para garantir a realização de todas as atividades operações da unidade;
- V. Acompanhar e analisar todos os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;
- VI. Tomar decisões com base em relatórios gerenciais;

### Serviço de Lavanderia

Ao Serviço de Lavanderia, um dos serviços de apoio, compete:

- I. Fornecer de todo o enxoval nas quantidades e especificações necessárias as atividades da unidade, com chips implantados no enxoval para rastreabilidade via RFID, bem como sua higienização, limpeza;
- II. Realizar o transporte adequado do enxoval, separando enxoval limpo e sujo, de acordo com normas e padrões estabelecidos;
- II. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- III. Coletar nas diversas dependências da unidade roupas para lavagem, conferindo conforme mapa de distribuição;
- IV. Proceder à lavagem, secagem e passagem da roupa, encaminhando-a, devidamente embalada, ao Serviço de Rouparia;
- V. Elaborar mapa de produção diária e encaminhá-lo à Supervisão;
- VI. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- VII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VIII. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IX. Controlar o tempo de vida útil das roupas em uso, para reposição;
- X. Fiscalizar e controlar a roupa em circulação, mantendo o número suficiente de peças que assegure o repouso das mesmas;
- XI. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;

### Serviço de Vigilância

Ao Serviço de Vigilância compete:

- I. Fazer rondas internas e externas do edifício, durante o dia e a noite;
- II. Possibilitar o máximo de segurança possível contra roubo/furto e sabotagens em materiais, equipamentos e outros;
- III. Comunicar imediatamente, registrando por escrito ao setor competente, bem como a pessoa responsável pelo serviço, todo acontecimento intencional irregular e que atente contra a segurança, bem como qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;

373



000374

- IV. Manter constante verificação de entrada e saída de público e colaboradores nos diversos setores do edifício;
- V. Controlar a entrada e saída, de pessoas fora do horário normal de expediente, conferindo listagem de funcionários que tem livre acesso ao local;
- VI. Permitir o ingresso nas dependências internas somente de pessoas previamente identificadas e autorizadas pela unidade;
- VII. Restringir a circulação de pessoas alheias ao serviço em edifício de serviços internos, sem a circulação de público;
- VIII. Fiscalizar a entrada e saída de objetos e equipamentos do edifício;
- IX. Proibir o ingresso de vendedores ambulantes e assemelhados, bem como, todas as atividades comerciais;
- X. Observar a movimentação de indivíduos suspeitos, adotando medidas de segurança necessárias para evitar qualquer eventualidade anormal;
- XI. Reconhecer qualquer objeto encontrado na dependência da unidade e entregá-los ao setor competente;
- XII. Manter seus equipamentos de trabalhos e armamento em perfeitas condições de uso;
- XIII. Seguir os horários fixados na escala de trabalho, baseada nos postos de vigilância estabelecidos;
- XIV. Colaborar com as polícias civil e militar nas ocorrências de ordem policial nas dependências da unidade, facilitando o melhor possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;
- XV. Proteger os bens móveis e imóveis existentes nas dependências onde os serviços estão sendo prestados, para impedir danos ou prejuízos ao patrimônio público;
- XVI. Garantir condições de segurança das instalações, dos servidores e usuários em geral;

### Serviço de Portaria

Ao Serviço de Portaria compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Controlar a entrada e saída dos pacientes, acompanhantes, visitantes e o público em geral na unidade;
- IV. Prestar informações ao público sobre a localização das unidades hospitalares, seus pacientes e servidores;
- V. Exercer vigilância permanente das dependências de circulação do público, principalmente das entradas e saídas da unidade;
- VI. Colaborar na humanização do atendimento da unidade;
- VII. Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Coordenação;
- VIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

### Serviço de Jardinagem

374

000375

Ao Serviço de Jardinagem compete:

- I. Pulverizar as plantas, gramados e vasos ornamentais com equipamentos adequados para cada tipo;
- II. Retirar ervas daninhas;
- III. Realizar podas de conformação e limpeza dos galhos, folhas e frutos doentes ou danificados e podas do gramado com bordaduras;
- IV. Retirar entulhos, restos de materiais e outros;
- V. Efetuar a remoção definitiva para fora das instalações da Unidade, de detritos, resíduos e papéis localizados dentro das áreas ajardinadas e vasos ornamentais e lixo orgânico e inorgânico resultante da manutenção dos jardins;
- VI. Refilar meio-fio, corolas das árvores e caixas de refletores, se houver;
- VII. Capinar, roçar e cortar grama;
- VIII. Realizar arejamento do solo;
- IX. Adubar, com adubo orgânico os jardins e as plantas internas;
- X. Podar árvores.
- XI. Combater pragas, fungos, cupins e insetos em geral, utilizando produtos adequados e métodos autorizados pelos órgãos competentes, dentro das normas técnicas e com registro válido junto ao órgão responsável;
- XII. Adubar a cobertura do gramado, com terra vegetal ou adubo orgânico, anualmente ou em periodicidade menor;
- XIII. Plantar novas espécies vegetais, sempre que necessária a substituição daquelas já existentes;
- XIV. Complementar adubação;
- XV. Substituir, recuperar vasos ornamentais danificados;
- XVI. Executar serviços necessários à manutenção e conservação dos jardins e vasos ornamentais;
- XVII. Realizar a manutenção e conservação dos vasos ornamentais dos ambientes distribuídos nas áreas internas dos edifícios, tais como fornecimento de suportes e ou pratos para os vasos dentre outros;
- XVIII. Tratar as plantas doentes com herbicidas ou fungicidas, caso necessário;
- XIX. Podar e/ou replantar plantas, quando necessário ou solicitado;
- XX. Remanejar vasos, quando necessário ou solicitado;
- XXI. Realizar a manutenção e conservação das jardineiras localizadas nas áreas internas dos edifícios, providenciando o replantio com fornecimento de plantas e/ou substituição das plantas ornamentais, quando for o caso;
- XXII. Replantar com grama e outras plantas quando houver corte ou abertura de valas nos gramados, jardins, bem como nos vãos e floreiras, ou nos locais indicados pela fiscalização do Contrato;
- XXIII. Efetuar a limpeza de terreno, tais como capinação e retirada de entulho, dentre outros;

### Serviço de Recepção

375



000376

Ao Serviço de Recepção compete:


- I. Informar ao público sobre os serviços prestados na unidade;
- II. Informar quanto à localização de pessoas, salas e dependências na unidade;
- III. Notificar a segurança sobre a presença de pessoas com atitudes suspeitas;
- IV. Conferir documentos de identificação dos pacientes, acompanhantes e visitantes de modo a controlar a entrada e a saída de pessoas e de materiais;
- V. Efetuar ligações telefônicas quando solicitado;
- VI. Atender chamadas telefônicas;
- VII. Receber, anotar e transmitir recados e mensagens;
- VIII. Fornecer informações genéricas, de acordo com as orientações recebidas ao assumir o serviço;
- IX. Identificar e cadastrar pacientes, acompanhantes e visitantes, utilizando-se de sistema convencional de controle de acesso às dependências da unidade ou de sistema informatizado que venha a ser utilizado na recepção da unidade;
- X. Observar as normas ou códigos específicos para as diversas áreas de acesso;
- XI. Manter-se atualizado(a) e bem-informado(a) sempre que se fizer necessária a adoção de novas rotinas ou quando houver qualquer outra alteração nos procedimentos de acesso às dependências da unidade;
- XII. Cumprir rigorosamente os procedimentos estabelecidos nas normas de acesso e nas rotinas específicas do serviço de recepção;
- XIII. Receber, de forma educada e prestativa, os pacientes e acompanhantes que se dirigirem a unidade, fornecendo-lhes informações precisas e objetivas;
- XIV. Zelar pela manutenção de um ambiente de trabalho tranquilo e livre de conflitos, de forma a preservar a imagem da unidade e a qualidade dos seus serviços;
- XV. Exercer outras atividades administrativas, tais como, fotocópias, digitalização, entre outras.

### Serviço de Higienização

Ao Serviço de Higienização compete:

- I. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- II. Executar a limpeza, visando higiene, nas dependências da unidade, nos móveis e equipamentos em uso;
- III. Limpar as áreas externas e de circulação da unidade;
- IV. Promover o combate a insetos e roedores nas dependências da unidade, bem como da adoção de medidas práticas que evitem sua presença;
- V. Controlar o gasto de material de limpeza, mantendo registro de consumo médio para fins de apuração de custos;
- VI. Efetuar mudanças e organizações, quando solicitado;
- VII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

376





000377

### Gerência de Gente e Gestão

À Gerência de Gente e Gestão compete:

- I. Gerenciar e coordenar os processos seletivos externos e internos de acordo com as necessidades da unidade;
- II. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos serviços de Educação Continuada do Trabalhador;
- III. Desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro da unidade, visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;
- IV. Encaminhar os servidores interessados para realização de consultas e exames médicos;
- V. Propor e implementar políticas de benefícios sociais;
- VI. Realizar levantamento das necessidades de pessoal em cada setor da unidade;
- VII. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- VIII. Informar regularmente à Diretoria Administrativa notificação de todas as ocorrências da vida funcional dos servidores;
- IX. Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;
- X. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XIII. Manter contato com a Direção Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade.

### Recursos Humanos

Ao Recursos Humanos compete:

- I. Planejar e coordenar os processos seletivos externos e internos de acordo com as necessidades da unidade
- II. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos serviços de Educação Continuada do Trabalhador;
- III. Elaborar o Plano de Capacitação de Recursos Humanos;
- IV. Promover cursos de treinamento e reciclagem do pessoal conforme as demandas dos serviços;
- V. Desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro da unidade, visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;
- VI. Realizar levantamento das necessidades de pessoal em cada setor da unidade;
- VIII. Fazer registro diário dos serviços prestados;

377



- IX. Informar regularmente à Diretoria Administrativa notificação de todas as ocorrências da vida funcional dos servidores;
- X. Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;
- XI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XIII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XIV. Manter contato com a Direção Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade.

### **Serviço de Departamento Pessoal**

Ao Serviço de Departamento Pessoal compete:

- I. Elaborar e controlar a folha de pagamento de pessoal;
- II. Monitorar o dossiê do colaborador;
- III. Controlar a documentação e acessos dos colaboradores e terceirizados;
- IV. Manter atualizado o CNES da unidade;
- V. Encaminhar os servidores interessados para realização de consultas e exames médicos;
- VI. Propor e implementar políticas de benefícios sociais;
- VII. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- VIII. *Receber e informar, no que lhe competir, todos os requerimentos referentes ao pessoal lotado na unidade;*
- IX. Informar regularmente à Diretoria Administrativa notificação de todas as ocorrências da vida funcional dos servidores;
- X. Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;
- XI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIII. Manter contato com a Direção Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade.

### **Serviço Especializado em Engenharia e em Medicina do Trabalho**

Ao Serviço Especializado em Engenharia e Medicina do Trabalho compete:

- I. aplicar os conhecimentos de Engenharia de Segurança e de Medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes a saúde do trabalhador;
- II. determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e esse persistir, mesmo reduzido a utilização pelo trabalhador de equipamentos de proteção individual de acordo com a NR-6, desde que a intensidade ou característica do agente assim o exija;
- III. colaborar, quando solicitado nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa;

000379

- IV. responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis as atividades executadas pela empresa ou seus estabelecimentos;
- V. manter permanente relacionamento com a CIPA valendo-se o máximo de suas observações além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la;
- VI. promover atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente;
- VII. esclarecer e conscientizar os empregados sobre acidente de trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção;
- VIII. analisar e registrar em documento específico todos os acidentes de trabalho, doenças ocupacionais descrevendo a história e as características do acidente ou doença ocupacional;
- IX. registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade.

#### 4.4.3 Implantação E Implementação Dos Serviços Da Equipe Interdisciplinar

##### 4.4.3.1 Quadro de Pessoal Médico

O Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar propõe a contratação de equipe médica qualificada e capacitada para atender todas as áreas compatíveis com as atividades propostas na Proposta Técnica, conforme tabela abaixo.

ÁREA DE TRABALHO	CATEGORIA FUNCIONAL	CARGA	QTDE	FORMA DE VÍNCULO	ESCALA
		HORÁRIA SEMANAL			
Diretoria Técnico(a)	Diretor(a) Técnico(a)	44	1	CLT	08h - 18h

379

000300

Gerência Médica	Gerente Médico	44	1	CLT	08h - 18h
Coordenação Médica	Coordenador(a) Médico(a)	44	2	CLT	08h - 18h
Coordenação Médica	Médico(a) - Auditor(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Coordenação Médica	Médico(a) - Clínico Geral	30	6	CLT	07h - 13h
Coordenação Médica	Médico(a) - Clínico Geral	30	4	CLT	13h - 19h
Coordenação Médica	Médico(a) - Clínico Geral	12x36	2	CLT	19h - 07h
Coordenação Médica	Médico(a) - Cirurgião(ã) Geral	30	6	CLT	07h - 13h / 13h - 19h
Coordenação Médica	Médico(a) - Cirurgião(ã) Geral	12x36	2	CLT	19h - 07h
Coordenação Médica	Médico(a) - Cardiologista	20	2	CLT	4h / dia
Coordenação Médica	Médico(a) - Cardiologista	20	2	CLT	4h / tarde
Coordenação Médica	Médico(a) - Cardiologista	12x36	2	CLT	19h - 07h
Coordenação Médica	Médico(a) - Geriatra	40	1	CLT	08h - 18h
Coordenação Médica	Médico(a) - Geriatra	12x36	2	CLT	19h - 07h
Infectologia	Médico(a) - Infectologista	44	1	CLT	08h - 18h
Infectologia	Médico(a) - Infectologista	12x36	2	CLT	19h - 07h
Radiologia	Médico(a) - Radiologista	30	1	CLT	6h / dia
Radiologia	Médico(a) - Radiologista	30	1	CLT	6h / tarde
Radiologia	Médico(a) - Radiologista	12x36	2	CLT	19h - 07h
Nefrologia	Médico(a) - Nefrologista	30	2	CLT	6h / dia
Nefrologia	Médico(a) - Nefrologista	30	2	CLT	6h / tarde
Nefrologia	Médico(a) - Nefrologista	12x36	2	CLT	19h - 07h
Neurologia	Médico(a) - Neurologista	12x36	4	CLT	07h - 19h / 19h - 07h
Nutrologia	Médico(a) - Nutrólogo(a)	12x36	4	CLT	07h - 19h / 19h - 07h
Banco de Sangue	Médico(a) - Hematologista	30	2	CLT	6h / dia

000331

Banco de Sangue	Médico(a) - Hematologista	30	2	CLT	6h / tarde
Banco de Sangue	Médico(a) - Hematologista	12x36	2	CLT	19h - 07h

*Tabela 57 - Quadro de Pessoal Médico*

As atividades médicas serão realizadas em forma de plantão presencial e de plantão de sobreaviso, todos em escala de 12h, conforme tabela a seguir:

Especialidade	Plantão Presencial	Plantão de sobreaviso
Clínica médica	7:00- 19:00 / 19:00- 7:00	
Neurologista		7:00- 19:00 / 19:00- 7:00
Cardiologista		7:00- 19:00 / 19:00- 7:00
Infectologista		7:00- 19:00 / 19:00- 7:00
Cirurgião geral		7:00- 19:00 / 19:00- 7:00
Nefrologista	7:00- 19:00 / 19:00- 7:00	

*Tabela 58 - Quadro de Horário por especialidade Médica*

#### 4.4.3.2 Protocolos Assistências de atenção médica

No contexto do Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz, propõe-se a implantação inicial dos protocolos listados na tabela abaixo.

Vale ressaltar que, os documentos abaixo listados, estão apresentados nos anexos da proposta, devendo ser adaptados para as unidades e servirem de orientação para a elaboração de outros que se façam necessários.

Os protocolos estão disponíveis no ANEXO II.

<b>PROTOSCOLOS DE ATENÇÃO DA EQUIPE MÉDICA</b>
Prevenção de infecção primária de corrente sanguínea associada a acesso venoso central
Prevenção de infecção de trato urinário associada do uso de cateter vesical de demora
Identificação do paciente
Higienização das mãos
Cirurgia segura
Prevenção de quedas

381



Protocolo de transporte seguro
Paramentação e desparamentação
Precauções, isolamentos e vigilância admissional
Transição de cuidados
Protocolo de jejum do paciente internado
Protocolo de atendimento durante a PCR
Prescrição, uso e administração de medicamentos
Uso racional de antimicrobiano
Manejo de infecções suspeitas ou confirmadas pelo coronavírus (sars-cov2)
Protocolo tromboembolismo venoso-TEV
Protocolo de tratamento de pneumonia- adulto
Diagnóstico e tratamento precoce da sepse
Dor torácica. Dentre outros protocolos.

Tabela 59 – Quadro de Protocolos de atenção da Equipe Médica

#### 4.4.3.3 Quadro de Pessoal Técnico

Considerando a implantação e implementação dos serviços da equipe interdisciplinar, apresenta-se o quadro de pessoal médico, em atendimento ao quantitativo necessário para provimento de pessoal, compatível com a proposta técnica, sob regime celetista.

SETOR	Diretoria Técnica				
	ÁREA DE TRABALHO	CATEGORIA FUNCIONAL	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTDE	VÍNCULO
Diretoria Técnico(a)	Diretor(a) Técnico(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Gerência Médica	Gerente Médico	44	1	CLT	08h - 18h
Coordenação Médica	Coordenador(a) Médico(a)	44	2	CLT	08h - 18h
Coordenação Médica	Médico(a) - Auditor(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Coordenação Médica	Médico(a) - Clínico Geral	30	6	CLT	07h - 13h
Coordenação Médica	Médico(a) - Clínico Geral	30	4	CLT	13h - 19h
Coordenação Médica	Médico(a) - Clínico Geral	12x36	2	CLT	19h - 07h
Coordenação Médica	Médico(a) - Cirurgião(ã) Geral	30	6	CLT	07h - 13h / 13h - 19h

000383

Coordenação Médica	Médico(a) - Cirurgião(ã) Geral	12x36	2	CLT	19h - 07h
Coordenação Médica	Médico(a) - Cardiologista	20	2	CLT	4h / dia
Coordenação Médica	Médico(a) - Cardiologista	20	2	CLT	4h / tarde
Coordenação Médica	Médico(a) - Cardiologista	12x36	2	CLT	19h - 07h
Coordenação Médica	Médico(a) - Geriatra	40	1	CLT	08h - 18h
Coordenação Médica	Médico(a) - Geriatra	12x36	2	CLT	19h - 07h
Infectologia	Médico(a) - Infectologista	44	1	CLT	08h - 18h
Infectologia	Médico(a) - Infectologista	12x36	2	CLT	19h - 07h
Radiologia	Médico(a) - Radiologista	30	1	CLT	6h / dia
Radiologia	Médico(a) - Radiologista	30	1	CLT	6h / tarde
Radiologia	Médico(a) - Radiologista	12x36	2	CLT	19h - 07h
Nefrologia	Médico(a) - Nefrologista	30	2	CLT	6h / dia
Nefrologia	Médico(a) - Nefrologista	30	2	CLT	6h / tarde
Nefrologia	Médico(a) - Nefrologista	12x36	2	CLT	19h - 07h
Neurologia	Médico(a) - Neurologista	12x36	4	CLT	07h - 19h / 19h - 07h
Nutrologia	Médico(a) - Nutrólogo(a)	12x36	4	CLT	07h - 19h / 19h - 07h
Banco de Sangue	Médico(a) - Hematologista	30	2	CLT	6h / dia
Banco de Sangue	Médico(a) - Hematologista	30	2	CLT	6h / tarde
Banco de Sangue	Médico(a) - Hematologista	12x36	2	CLT	19h - 07h

Considera-se ainda, nesta mesma proposta, o quadro de pessoal técnico, em atendimento ao quantitativo necessário para provimento de pessoal, compatível com a proposta técnica, sob regime celetista, apontando demais profissionais da diretoria em tela.

SETOR	Diretoria Técnica				
ÁREA DE TRABALHO	CATEGORIA FUNCIONAL	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTDE	VÍNCULO	ESCALA

383

Assessoria Técnica	Assessor(a) Técnico(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Gerência de Enfermagem	Gerente de Enfermagem	44	1	CLT	08h - 18h
Gerência Multidisciplinar	Gerente Multidisciplinar	44	1	CLT	08h - 18h
Enfermagem	Enfermeira (o) - Auditor(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Enfermagem	Enfermeira (o) - Plantonista	12x36	14	CLT	07h - 19h
Enfermagem	Enfermeira (o) - Plantonista	12x36	14	CLT	19h - 07h
Enfermagem	Técnico(a) em Enfermagem	12x36	34	CLT	07h - 19h
Enfermagem	Tecnico(a) em Enfermagem	12x36	34	CLT	19h - 07h
Coordenação de Enfermagem	Coordenador(a) de Enfermagem	44	2	CLT	08h - 18h
Fisioterapia	Fisioterapeuta	30	20	CLT	07h - 13h / 13h - 19h
Fisioterapia	Fisioterapeuta	30	4	CLT	19h - 01h / 01h - 07h
Fonoaudiologia	Fonoaudiólogo(a)	30	2	CLT	07h - 13h / 13h - 19h
Psicologia	Psicólogo(a)	30	2	CLT	07h - 13h / 13h - 19h
Assistência Social	Assistente Social	30	8	CLT	07h - 13h / 13h - 19h
Assistência Social	Assistente Social	12x60	4	CLT	19h - 01h / 01h - 07h
Nutrição	Nutricionista - Produção	44	2	CLT	07h - 17h / 09h - 19h
Nutrição	Nutricionista - Clínica	30	6	CLT	07h - 13h / 13h - 19h
Nutrição	Nutricionista - Clínica	30	6	CLT	19h - 01h / 01h - 07h
Farmácia	Coordenador(a) de Farmácia	44	1	CLT	08h - 18h
Farmácia	Farmacêutico(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Farmácia	Farmacêutico(a)	12x36	2	CLT	07h - 19h
Farmácia	Farmacêutico(a)	12x36	2	CLT	19h - 07h
Farmácia	Auxiliar de Farmácia	12x36	4	CLT	07h - 19h
Farmácia	Auxiliar de Farmácia	12x36	4	CLT	19h - 07h





**000385**

Radiologia	Técnico(a) em Radiologia	24	6	CLT	4h / dia
Radiologia	Técnico(a) em Radiologia	24	2	CLT	24 h plantão
Nefrologia	Enfermeiro(a) - RT	44	1	CLT	08h - 18h
Nefrologia	Enfermeiro(a)	12x36	4	CLT	07h - 19h / 19h - 07h
Nefrologia	Técnico(a) em Enfermagem	12x36	5	CLT	07h - 19h (3) / 19h - 07h (2)
Banco de Sangue	Enfermeiro(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Banco de Sangue	Enfermeiro(a)	12x36	4	CLT	07h - 19h / 19h - 07h
Banco de Sangue	Técnico(a) em Enfermagem	12x36	5	CLT	07h - 19h (3) / 19h - 07h (2)

#### 4.4.3.4 Protocolos Operacionais Padrões de Enfermagem

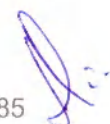
Vale ressaltar que, os documentos abaixo listados, estão apresentados nos anexos da proposta, devendo ser adaptados para as unidades e servirem de orientação para a elaboração de outros que se façam necessários. Protocolos Operacionais Padrões de Enfermagem

Os protocolos estão disponíveis no ANEXO II.

<b>PROTOCOLOS DE ATENÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM</b>
Prevenção de infecção primária de corrente sanguínea associada a acesso venoso central
Prevenção de infecção de trato urinário associada do uso de cateter vesical de demora
Identificação do paciente
Higienização das mãos
Cirurgia segura
Prevenção de lesão por pressão
Prevenção de quedas
Protocolo de transporte seguro
Paramentação e desparamentação
Precauções, isolamentos e vigilância admissional
Transição de cuidados
Protocolo de jejum do paciente internado
Prescrição, uso e administração de medicamentos. Dentre outros protocolos.

*Tabela 60 – Protocolos Assistenciais de Atenção da equipe de Enfermagem*

385



**000386**

#### 4.4.3.5 Instrução para o funcionamento do serviço social e de reabilitação fonoaudiologia e fisioterapia

##### 4.4.3.5.1 Funcionamento do Serviço Social

O Serviço Social é a categoria profissional que está inserida na divisão social e técnica do trabalho, realiza sua ação profissional no âmbito das políticas socioassistenciais, na esfera pública e privada, sendo uma categoria predominantemente interventiva.

É exigido que esse profissional forneça respostas às múltiplas expressões da questão social a qual o paciente está inserido. Dessa forma, o assistente social atua junto ao contexto sociofamiliar do paciente, em articulação direta com os familiares e com a Rede de Proteção Social, contribuindo para a manutenção dos direitos dos usuários e para que o seu cuidado integral à saúde não seja violado em decorrência de fragilidade, risco ou até mesmo vulnerabilidade social.

Neste sentido, o serviço social desenvolve suas atividades na abordagem direta da população que procura as instituições e o trabalho do profissional e por meio da pesquisa, da administração, do planejamento, da supervisão, da consultoria, da gestão de políticas, de programas e de serviços sociais.

A (o) Assistente Social é o/a profissional que concluiu o curso de Serviço Social, devidamente reconhecido pelo MEC e que possui inscrição no Conselho Regional de Serviço Social – CRESS. A profissão é regulamentada pela Lei Federal nº 8.662/93. Estes profissionais contribuem efetivamente para o fortalecimento das relações familiares e comunitárias dos pacientes, buscando facilitar o acesso do usuário aos serviços do SUS, bem como a garantia dos demais direitos sociais de acordo com sua formação e o projeto Ético-político da profissão;

##### 4.4.3.5.1.1 Atribuições a serem desempenhadas pelo Serviço Social

As atribuições e competências profissionais do Assistente Social estão estabelecidas na Lei Federal Nº 8.662/93, que rege a profissão. A partir das Atribuições e Competências do Serviço Social em área hospitalar, conforme a legislação, fica estabelecido que as atribuições dos assistentes sociais no âmbito do HMAP são:

I. Realizar a ficha de Acolhimento Social (FOR.093) após admissão nesta unidade hospitalar, na qual deve constar as informações pessoais do paciente, como por exemplo: número dos documentos pessoais, cartão SUS, situação socioeconômica entre outros, visando fazer a triagem e identificar questões sociais que possam ter intervenção da equipe. Essa ficha tem como objetivo guiar tanto a equipe do Serviço Social quanto as demais equipes em relação ao paciente. Em situações de óbito ou de necessidade de contato com algum familiar e preenchimento da D.O (Declaração de óbito), os profissionais poderão se basear pela ficha social;

386



000387

- II. Identificar vínculos familiares e rede de apoio;
- III. Realizar avaliação e parecer social sobre as condições sociofamiliar e econômica do paciente, visando a adesão ao tratamento durante a internação de modo a facilitar ações e encaminhamentos para alta precoce;
- IV. Discutir com os usuários as situações sociais que influenciam na problemática saúde doença, visando evitar novas internações;
- V. Avaliar a necessidade de apoio na promoção, prevenção e recuperação da saúde, estimulando tanto o paciente quanto seus familiares a participarem do seu tratamento;
- VI. Discutir com os demais membros da equipe de saúde sobre a problemática do paciente, interpretando sua situação social;
- VII. Informar e discutir com os usuários acerca dos direitos sociais, mobilizando- o ao exercício da cidadania;
- VIII. Elaborar relatórios e pareceres sociais sobre matérias específicas do Serviço Social;
- IX. Participar de reuniões técnicas da equipe multidisciplinar;
- X. Realizar abordagem socioeducativa ao paciente e familiares para adesão ao tratamento em casos de tentativa de evasão e solicitação de alta a pedido;
- XI. Realizar mediação de conflitos entre paciente/família/equipe que possam estar dificultando na adesão ao tratamento;
- XII. Realizar escuta social junto ao paciente e familiares, visando identificar as necessidades sociais, dando apoio e orientando sobre as questões sociais;
- XIII. Fazer busca ativa e acompanhamento social a beira leito;
- XIV. Acompanhar o processo de solicitação de SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar) junto ao NIR, bem como orientar equipe/paciente/familiar sobre quais os recursos fornecidos pelo programa e em qual programa se encaixa o quadro clínico do paciente;
- XV. Solicitar relatórios e orientar familiares para aquisição de medicamentos e insumos na rede de apoio do município (medicação de alto custo, fraldas, colchão caixa de ovo, cadeira de rodas/banho, andador, materiais para curativos entre outros);
- XVI. Receber os documentos/relatórios de solicitação de oxigênio domiciliar e acompanhar diariamente o processo até a alta do paciente. No momento em que recebe a documentação da equipe médica, os assistentes sociais são orientados a conferir todos os documentos/exames para que, em caso de ausência de algum deles, já identifiquem e acionem a equipe médica para que a solicitação não seja improcedente perante a Secretaria;
- XVII. Receber os documentos médicos e exames para processo de TRS, encaminhar ao NIR juntamente com a cópia dos documentos pessoais do paciente e acompanhar diariamente o andamento do processo até a alta. No momento em que recebe a documentação/exames da equipe médica, os assistentes sociais são orientados a conferir todos os documentos/exames para que, em caso de ausência de algum deles, já identifiquem e acionem a equipe médica para que a solicitação não seja improcedente perante a Secretaria;
- XVIII. Orientar paciente/familiar nos casos em que a família optar por acionar o Ministério Público para agilizar algum tratamento ou procedimento e acompanhar diariamente o processo, auxiliando tanto os familiares quanto a equipe em relação a solicitação de novos documentos;
- XIX. Realizar busca ativa em casos de pacientes que não tenham familiar para acompanhamento e identificar possível situação de abandono;

387



000388

- XX. Em casos de pacientes que não tenham família ou situações que impossibilite a moradia junto a familiares, acionar casa de apoio, abrigo entre outros para a desospitalização;
- XXI. Acionar órgãos para possível internação de dependentes químicos;
- XXII. Auxiliar a equipe na decisão de e/ou realizar encaminhamentos para órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar, Defensoria Pública, Conselho e Delegacia do Idoso entre outros) e elaborar parecer social sobre o caso;
- XXIII. Orientar e auxiliar no processo de entrada junto ao INSS para fins de aposentadoria e solicitação de auxílio-doença; encaminhamento para o BPC (Benefício de Prestação Continuada), Bolsa Família ou outros benefícios, bem como para acesso a conta bancária em casos de pacientes intubados ou internados em UTI, mediando com a equipe médica para elaboração dos relatórios necessários, visto que a situação financeira impacta socialmente no âmbito familiar durante o período de internação do paciente;
- XXIV. Acionar ambulância na respectiva Secretaria de Saúde do município de origem do paciente em caso de alta hospitalar. Para pacientes moradores de Aparecida de Goiânia, a solicitação é realizada via NIR pela enfermagem do próprio setor;
- XXV. Proceder com os trâmites necessários em casos de pacientes que deram entrada na unidade sem a documentação pessoal, bem como acionar familiares e órgãos competentes para ter acesso aos documentos;
- XXVI. Solicitar o comparecimento da família nesta unidade hospitalar em caso de óbito (após solicitado pela equipe do setor), portando o documento pessoal do paciente com foto e comprovante de endereço originais;
- XXVII. Estar presente no momento da comunicação de óbito, feita pela equipe médica, para então realizar todas as orientações quanto aos trâmites de registro, velório e sepultamento do corpo;
- XXVIII. Auxiliar as famílias e encaminhar ou acionar os órgãos sociais responsáveis pelo processo para aquisição de auxílio para o velório e sepultamento quando estes não tiverem condições financeiras para arcar com as custas do funeral;
- XXIX. Proceder com trâmites, em casos de pacientes sem familiares que forem a óbito, para retirada do corpo;
- XXX. Intermediar com a equipe médica dificuldades dos familiares em relação ao registro de óbito em casos de Declarações de Óbito - D.O. - com rasuras, falta de informações ou dados divergentes dos documentos entre outros, e auxiliar a família na resolução do problema, solicitando a equipe médica uma errata ou até mesmo uma nova D.O., se necessário;
- XXXI. Mediar entre equipe e familiares em caso de óbito de pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19, que a família não concorde com a proibição do velório;
- XXXII. Atender os familiares na recepção, quando solicitado, realizando escuta social e orientando sobre normas e rotinas institucionais;
- XXXIII. Atender pacientes e acompanhantes, nos leitos, orientando-os sobre as normas e rotinas da instituição, bem como sobre seus direitos e deveres;
- XXXIV. Fazer a gestão de pertences, quando estes forem recolhidos pela equipe que realizar a admissão e julgar não deverão permanecer com o paciente, no leito;
- XXXV. Mapear, articular e acionar a rede de saúde e demais serviços socioassistenciais e jurídicos (Ministério Público), realizando os encaminhamentos, quando necessário, visando garantia dos direitos;

388



XXXVI. Intervir em situações de risco e vulnerabilidade social, visando o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;

XXXVII. Participar do planejamento e elaboração de normas e rotinas da unidade;

XXXVIII. Participar junto com a equipe multiprofissional do processo de notificação de casos de suspeita ou confirmação de violência e encaminhar aos órgãos competentes, conforme fluxo de atendimento à violência;

XXXIX. Realizar abordagem socioeducativa a paciente e/ou familiares para adesão ao tratamento;

XL. Registrar em prontuário eletrônico as evoluções de todos os atendimentos realizados e enviar a produtividade diariamente;

XLI. Realizar contato familiar, a pedido da farmácia ou da equipe médica, para solicitar medicação de uso contínuo não-padronizado pelo hospital.

XLII. Emitir declaração de comparecimento a unidade quando o atendimento for realizado exclusivamente pelo Serviço Social;

XLIII. Solicitar acompanhante, após a identificação da necessidade deste pela enfermagem, em casos de menores de 18 anos, idosos acima de 60 anos e pessoa com deficiência. Em caso de idosos, o não comparecimento do acompanhante não é de responsabilidade do Serviço Social, conforme o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003); dentre outras atribuições.

#### 4.4.3.5.1.2 Áreas de Abrangência Horário e Equipe mínima

Para garantir o desempenho integral dessa categoria profissional, a proposta de atendimento do serviço social a ser desempenhada, contempla a assistência presencial nas dependências das unidades a serem geridas pelo IBGH (clínicas médica e cirúrgica), com cobertura de 24 horas por dia em todos os dias da semana.

Dessa forma a escala será de 6 horas diárias por profissional da equipe diurna (diarista) e de 60 horas de descanso para cada 12 horas de jornada de trabalho para a equipe noturna (plantonista), com carga horária de 30 horas semanais por profissional em conformidade com a dinâmica de serviços do hospital.

Profissional	Carga horária	Tipo de Assistência	Quantidade
Assistente Social	30 horas	Diarista	8
Assistente Social	12x60	Plantonista	4

*Tabela 61 – Quadro da equipe de Assistentes Sociais*

A tabela acima apresenta a quantidade de profissionais para o funcionamento 24 horas do setor, o total de profissionais.

Pontos a serem relevados sobre dimensionamento desta equipe:

389 

000390

- Será elaborada a escala de revezamento de plantão aos finais de semana;
- O plantonista da escala noturna ficará responsável pelas demandas sociais tanto clínica médica quanto da clínica cirúrgica.

#### 4.4.3.5.2 Reabilitação Fonoaudiologia

Os distúrbios da deglutição são relativamente comuns no ambiente hospitalar, inúmeros procedimentos e condições podem levar o paciente a este desfecho, como intubação orotraqueal prolongada, traqueostomia, uso de vias alternativas de alimentação, traumas neurológicos, acidentes vasculares encefálicos, cardiopatias, traumatismos cranioencefálicos, dentre outros.


Sendo esse o cenário, o fonoaudiólogo no contexto hospitalar integra a equipe de saúde atuando em forma multi ou interprofissional. Dessa forma, a fonoaudiologia é uma profissão da área da saúde que pesquisa, previne, avalia e trata as alterações da voz, fala, linguagem e deglutição.

Este profissional vai trabalhar focando-se em todos os aspectos da comunicação humana, ou seja: a linguagem oral e escrita, a fala, a voz e a audição, além dos movimentos relacionados à mastigação, deglutição e respiração. Logo, é responsável por desenvolver atividades voltadas à saúde, prevenção, avaliação, diagnóstico, orientação, terapia e até mesmo pela reabilitação de seus pacientes.

##### 4.4.3.5.2.1 Atribuições a Serem Desempenhadas Pela Equipe de Fonoaudiologia

- **Triagem Fonoaudiológica:** A triagem fonoaudiológica é um importante procedimento realizado para detectar alterações de fala e deglutição nos pacientes em enfermarias hospitalares. Estudos indicam que a detecção e a reabilitação precoce das alterações limitam ou minimizam as possíveis sequelas no indivíduo, possibilitando menor tempo de internação e diminuindo risco de aspirações. Esse procedimento consiste em obter a história clínica do paciente, acerca da linguagem, cognição e deglutição por meio de coleta de dados a beira leito e coleta de informações em prontuário. A entrevista é feita diretamente ao paciente e quando este está impossibilitado de responder, também pode ser feita pelo acompanhante;
- **Avaliação fonoaudiológica:** A avaliação fonoaudiológica é realizada por meio de exame clínico do sistema oromiofuncional, deglutição e seus transtornos. Cabe, ao fonoaudiólogo, analisar e interpretar os dados provenientes dos procedimentos de avaliação por ele realizados. Quando necessário, solicita e analisa provas, testes, pareceres e exames complementares a fim de estabelecer critérios de elegibilidade de ações fonoaudiológicas;

390



- Terapia Fonoaudiológica (Habilitação/Reabilitação): Esta área refere-se à competência para realizar terapia fonoaudiológica da linguagem, sistema Oromiofuncional e deglutição, tanto no que diz respeito à habilitação, como à reabilitação dos pacientes;
- Terapia fonoaudiológica indireta: É aquela realizada pelo fonoaudiólogo quando não é usado alimento com objetivo de degluti-lo efetivamente, ou seja, sem volume. Esse tipo de terapia pode ser através de pontos motores da face, ETTG, bandagem, eletroestimulação etc.;
- Terapia fonoaudiológica direta: Esse tipo de procedimento ocorre quando dentro do procedimento, é ofertado alimento com volume suficiente que possibilite ao paciente realizar deglutições, e este alimento é usado como recurso terapêutico pelo fonoaudiólogo para habilita/reabilita a deglutição.
- Gerenciamento Fonoaudiológico: Esse atendimento pode ser realizado em dois casos: Pacientes em VE: Neste tipo de atendimento, após o fonoaudiólogo indicar a dieta Via Oral e a consistência mais adequada, reavalia se o paciente permanece na mesma condição que estava no momento da avaliação e monitora seu desempenho. Ao monitorar, estimula e verifica a adesão, a continuidade e a efetividade quanto ao tratamento e/ou orientação fonoaudiológica e quanto à adaptação dos utensílios, posturas etc. Tais ações implicam reavaliar e reformular condutas, métodos, técnicas, terapias e procedimentos, comparar resultados de avaliações e discutir prognóstico. Paciente em IOT: Neste tipo de atendimento, o fonoaudiólogo gerencia os pacientes em IOT com ênfase em aplicação do protocolo de prevenção de PAV. Nesse momento, identifica o risco de bronco aspiração, realiza o gerenciamento de cabeceira, mantendo-a com elevação igual ou superior a 30°, identifica presença ou não de sialorreia/sialoestase, lesões em lábios, monitora sinais vitais e nível de consciência, posicionamento de tubo orotraqueal com objetivo de evitar lesões de lábios e de pregas vocais;
- Aferição de pressão do cuff. Em caso de identificar algo fora na normalidade, comunicar equipe de enfermagem e médica;
- Orientações para o paciente/familiar/equipe: Esta área refere-se à competência para orientações e aconselhamentos relativos à atuação fonoaudiológica, a fim de esclarecer aos pacientes, familiares, cuidadores e equipe assistente. A grande área em questão é constituída por ações que envolvem a escuta profissional, a explicação, a instrução, a demonstração, a proposição de alternativas e a verificação da eficácia das ações propostas. Para orientar o paciente, o fonoaudiólogo deve escutá-lo, esclarecer os problemas existentes e suas consequências, explicar a anatomia e a fisiologia dos sistemas envolvidos na comunicação e na deglutição, assim como explicar o desenvolvimento da comunicação humana. Explicar e demonstrar os procedimentos, as rotinas e as técnicas fonoaudiológicas. Verifica ainda a compreensão da orientação ministrada e esclarece dúvidas; dentre outras atribuições.

#### 4.4.3.5.2.2 Funcionamento, Áreas de Abrangência, Horário e Equipe mínima

O atendimento fonoaudiólogo poderá ser solicitado pelo médico responsável pelo caso, o enfermeiro do setor e os profissionais da equipe multiprofissional. De forma geral, é indicada a avaliação fonoaudiológica nos seguintes casos:

000392

- Pacientes em uso de sonda nasointestinal;
- Pacientes com queixa de tosse e/ou engasgos frequentes;
- Pacientes referindo sentir o alimento parado na garganta;
- Pacientes que referem falta de ar durante a alimentação;
- Pacientes com regurgitação nasal do alimento;
- Pacientes com excesso de resíduo em cavidade oral após a deglutição;
- Pacientes com dificuldade no controle salivar (escape extraoral, engasgos, entre outros);
- Pacientes com perda de peso acentuada, não justificada por baixa ingestão alimentar;
- Pacientes com diagnóstico de disfagia e/ou pneumonia aspirativa; e
- Outros casos em que haja suspeita de alterações no processo de alimentação.

Em casos de pacientes que vierem da UTI ou de outro setor do hospital, o profissional dará seguimento no atendimento. Em casos de pacientes admitidos diretamente na enfermaria, o fonoaudiólogo aplicará o protocolo de triagem fonoaudiológica. Se algum fator de risco for detectado, deverá ser realizada a avaliação.

Para os casos de solicitação de atendimento, seja por solicitação/prescrição da equipe médica ou multiprofissional, será diretamente realizada a avaliação, pois neste caso, já existe uma indicação de risco. Após a avaliação, caso o paciente tenha apresentado alguma alteração de deglutição, deve ser realizada terapia fonoaudiológica nos atendimentos seguintes. Caso não tenha nenhuma alteração de deglutição, deve ser realizado gerenciamento fonoaudiológico, e após a alta.

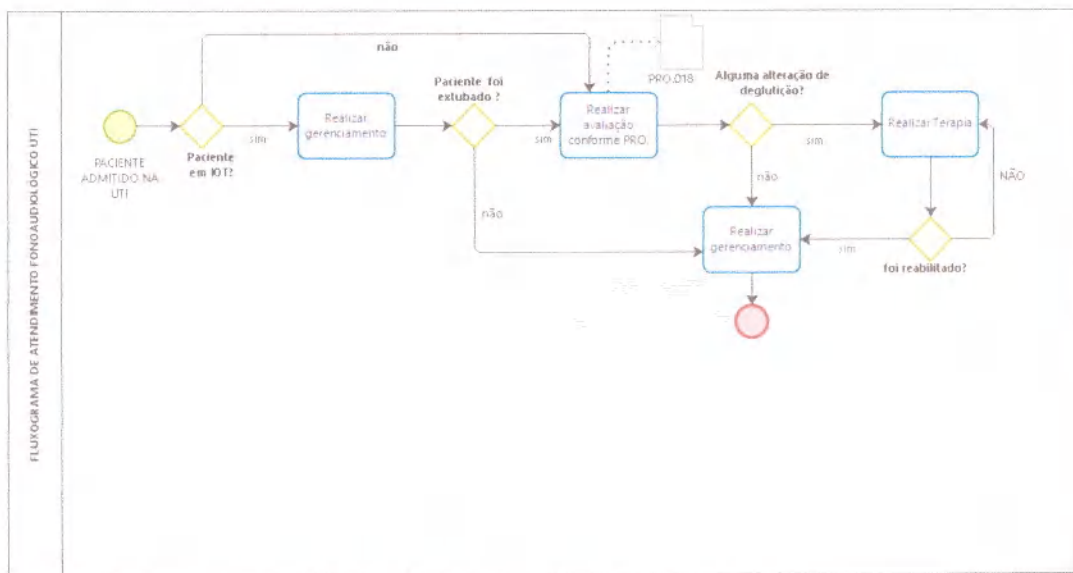


Figura 68 – Fluxograma de Atendimento Fonoaudiologia.

Para garantir o desempenho integral dessa categoria profissional, a proposta de atendimento do serviço de Fonoaudiologia a ser desempenhada, contempla a assistência presencial nas dependências das unidades a serem geridas pelo IBGH (clínicas médica e cirúrgica), com cobertura de 12 horas de segunda a sexta, discriminados da seguinte forma:

392



000393

Profissional	Carga horária	Tipo de Assistência	Quantidade
Fonoaudiólogo	30 horas	Diarista	2

Tabela 62 – Quadro de Pessoal de Fonoaudiologia

A tabela acima apresenta a quantidade de profissionais para o funcionamento 24 horas do setor, o total de profissionais.

#### 4.4.3.5.3 Reabilitação Fisioterapia

A Fisioterapia é uma Ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas nos diferentes níveis de complexidade.

O fisioterapeuta, enquanto parte da equipe multiprofissional da unidade, deverá praticar o exercício da profissão de forma interprofissional, tendo como foco de seus conhecimentos a assistência ao paciente internado. Para isso, todas as condutas aplicadas deverão seguir a prática baseada em evidências científicas.

##### 4.4.3.5.3.1 Atribuições a serem desempenhadas pelo Fisioterapeuta

- Realizar a avaliação e monitoramento sistemático nas variáveis referentes aos sistemas cardiopulmonar e neuro-músculo-esquelético;
- Determinar o diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico, a partir da identidade da patologia clínica intercorrente, de exames laboratoriais e de imagens, da anamnese funcional e exame da cinesia, da funcionalidade e do sinergismo das estruturas anatômicas envolvidas;
- Solicitar parecer técnico especializado a outros profissionais de saúde, quando necessário;
- Elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial, indicando o grau de capacidade ou incapacidade funcional, com vistas a apontar competências ou incompetências laborais (transitórias ou definitivas), mudanças ou adaptações nas funcionalidades (transitórias ou definitivas) e seus efeitos no desempenho laboral (Resolução COFFITO n. 381/2010).
- Realizar consulta fisioterapêutica e anamnese, bem como solicitar e realizar interconsultas e encaminhamentos;
- Manter ou melhorar as amplitudes de movimento articular, lançando mão de recursos terapêuticos, posicionamentos funcionais no leito e, caso necessário, de recursos ortopédicos;

393



**000394**

- Auxiliar o médico e a equipe multiprofissional no procedimento de intubação orotraqueal e de reanimação cardiorrespiratória;
- Gerenciar e monitorar, de forma compartilhada, os aparelhos utilizados – tais como suporte ventilatório, ventilação mecânica invasiva e não invasiva –, evoluindo alterações embasadas em dados gasométricos, laboratoriais, exames de imagem, sinais vitais, condições clínicas e marcadores funcionais (saturação arterial de oxigênio, padrão respiratório, frequência respiratória, ausculta pulmonar e mecânica ventilatória);
- Auxiliar na prevenção de transtornos circulatórios (trombose venosa profunda e infiltrado de extremidades), podendo realizar a prescrição de meias compressivas, após discussão com a equipe multiprofissional;
- Realizar reabilitação funcional;
- Modular tônus muscular;
- Auxiliar na prevenção e tratamento de síndromes dolorosas;
- Participar e colaborar na educação continuada de profissionais da Unidade;
- Prescrever órteses, próteses e materiais especializados (andadores, cadeiras de rodas, palmilhas, muletas, calçados anatômicos, bengala, carinho, coletes etc.), conforme descrito na Portaria SAS/MS n. 661/2020;
- Participar de grupos de estudos, comissões e conselhos da Unidade;
- Estimular mudanças ativas de decúbito, trocas de posturas e transferências;
- Estimular e proporcionar ganho de posturas altas de sedestação e ortostatismo passivo ou ativo;
- Estimular deambulação e treino de marcha supervisionados, com ou sem recursos auxiliares;
- Monitorar a força muscular com escalas e dispositivos de avaliação e manter e/ou melhorar a função muscular em termos de força, resistência, potência e trofismo, utilizando, além de posturas e atividades funcionais – tais como recursos terapêuticos de mobilização ativa, treinos com resistência e eletroestimulação – quando necessário e viável;
- Realizar aspirações durante as terapias (Acórdão COFFITO n. 474/2016), conforme protocolo institucional, quando houver sinais sugestivos da presença de secreção nas vias aéreas (por exemplo, secreção visível no tubo, som sugestivo na ausculta pulmonar, padrão denteado na curva fluxo volume observado na tela do ventilador etc.), avaliando a possibilidade de uso de circuito fechado, principalmente em situações específicas;
- Manter cuidados com as vias aéreas, monitorando a pressão do balonete do tubo traqueal ou da cânula de traqueostomia. Nos casos em que não há riscos de broncoaspiração, proceder o desmame do cuff (balonete) da cânula de traqueostomia junto à equipe multiprofissional, otimizando a troca para uma cânula de metal;
- Ater-se a uma adequada umidificação e aquecimento dos gases ofertados para assegurar a integridade das vias aéreas e uma adequada função mucociliar, quando se fizer necessário (alto fluxo);
- Estabelecer as metas de saturação arterial de oxigênio do paciente, junto à equipe multiprofissional, e realizar a oferta adequada e necessária de oxigênio, a fim de corrigir hipoxemia e evitar hiperóxia e prováveis efeitos deletérios pelo uso indevido;
- Manter e orientar o posicionamento adequado e funcional do paciente, o que deve ser feito sempre ao final das condutas realizadas, interagindo com a equipe de enfermagem quanto à continuidade do programa de prevenção de lesões por pressão, prevenção de deformidades, encurtamentos e melhoria do padrão ventilatório do paciente;
- Aplicar medidas e bundles para prevenção de infecções hospitalares;

394

000395

- Atuar como preceptor na formação profissional de estudantes de graduação e pós-graduação (resolução CONFFITO n. 424/2013, Art. 41); e
- Oferecer suporte terapêutico às demais áreas, dentre outras atribuições.

#### 4.4.3.5.3.2 Funcionamento, Áreas de Abrangência, Horário e Equipe mínima

Para garantir o desempenho integral dessa categoria profissional, a proposta de atendimento do serviço de Fisioterapia a ser desempenhada, contempla a assistência presencial nas dependências das unidades a serem geridas pelo IBGH (clínicas médica e cirúrgica), com cobertura de 24 horas por dia em todos os dias da semana, discriminados da seguinte forma:

Profissional	Carga horária	Tipo de Assistência	Quantidade
Fisioterapeuta	30 horas	Diarista	12

*Tabela 63 – Quadro de Pessoal da Fisioterapia*

A tabela acima apresenta a quantidade de profissionais para o funcionamento 24 horas do setor, o total de profissionais.

#### 4.4.3.6 Descrição da forma de organização das diferentes unidades a serem gerenciadas (Clínica Médica e Clínica Cirúrgica)

##### 4.4.3.6.1 Clínica Médica

A clínica médica é também conhecida como Medicina Interna e Clínica geral, é a especialidade médica que trata de pacientes adultos, atuando principalmente em ambiente hospitalar. Inclui o estudo das doenças de adultos, não cirúrgicas, não obstétricas e não ginecológicas, sendo a especialidade médica a partir da qual se diferenciaram todas as outras.

##### **A unidade de Clínica Médica compete:**

- coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes clínicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor

395

- nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- II. emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica preestabelecida;
  - III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
  - IV. fazer registro diário dos serviços prestados;
  - V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
  - VI. zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
  - VII. elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
  - VIII. elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
  - IX. preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
  - X. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
  - XI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
  - XII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
  - XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
  - XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
  - XV. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
  - XVI. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
  - XVII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
  - XVIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Médica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

#### 4.4.3.6.2 Clínica Cirúrgica

A clínica cirúrgica é a especialidade responsável pelo destino ao atendimento pré e pós-operatório, ou seja, recebe os pacientes que irão fazer a cirurgia, realizando o preparo, e os pacientes que vêm da cirurgia.

000397

**A unidade de Clínica Cirúrgica compete:**

- I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes cirúrgicos oriundos da Emergência, nas especialidades de cirurgia geral, plástica, vascular, torácica, buco-maxilo-facial e urológica, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- II. emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica do Serviço de Pronto Socorro;
- III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- IV. fazer registro diário dos serviços prestados;
- V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial e do Serviço de Pronto Socorro do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- VI. zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- VII. elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
- VIII. preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- IX. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- X. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XI. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
- XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XIV. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XV. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- XVI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Cirúrgica do Pronto Socorro serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

**4.4.3.7 Definição das Atividades Médicas, Distinguindo Entre Aquelas que Exigirão Presença Física de Médico Especialista e Médico Geral e Médicos que Atenderão na Forma de Sobreaviso.**

As unidades de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica a serem geridas pelo IBGH, disponibilizarão os atendimentos médicos necessários, de acordo com o perfil de cada unidade, 24 horas por dia, ininterruptamente aos pacientes que acessarem o serviço por encaminhamento da rede.

Dessa forma, a unidade contará com:

397 

000398

- Cobertura 24 horas para Clínica Médica;
- Atendimentos de segunda a sexta-feira das 08:00 às 18:00, de forma presencial e sobreaviso nos turnos restantes, para Geriatria e Infectologia;
- Radiologia, Cardiologia, Nefrologia e Cirurgião Geral de forma presencial todos os dias;
- Nutrologia e Hematologia estrarão de sobreaviso externo e serão acionados de acordo com a demanda; e
- Outras especialidades também poderão estar de sobreaviso de acordo com a demanda.

Especialidade	Plantão Presencial	Plantão de sobreaviso
Clínica médica	7:00- 19:00 / 19:00- 7:00	
Neurologista		7:00- 19:00 / 19:00- 7:00
Cardiologista		7:00- 19:00 / 19:00- 7:00
Infectologista		7:00- 19:00 / 19:00- 7:00
Cirurgião geral		7:00- 19:00 / 19:00- 7:00
Nefrologista	7:00- 19:00 / 19:00- 7:00	

*Tabela 64 - Quadro de Presença Médica*

Conforme o descrito acima, as disponibilidades de médicos em sobreaviso devem obedecer às normas de controle que garantam a boa prática médica e o direito do Corpo Clínico sobre sua participação ou não nessa atividade (RESOLUÇÃO CFM N° 1.834/2008).

Vale ressaltar que o corpo clínico trabalhará em unidade com a equipe multiprofissional, gerida pela Diretoria Técnica, que é o órgão executor das políticas, diretrizes, objetivos e metas emanadas da alta direção, a serem implementadas junto ao corpo clínico, com o objetivo de programar o modelo assistencial através de práticas de qualidade e segurança, bem como representar organizar e supervisionar as atividades médicas, responsabilizando-se pelas atividades técnicas do serviço médico, assegurando o exercício correto da medicina, conforme as normas vigentes.

Conforme o exposto, o Corpo Clínico será constituído por médicos credenciados a desenvolverem atividades profissionais no âmbito do serviço:

- Os membros do Corpo Clínico por possuírem autonomia profissional são responsáveis pela assistência médica aos que procuram o serviço e responde civil, penal e eticamente por seus atos;
- Aos membros do Corpo Clínico, será franqueada a utilização da infraestrutura, instrumentais cirúrgicos e equipamentos, para atendimento dos clientes/pacientes e cuidados oferecidos pelo serviço, na forma deste Manual de Gestão, observada a habilitação de cada um, sem ônus para os mesmos, ressalvados os contratos em geral;

Para fins de definição, o Corpo Clínico, órgão de caráter administrativo e sem personalidade jurídica, será constituído de Direção Clínica, Comissão de Ética Médica e Setores Médicos necessários e possíveis para o atendimento da demanda de clientes do serviço, obedecidas às determinações estabelecidas.

A existência de Corpo Clínico, constituído regularmente, não impede que a Diretoria convenie com pessoas jurídicas prestadoras de serviços e que seus profissionais médicos, atendam, no Hospital, os clientes a elas vinculados.

398

000399

A terceirização dos Serviços Médicos poderá ser realizada por meio da celebração de contrato entre pessoas jurídicas, registrado em cartório, ficando garantido ao serviço o direito de fiscalização do mesmo, a realização do faturamento, sua participação e a aplicação das normas da unidade.

#### 4.4.3.8 Descrição Da Organização E Funcionamento Das Unidades De Internação Das Clínicas

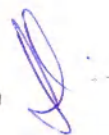
Além da organização das unidades de internação descritas no item “Descrição da forma de organização das diferentes unidades a serem gerenciadas (Clínica Médica e Clínica Cirúrgica)”, é importante descrever a descrição dos serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutico.

##### 4.4.3.8.1 Serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutico

Entende-se por SADT interno, a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a usuários atendidos na Unidades. O serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, é prestado pelos exames de Análises Clínicas, Radiologia, Eletrocardiograma, Ultrassonografia estará disponível 24 horas.

- Ao serviço de análises clínicas compete:
  - I. Realizar exames laboratoriais solicitados;
  - II. realizar exames laboratoriais solicitados;
  - III. suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos
  - IV. análises dos resultados dos exames laboratoriais de líquidos biológicos prescritos para os pacientes internos ou externos da Instituição;
  - V. zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente
  - VI. pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;
  - VII. manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;
  - VIII. avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos

399



**000400**

- IX. laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;
- X. manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados;
- XI. promover a capacitação técnicas dos profissionais envolvidos na análise e diagnóstico de materiais biológicos;
- XII. elaborar dados estatísticos e epidemiológicos;
- XIII. buscar a excelência dos resultados obtidos.

- Ao serviço de ultrassonografia compete:

- I. suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises do exame de Ultrassonografia prescritos para os pacientes internos;
- II. zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;
- III. manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;
- IV. avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;
- V. manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

- Ao Serviço de exame da radiologia compete:

- I. suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises do exame de Raio X prescritos para os pacientes internos;
- II. zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;
- III. manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;
- IV. avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;
- V. manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

- Ao serviço de eletrocardiograma compete:

- I. suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises do exame de Eletrocardiograma prescritos para os pacientes internos;
- II. zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;
- III. manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;

400 



000401

IV. avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;

V. manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

#### 4.4.3.9 Transporte Intra-Hospitalar Dos Pacientes Da Unidade;

Considera-se transporte seguro aquele que sua indicação é reavaliada, realizado seu planejamento e sua execução é feita visando minimizar possíveis riscos ao paciente transportado. Deve ser seguro e eficiente, sem expor o paciente a riscos desnecessários, evitando agravar seu estado clínico.

O transporte de pacientes é de responsabilidade da instituição durante todo período de permanência destes no hospital, desde a admissão até o momento da alta hospitalar.

A descrição de como será realizado o transporte seguro dos pacientes nas unidades a serem geridas pelo IBGH está detalhada de forma predominante em duas propostas de protocolos a serem instituídos.

- Protocolo de Transporte Seguro
- Protocolo de Transição De Cuidados

Os documentos abaixo listados estão apresentados NO ANEXO II, deste plano de trabalho. Estes documentos são modelos de proposta, devendo ser adaptados para as unidades e servirem de orientação para a elaboração de outros que se façam necessários.

#### 4.4.3.10 Modelo De Gerenciamento Dos Serviços De Farmácia Hospitalar

A organização do serviço de farmácia hospitalar foi descrita no item ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA DO SERVIÇO DE FARMÁCIA.

Neste item será discorrido mais especificamente do modelo de gerenciamento do serviço.

Os serviços de dispensação de medicamentos estarão disponíveis 24 horas, todos os dias, contando com o seguinte dimensionamento de pessoal:

CARGO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE	VÍNCULO
Farmacêutico coordenador	44	1	CLT
Farmacêutico clínico (diarista)	44	1	CLT

401

Farmacêutico diurno	12x36	2 (1 por plantão)	CLT
Farmacêutico noturno	12x36	2 (1 por plantão)	CLT
Auxiliar de Farmácia diurno	12x36	4 (2 por plantão)	CLT
Auxiliar de Farmácia noturno	12x36	4 (2 por plantão)	CLT

*Tabela 65 - Quadro de Pessoal Farmácia*

O serviço clínico será desenvolvido todos os dias, de segunda a sexta das 08 às 18 pelo farmacêutico clínico, no noturno, finais de semana e feriado, será desenvolvido sobre demanda para o farmacêutico plantonista.

O serviço de farmácia é dividido nas seguintes atividades: Seleção, Programação, Aquisição, Armazenamento, Distribuição, Dispensação, Farmacovigilância.

#### **a) Seleção de medicamentos e Materiais**

O objetivo da seleção e padronização de materiais e medicamentos é assegurar uma terapêutica racional e de baixo custo, obtendo o melhor efeito, com o menor número de produtos, durante um período mais curto e com o menor custo possível.

A seleção e padronização é realizada através de uma comissão multiprofissional a Comissão de Farmácia e Terapêutica, desta comissão participa, médicos, enfermeiros, biomédico, direção e o farmacêutico é o presidente desta comissão. Cada material e medicamento que é padronizado ou despadronizado na unidade deve passar por essa comissão, onde será emitido um parecer através de evidências científicas, presando sempre a economicidade.

Outro ponto considerado para a seleção de medicamentos é a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é o documento oficial de referência nacional com a listagem dos medicamentos classificados como essenciais.

#### **b) Programação**

A programação de compras é feita considerando um estoque para 45 dias e é feito através de uma gestão do estoque onde é considerado a previsão de demanda aliados a análise do perfil epidemiológico, consumo histórico, capacidade de serviço instalada, e fenômenos de sazonalidade.

O principal método de previsão de demanda utilizada nos hospitais é a Média Aritmética Móvel, aliada aos parâmetros de reposição de estoques Curva ABC, Estoque de Segurança e Ponto de Ressuprimento.

#### **c) Aquisição**

Após a programação realizada ela será validada com a Direção do Hospital e será encaminhada via sistema eletrônico para o Serviço de Compras que é corporativo.

A aquisição é um conjunto de procedimentos feitos para efetivar o processo de compra dos medicamentos e materiais, de acordo com uma programação estabelecida, buscando garantir a qualidade necessária, pelos melhores preços e com a agilidade que o sistema requer.

O processo de cotação é feito através de plataforma eletrônica, onde fornece uma gama de fornecedores, potencializando assim uma aquisição com maior economia. Todos os fornecedores passam por um processo de cadastro e todos passam por uma qualificação.

000403

**d) Armazenamento**

Após aquisição a unidade recebe a ordem de compra e no momento do recebimento é conferido o produto com a ordem de compra e nota fiscal, além de avaliar a conformidade dos produtos e entrega.

Os produtos após recebidos irão para uma área de quarentena, onde ficarão ali até ter a sua nota dado entrada no sistema eletrônico e serem etiquetados.

Assim que etiquetados, os produtos serão armazenados no almoxarifado. Os produtos devem ser armazenados conforme as categorias (medicamentos, materiais, materiais de radiologia, materiais de limpeza, expediente etc.) e sempre respeitando as condições de validade (PVPS – ‘primeiro que vence, primeiro que sai’), identificação dos produtos, boa visibilidade, organização, limpeza, condições adequadas de temperatura e umidade e distantes do solo, paredes e teto, além de respeitar as orientações de empilhamento de cada produto.

**e) Distribuição**

De segunda a sexta, das 08 às 18 horas, os produtos serão dispensados para a farmácia central para serem unitarizados e entregue aos setores assistenciais.

A solicitação deve ser feita via sistema de gestão informatizado e o produto que será dispensado seguirá a metodologia PVPS (primeiro que vence, primeiro que sai).

**f) Dispensação**

Os medicamentos dos pacientes serão dispensados por kits a cada 8 horas, através da prescrição médica.

As prescrições devem ser feitas no sistema eletrônico até as 11 horas. O farmacêutico fará a triagem e aprazamento no sistema eletrônico. A prescrição do dia começará a valer a partir das 14 horas.

	<b>Horário do Kit</b>	<b>Período que será montado</b>	<b>Horário da entrega do kit para enfermagem</b>
<b>KIT 1</b>	14:00 as 21:59	Diurno	13:00
<b>KIT 2</b>	22:00 as 05:59	Diurno	21:00
<b>KIT 3</b>	06:00 as 13:59	Noturno	05:00

*Tabela 66 - Quadro de horário de dispensação de KIT's Pela Farmácia*

No kit 1 de medicamentos deverá ser dispensados os medicamentos que os pacientes usarão entre o horário das 14:00 às 21:59, esse kit será montado pelo plantão diurno do dia e entregue para enfermagem as 13 horas.

No kit 2 de medicamentos deverá ser dispensados os medicamentos que os pacientes usarão entre o horário das 22:00 às 05:59, esse kit será montado pelo plantão diurno e entregue para enfermagem as 21:00 horas.

No kit 3 de medicamentos deverá ser dispensados os medicamentos que os pacientes usarão entre o horário das 06:00 às 13:59, esse kit será montado pelo plantão noturno e entregue para enfermagem as 05:00 horas do dia seguinte.

Cada kit de medicamento deverá conter uma etiqueta com o nome do paciente completo, data de nascimento e leito. Cada medicamento e material deverá conter uma etiqueta com

403 



000404

o nome do produto, lote e data de validade. Esse procedimento é conhecido como dispensação por dose individualizada.

Os medicamentos serão dispensados via sistema eletrônico por código de barras, o recebimento da enfermagem também será feito por meio de leitor de código de barras.

g) Farmacovigilância

A farmacovigilância é a compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados a medicamentos.

A farmacovigilância é realizada através da farmácia clínica, onde os farmacêuticos diariamente irão fazer a triagem das prescrições, além de avaliações dos pacientes conforme score de risco farmacêutico, onde avaliarão como está sendo o uso dos medicamentos, se estão ocorrendo reações e fornecendo capacitação para equipe para evitar eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos.

Dentro do ciclo de assistência farmacêutica, existem outras atividades que o serviço de farmácia deve executar na sua rotina são elas:

a) Inventário da Farmácia:

Na última semana do mês deverá ser feito um inventário de todos os itens que consta na farmácia. O farmacêutico RT, deverá dividir a lista de medicamentos com o turno diurno e noturno. *No dia do inventário montar todos os kits assim que receber a prescrição para evitar tumulto durante a contagem.*

No final do inventário o farmacêutico RT, fará ajuste do estoque junto com o Coordenador de Suprimentos.

b) Lista de reposição de medicamentos do CAF:

No período noturno o farmacêutico deverá verificar os itens que precisam ser abastecidos para o próximo dia, e solicitar no sistema eletrônico, para que o Almoxarifado faça a reposição.

Nas sextas-feiras e dia que antecede feriado, o farmacêutico do diurno deverá solicitar reposição que abasteça todo esse período.

c) Carrinho de emergência:

O carrinho de emergência deve ser verificado semanalmente, pelo farmacêutico noturno, utilizando o CHECK LIST DE CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA, os itens que estiverem divergentes serão corrigidos e deverá ser elaborado um memorando para a Gerência de Enfermagem, apontando as divergências.

d) Realizar solicitação de compras medicamentos:

Após o inventário, na última semana do mês o farmacêutico RT deverá elaborar a solicitação de compras mensais no sistema eletrônico, realizar memorando e entregar estes documentos, juntos com o histórico de consumo do mês ao Coordenador do Almoxarifado.

e) Fracionamento de medicamentos:

O fracionamento dos medicamentos deve ser feito todos os dias pelo auxiliar de farmácia do noturno. O farmacêutico é o responsável por verificar quais medicamentos devem ser fracionados para não faltar para as próximas 24 horas.

Para facilitar, segue um quadro com cronograma de ações de organização do Serviço de Farmácia:

404

ATIVIDADE	Responsável	Período	Frequência
Fracionamento de medicamentos	Auxiliar de farmácia	Noturno	Diário
Lista de reposição de medicamentos do CAF	Farmacêutico	Noturno	Diário
Triar Prescrição	Farmacêutico	Diurno	Diário
Montar Kits de medicamentos	Auxiliar de farmácia	Diurno e Noturno	Diário
Participar da visita multiprofissional	Farmacêutico	Diurno	Diário
Conferir carrinho de emergência	Farmacêutico	Noturno	Semanal
Realizar solicitação de compras medicamentos	Farmacêutico coordenador	Diurno	Mensal
Realizar inventário	Farmacêuticos e Auxiliares	Diurno e Noturno	Mensal

*Tabela 67 – Quadro de atividades da Farmácia*

Adotamos ações diferenciadas para certos grupos de medicamentos como:

**Medicamentos de alta vigilância:** São aqueles medicamentos que apresentam um alto risco que ocasionar eventos adversos. Na unidade eles serão identificados com etiqueta de código de barras na cor vermelha. Esses medicamentos serão dispensados em uma fita separada e armazenados nos postos de enfermagem em um local separado. Na observação da prescrição de cada medicamento de alta vigilância contém o risco associado ao seu uso e o cuidado que se deve ter antes de administrar o medicamento.

**Medicamentos controlados:** Os medicamentos pertencentes à Portaria nº 344/98 serão identificados com etiquetas de código de barras na cor amarela. Esses medicamentos na farmácia serão armazenados em um armário com chaves, que fica com o farmacêutico e nos postos serão entregues para o enfermeiro que os armazenam em um armário com chaves e só entregar para os técnicos que ficam próximos à administração.

**Medicamentos de alto custo:** Esses medicamentos serão elaborados protocolos específicos contemplando os casos para dispensação e só serão dispensados após a liberação do Gerente Médico.

#### **Prescrição eletrônica de medicamentos**

O prontuário eletrônico do paciente é “um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários fornecendo acesso a um completo conjunto



de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como links para bases de conhecimento médico”.

A utilização do prontuário eletrônico prevê a implantação da prescrição eletrônica onde o médico diariamente avalia e prescreve para seu paciente e automaticamente a farmácia dispensa os medicamentos e materiais necessários para a enfermagem ministrar.

Após a prescrição por um profissional médico cadastrado, os sistemas geram as respectivas vias de arquivamento em prontuário e de produção para a farmácia e demais setores produtivos, do caso quando não estiver em funcionamento a assinatura digital.

Todas as movimentações de insumos realizadas para atender às prescrições são registradas no sistema, enquanto os documentos técnicos são avaliados em sua totalidade por nossas equipes de farmacêuticos clínicos.

Será elaborado pelos gestores o cronograma de implantação da prescrição eletrônica.

Quanto as atividades realizadas pela farmácia clínica, podemos listar:

**a) Avaliação farmacêutica na admissão do paciente:**

Na admissão do paciente é realizada a avaliação farmacêutica, que tem como objetivo avaliar as necessidades do paciente relacionadas aos medicamentos, levantar dados que o possibilite conhecer seu histórico de saúde e permitir elaborar seu perfil farmacoterapêutico, com o objetivo de melhores resultado no tratamento do paciente.

O farmacêutico avalia o prontuário do paciente para obter as informações necessárias para a elaboração do seguimento farmacoterapêutico, através de um escore de risco, se necessário realiza entrevista com paciente e/ou acompanhante.

O escore de risco, será aplicado a todos os pacientes, com objetivo principal de avaliar os fatores de risco farmacoterapêuticos, nos pacientes hospitalizados, para determinar o direcionamento do acompanhamento farmacêutico. Através dos resultados obtidos, serão definidos a periodicidade que serão realizadas as avaliações:

- Maior que 13: (alto risco). Pacientes com fatores de risco elevados necessitam prioridade no acompanhamento com no mínimo 3 avaliações semanais.
- De 9 a 12: (Média complexidade). Acompanhamento com no mínimo 2 avaliações semanais.
- Menor que 8: (Baixa complexidade). Acompanhamento com 1 avaliação semanal.

Todos os escores aplicados, deverão ser arquivados junto a pasta de acompanhamento de cada paciente.

O segmento deverá ser utilizado para traçar o acompanhamento de cada paciente e ao final do atendimento e/ou alta hospitalar.

**b) Conciliação medicamentosa**

A conciliação medicamentosa é uma prática que objetiva a harmonização dos planos terapêuticos dos pacientes, desde a admissão até a alta, incluindo todas as mudanças de nível assistencial, e é considerada uma ferramenta estratégica para a segurança do paciente pelos principais programas de qualidade em saúde. Segue abaixo as etapas da conciliação:

- Verificar no prontuário, do paciente recém-admitido, a existência do registro de medicamentos de uso prévio.
- Verificar se a equipe multidisciplinar, coletou informações sobre os medicamentos de uso prévio com o paciente, familiares ou responsáveis;

000407

- Realizar entrevista com o paciente e/ou familiar, responsável a fim de coletar informações sobre os medicamentos de uso prévio pelo paciente e existência de *alergias*. Na impossibilidade de realizar a entrevista pessoalmente com o paciente e/ou familiar, deverá ser realizada via contato telefônico;
- Comparar as informações coletadas por meio do paciente e/ou familiar e a prescrição da unidade.
- Verificar a existência de discrepância medicamentosa, entre as informações coletadas e a prescrição atual do paciente. Se existir discrepância que necessita de esclarecimento, discutir com a equipe médica. Se não existe discrepância que necessita de esclarecimento, finalizar o processo de reconciliação medicamentosa.

**c) Análise da farmacoterapia**

O farmacêutico clínico deve realizar a análise da farmacoterapia, analisando a indicação, dose, via de administração, frequência e duração do tratamento para cada medicamento em uso e deve reunir as informações clínicas necessárias para avaliar a resposta do paciente, em termos de efetividade e segurança.

Para realizar esta análise será feito a análise de prescrição, verificando sempre:

- Identificação do paciente: nome, registro de internação, sexo, idade, peso e altura;
- Aspectos do paciente: O registro de alergias e uso de medicamento prévio;
- Aspectos da administração dos medicamentos: Reconstituição, diluição, tempo de infusão, estabilidade e incompatibilidade;
- Dose: Dose adequada para a indicação terapêutica, dose máxima diária, ajuste de dose para paciente com alterações renais ou hepáticas, idosos, crianças, gestantes e lactantes;
- Frequência: O intervalo correto entre as doses e o aprazamento adequado;
- Medicamento: Disponibilidade no mercado, padronização da instituição, indicações terapêuticas, contraindicações e interações medicamentosas;
- Via de administração: Via correta com a apresentação do medicamento, avaliar se há necessidade de ajustes de formas farmacêuticas;
- Interações medicamentosas: Avaliar se há um risco de interação medicamentosa e qual a relevância da mesma;
- Incompatibilidade medicamentosa: Avaliar se há risco de incompatibilidade entre os medicamentos EV e sugerir alternativas;
- Qualquer problema encontrado deve ser tratado e/ou resolvido. Toda conduta adotada e realizada deve ser documentada e registrada no prontuário do paciente.

**d) Evolução diária**

O farmacêutico deve realizar a evolução diária do paciente contemplando a filosofia da prática da Farmácia Clínica, buscando verificar e garantir que a farmacoterapia do paciente esteja adequada, para tratar seus problemas de saúde, avaliando sua eficácia, efetividade e segurança, além de avaliar o uso adequado dos medicamentos.

Todas as condutas farmacêuticas tomadas junto ao paciente, devem ser registradas, monitorando e avaliando a evolução diária do paciente. Deve haver documentação, comunicação e colaboração com toda a equipe multidisciplinar.

**e) Intervenção farmacêutica**

407



O farmacêutico deve analisar de forma aprofundada os medicamentos prescritos. Após essa análise, em casos de identificação de problemas relacionados aos medicamentos, faz-se necessário realizar a intervenção farmacêutica e documentá-la por meio do preenchimento de instrumento próprio a ficha de intervenção farmacêutica.

**f) Transição de cuidado**

O farmacêutico clínico vai acompanhar todos os pacientes transferidos de uma unidade para outra a fim de prevenir erros de medicação na transcrição de cuidados e de prestar orientações sobre a terapia medicamentosa ao paciente e/ou acompanhante, esse acompanhamento será até o momento de sua alta.

Após o paciente ser transferido o farmacêutico clínico, deve realizar a análise da nova prescrição médica, verificando todo esquema terapêutico do paciente, realizando a conciliação da farmacoterapêutica.

Esta comparação deve ser realizada com o intuito de encontrar discrepâncias intencionais ou não intencionais na prescrição médica. A partir dessa primeira análise, o farmacêutico, deverá conversar com a equipe médica sobre as discrepâncias encontradas, buscando otimizar a farmacoterapia do paciente por meio da intervenção farmacêutica. As discrepâncias encontradas serão as intencionais e as não intencionais.

As não intencionais são:

- A omissão de medicamento necessário pelo paciente;
- A adição de medicamento não justificado pela situação clínica do paciente;
- A diferença na dose, via de administração, frequência, horário ou método de administração;
- A duplicidade medicamentosa.

Já as discrepâncias intencionais ocorrem por decisão médica de não prescrever um medicamento ou alterar sua dose, frequência ou via de administração de acordo com a situação clínica do paciente ou, ainda, uma substituição terapêutica de um medicamento por outro da lista de medicamentos padronizados do hospital.

Após a discussão das discrepâncias com o prescritor, novamente, é realizada análise da prescrição a fim de verificar se a intervenção farmacêutica foi aceita ou não pelo médico.

O farmacêutico clínico deve trabalhar diretamente em contato com a equipe de saúde das unidades de internação, atuando na avaliação e monitoramento da resposta terapêutica dos pacientes transferidos, realizando intervenções, recomendações e fornecendo informações sobre seus medicamentos. O farmacêutico deve acompanhar a evolução do paciente e prestar assistência clínica até o momento de sua alta.

**g) Orientação de alta**

Sabendo que em sua maioria os pacientes apresentam baixos níveis de conhecimento sobre seu tratamento, especialmente sobre terapia medicamentosa, seja pela falta de informação ou pela não compreensão das informações recebidas dos profissionais de saúde, é uma das principais causas da falta de adesão do paciente ao seu regime farmacoterapêutico e plano de monitorização.

Ao ser comunicado sobre a alta do seu paciente, o farmacêutico clínico em posse do formulário de reconciliação, e do formulário de alta farmacêutica, deve se dirigir ao leito do paciente, analisar a prescrição médica verificando se existe alguma discrepância com a prescrição médica realizada durante seu período de internação.





Definido a prescrição do paciente o farmacêutico clínico deve orientar o paciente com informações sobre sua terapia medicamentosa. Para que a orientação possa efetivamente ajudar o paciente, é necessário identificar quais são suas reais expectativas e preocupações, sejam elas verbalizadas ou demonstradas por atitudes e comportamentos, para que a orientação a ser realizada possa ir ao encontro das necessidades do paciente. É preciso, também, identificar quanto o paciente já sabe sobre sua doença e seus medicamentos; quais aspectos devem ser complementados e/ou esclarecidos, incluindo crenças e medos; quais habilidades precisam ser desenvolvidas, e quais comportamentos e atitudes necessitam ser modificados, visando evitar a ocorrência de problemas decorrentes de falta de adesão e/ou erro cometido ao seu tratamento medicamentoso.

Como suporte ao paciente caso ele necessite, dever ser aplicado o formulário de alta farmacêutica, que possibilita ao farmacêutico traçar o esquema de horários de forma clara e objetiva, quanto a sua terapia prescrita.

#### 4.4.3.11 Descrição do Funcionamento dos Serviços de Imaginologia (RX, USG), Métodos Gráficos (ECG);

Os exames radiológicos solicitados, serão realizados na própria unidade (para os pacientes internados). Estes serão laudados pelo médico radiologista, permanecendo as observações médicas sobre o resultado anexas ao prontuário.

Os horários das funções exercidas na radiologia cumprirão a legislação específica dessa área. todos os EPIs, protetores e dosadores de radiação serão disponibilizados para cada atendimento realizado. Os serviços de exames laboratoriais e de imagem funcionarão 24h por dia.

Os serviços de imagem, radiologia e de ultrassonografia, seguirão todas as normatizações técnicas preconizadas pela ANVISA, legislação pertinente e pelo manual de biossegurança.

Os exames gráficos (ECG) serão realizados pela enfermagem mediante prescrição médica. O laudo será realizado pelo médico cardiologista seja presencialmente ou por telemedicina.

Os exames permanecerão anexos no prontuário do paciente.

##### 4.4.3.11.1 Recursos Humanos Necessários: Verificar a necessidade.

PROFISSIONAIS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE
Técnico de radiologia	24	8
Médico radiologista	30h	1
Médico radiologista	12x36	2

Tabela 68 – Quadro de pessoal para atividades de serviços de imaginologia

000410

A tabela anterior apresenta a quantidade de profissionais para o funcionamento 24 horas do setor, o total de profissionais.

#### 4.4.3.12 Funcionamento Dos Serviços Hemoterápicos;

A Agência Transfusional é o setor responsável por todo o controle de hemocomponentes utilizados no hospital, responsável também por:

- I. Solicitar
- II. Armazenar
- III. Controlar o estoque de hemocomponentes
- IV. Realizar testes e provas pré-transfusionais - tipagens sanguíneas, ABO/RhD e testes de compatibilidade sanguínea, pesquisas de anticorpos
- V. As transfusões e o acompanhamento de pacientes transfundidos - instalação e monitoramento de todas as transfusões, obedecendo criteriosamente aos padrões de qualidade exigidos e a todas as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e ANVISA.

Desta forma, Agência Transfusional irá manter um estoque dos principais hemocomponentes (Concentrado de Hemácias, Plaquetas, Plasma Fresco Congelado). Cada hemocomponente é separado e armazenado pelo fator ABO/RhD. Em caso de transfusão, a Agência Transfusional é acionada. São coletadas amostras de sangue do paciente para a realização das provas pré-transfusionais visando à compatibilidade do receptor com as bolsas disponíveis na agência. Caso a agência não possua bolsas compatíveis, será acionado o Hemocentro, para atender à necessidade do paciente. Com a realização dos testes pré-transfusionais e atendimento às normas de segurança quanto à transfusão de hemocomponentes, o paciente está apto a ser transfundido. Cabe ressaltar que o paciente é acompanhado durante todo procedimento transfusional.

Para que sejam iniciados os procedimentos pré-transfusionais, a agência deve receber a solicitação de transfusão, em impresso próprio, preenchida pelo médico, com as seguintes informações: nome completo, matrícula, clínica, leito, sexo, diagnóstico, hemocomponentes, data, dados do médico e carimbo, tipo de transfusão, entre outros.

De acordo com a Resolução RDC/ANVISA nº 153, de 14 de junho de 2004 e Portaria MS nº 1.353, de 13 de junho de 2011, a Instituição que realiza intervenções cirúrgicas de grande porte, ou que efetue mais de 60 (sessenta) transfusões por mês, deve contar com, pelo menos, uma agência transfusional – dentro das suas instalações.

Conforme informação apresentada em visita técnica, o serviço de terapia transfusional será realizado pela Agência Transfusional do Hospital de Emergência. Dessa forma, a gestão do IBGH estabelecerá fluxo para solicitação e atendimento de sangue e hemocomponentes para os pacientes que necessitem de terapia transfusional, de acordo com as normas de hemoterapia estabelecidas pelo Hemocentro do Amapá.

410



#### 4.4.3.13 Funcionamento Do Serviço De Arquivo Médico, Estatística E Faturamento;

O **Serviço de Arquivo Médico e Estatística (Same)** é responsável pela organização, guarda e preservação de prontuários médicos, o que permite a sua rastreabilidade sempre que necessário. É o SAME que localiza, fornece e arquivava prontuários, mantendo o controle de saída e devolução daqueles fornecidos para consultas pelas unidades da unidade hospitalar. Ainda, recebe, revisa e ordena os prontuários de pacientes que têm alta hospitalar.

Também tem como função elaborar os indicadores estatísticos no âmbito técnico e de produção/produtividade, com o objetivo de avaliar a demanda e o desempenho da unidade hospitalar. O Serviço mantém um arquivo nosológico (com índice de doenças) e codifica diagnósticos existentes no prontuário. Desta forma, o SAME contribui para o aprimoramento constante da assistência prestada ao paciente.

**Seção de Arquivo Médico** - Controla, confere, ordena e arquivava o prontuário de pacientes do ambulatório e internação. O Prontuário do Paciente é o documento legítimo e individual deste, contendo dados e informações pessoais, bem como do ponto de vista médico social - tratamento clínico, resultados de exames, situação de internação, descrição cirúrgica, resultados e conclusões. É um instrumento dinâmico que uma vez iniciado permanece aberto por tempo indeterminado, atendendo sempre que a paciente recorrer à instituição. O documento é de propriedade do cliente, mas, segundo determinação do Conselho Federal de Medicina, cabe a cada instituição hospitalar conservá-lo por um período de 20 anos.

Mesmo que o hospital utilize prontuário eletrônico, devido a algumas controvérsias de legislações e como segurança será utilizado o Sistema Dígito Terminal em Cores, em Arquivo adequado.



Figura 69 - PRONTUÁRIO DÍGITO TERMINAL COLORIDO

CARGO	CARGA HORÁRIA	QTD	VÍNCULO
Auxiliar Administrativo	44	1	CLT

Tabela 69 - Quadro de Pessoal SAME

Horário de funcionamento: O Serviço funcionará de segunda às sextas-feiras em horário comercial, exceto feriados.

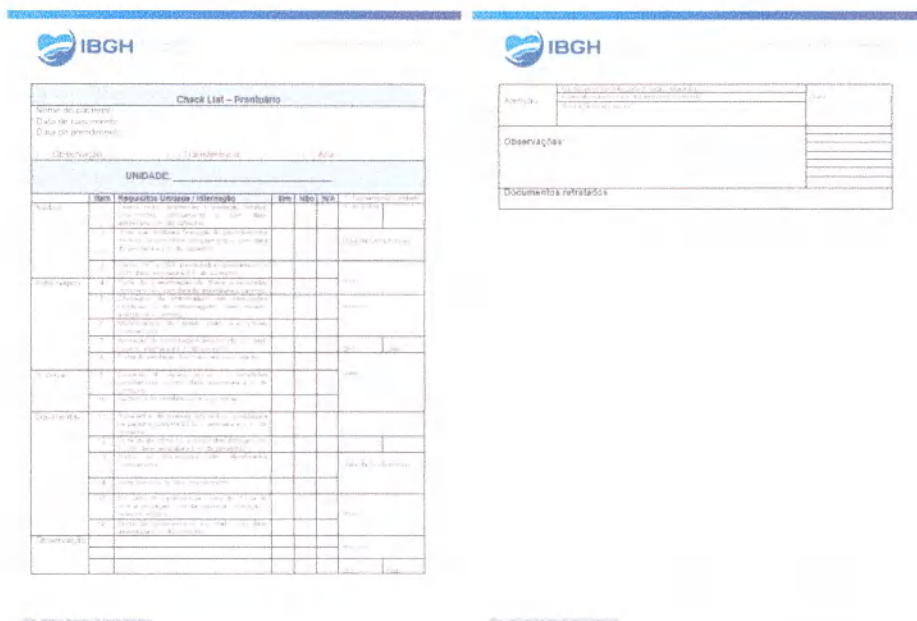


Figura 70 - CHECKLIST DO PRONTUÁRIO

**Serviço de Estatística:**

O setor de Estatística realizará a coleta e apuração dos dados para posterior avaliação do padrão de atendimento e da eficiência dos serviços prestados, o que gerará maior controle sobre as atividades administrativas, produtividade e custos.

É responsável pela coleta, apuração, análise e interpretação dos dados obtidos a partir dos prontuários e outras fontes de informação, como, o Censo Diário sobre o movimento dos pacientes (internações, altas, óbitos, evasões e transferências), relatórios de serviços administrativos, assistenciais, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento.

Objetiva-se organizar os dados para a pesquisa clínica, avaliar a instituição e observar a eficiência dos serviços prestados dentro do menor tempo a partir das seguintes atividades:

- Controle das admissões, transferências, altas, óbitos e cirurgias.
- Análise de taxas, índices, coeficientes e elabora o relatório das atividades estatísticas.
  - Fornecimento de informações epidemiológicas (nosologia, incidência de doenças etc.)
  - Estimativas e ajuste de modelos de tempo de vida, entre outros.

Os dados e os resultados obtidos servem de base ao corpo clínico para atividades de pesquisa e extensão, bem como ao corpo administrativo para o controle de gastos e custos, bem como para o acompanhamento das metas pactuadas.

A Estatística é composta do movimento geral da unidade, todos os dados, combinados entre si, fornecerão os chamados Indicadores Hospitalares, os quais



possibilitarão uma análise mais profunda das atividades e intercorrências institucionais. Sendo que o controle administrativo e gerencial depende da elaboração de um plano estatístico baseado em dados reais e confiáveis, suficientes à tomada segura de decisões.

Para a implantação da Estatística Hospitalar será necessário:

- Preencher o checklist para obtenção de informações básicas sobre a realidade do setor e do serviço realizado.

Item	Estatística	Sim	Não
1	É realizada a atualização mensal dos dados estatísticos institucionais?		
2	Existe sistemática de divulgação dos dados estatísticos atualizados à Direção do Hospital e aos demais líderes?		
3	Há interação do serviço de estatística com a Recepção, Enfermagem, SCHI e demais setores envolvidos?		

Tabela 70 - CHECK LIST

- Proceder a contagem do Número de Leitos do hospital, bem como, sua divisão por Setor/Unidade e por Especialidades (Cópia de tal contagem deverá ser discutida e encaminhada à Chefia de Enfermagem, bem como, a (o) Assessor (a) de Enfermagem.  
 OBS.: Observar as especialidades básicas do hospital e/ou de relevância frente ao volume de atendimento.
- Identificar os Setores/Seções nos quais serão implantados os mapas estatísticos, assinalando-os na Relação/Protocolo de Mapas Setoriais.
- Discutir e definir, junto ao Administrador, as informações que tomarão parte do Plano Estatístico.
- Definir com o Administrador a pessoa responsável pela Estatística, a qual deverá acompanhar todo o processo de Implantação.
- Elaborar o impresso Censo Diário de acordo com as unidades de internação existentes e já identificadas, bem como, incluindo sempre as particularidades da clientela.
- Informar, através de aula explicativa, o conceito e a finalidade da Estatística Hospitalar aos funcionários da Enfermagem, detalhando a forma de Preenchimento do Censo Diário e sua importância na compilação da Estatística e entregando cópia do Manual de Preenchimento à responsável pelo Serviço de Enfermagem.
- Discutir, junto ao Administrador, as principais informações que tomarão parte do Resumo do Censo Diário, mediante características da instituição.
- Implantar os Mapas Setoriais, orientando para a importância do seu correto preenchimento e protocolando a sua entrega ao setor no impresso Relação/Protocolo de Mapas Setoriais, mediante a apresentação do responsável pela Estatística.
- Ressaltar junto aos setores Data Limite de Entrega ao Setor de Estatística (Sugestão: Dia 05 do mês subsequente).
- Dar Treinamento para o funcionário responsável pela Estatística, assim como, para o Encarregado pelo S.P.P., ressaltando a necessidade de confrontar, diariamente, o Censo Diário com os Avisos de Alta, Óbito, Internação e Transferência.

Modelo de Controles Estatísticos:



000414

Mapas Setoriais	Existe		Observação
	Sim	Não	
S.A.D.T.	Sim	Não	
Assistenciais	Sim	Não	
Apoio	Sim	Não	
Administrativos	Sim	Não	

Tabela 71 - Modelo de Controles Estatísticos

Horário de funcionamento: O Serviço funcionará de segunda às sextas-feiras das 8 às 18 horas, exceto feriados

CARGO	CARGA HORÁRIA	QTD	VÍNCULO
Analista de SAME/Estatística	44	01	CLT

Tabela 72 - Quadro de Pessoal SAME/Estatística

#### Faturamento:

O serviço de faturamento é responsável pelo processamento das contas hospitalares dos pacientes assistidos na Unidade Hospitalar, buscando garantir o correspondente fluxo de recursos financeiros.

#### Responsabilidades do setor de Faturamento:

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


#### Atribuições Orgânicas:

- Recolher e ordenar toda a documentação que deve ser utilizada para serem faturados os débitos dos serviços que foram prestados a pacientes.
- Recolher os prontuários dos pacientes que tiveram alta e comparar as prescrições, analisando a possibilidade da cobrança do mesmo respeitando os critérios estabelecidos pelo ministério da saúde.

#### Competências do Faturista:

- Certificar-se quanto ao preenchimento correto de todos os campos cabíveis, nos documentos exigidos pelo órgão competente;
- Preparar e conferir as contas de pacientes internos;

414



000415

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

	<b>CARGA HORÁRIA</b>	<b>QTD</b>	<b>VÍNCULO</b>
Faturista	44	2	CLT

*Tabela 73 - Quadro de Pessoal Faturamento*

Horário de Funcionamento: O serviço de faturamento tem o seu horário de funcionamento de Segunda à Sexta-feira das 8:00 às 18:00 horas, horário administrativo, com intervalo para o almoço.

O Manual de faturamento está apresentado no tópico "Apresentação de Manual para Orientação de Rotinas Administrativas para Faturamento dos Procedimentos".

#### 4.4.3.14 Funcionamento Dos Serviços De Limpeza E Higienização Hospitalar, Rouparia E Coleta E Transporte De Resíduos Hospitalares;

O serviço de Hotelaria hospitalar, é definido como a reunião de todos os serviços de apoio, que, associados aos serviços específicos, oferecem aos clientes internos e externos conforto, segurança e bem-estar durante seu período de internação (Marcelo Boeger).

Dessa forma, o conceito de Hotelaria está baseado na ideia de receber bem e acolher de forma cordial e humanizada. Sendo assim, a Hotelaria Hospitalar pode ser definida como a junção dos serviços de apoio e específicos que podem fornecer conforto, segurança e bem-estar durante o período de internação e trabalho.

Objetivos do serviço:

415



- I. Oferecer aos usuários condições de bem-estar, assistência, segurança e qualidade no atendimento;
  - II. Realizar mudanças nos espaços das unidades, conforme conceitos de ambiência;
  - III. Organizar mudanças nos processos de trabalho, de forma a prover melhorias no atendimento aos usuários e seus familiares, conforme protocolos estabelecidos;
  - IV. Capacitar os colaboradores não assistenciais de forma a potencializar ações referentes ao acolhimento, hospitalidade, bem-estar e aperfeiçoando a relação com o usuário;
  - V. Mensurar dados quantitativos dos serviços prestados, os indicadores estatísticos, para ajudar a descrever a situação atual, realizar comparações;
  - VI. Verificar mudanças e avaliar a execução das ações planejadas durante um período, em termos de qualidade e quantidade. Principais a serem analisados: limpeza terminal, limpeza concorrente, rouparia, ouvidoria e manutenção;
  - VII. Acompanhar a aquisição de mobiliários, equipamentos, enxovais entre outros.
- Para a operacionalização da Hotelaria Hospitalar será necessária a contemplação de diversos serviços de apoio, organizados/supervisionados por uma Coordenação de Hotelaria local, que por sua vez deverá realizar suas ações conforme diretrizes definidas por uma Coordenação Central, que atua articuladamente com a Assessoria Técnica de Humanização e a Superintendência de Unidades Próprias/Institutos.

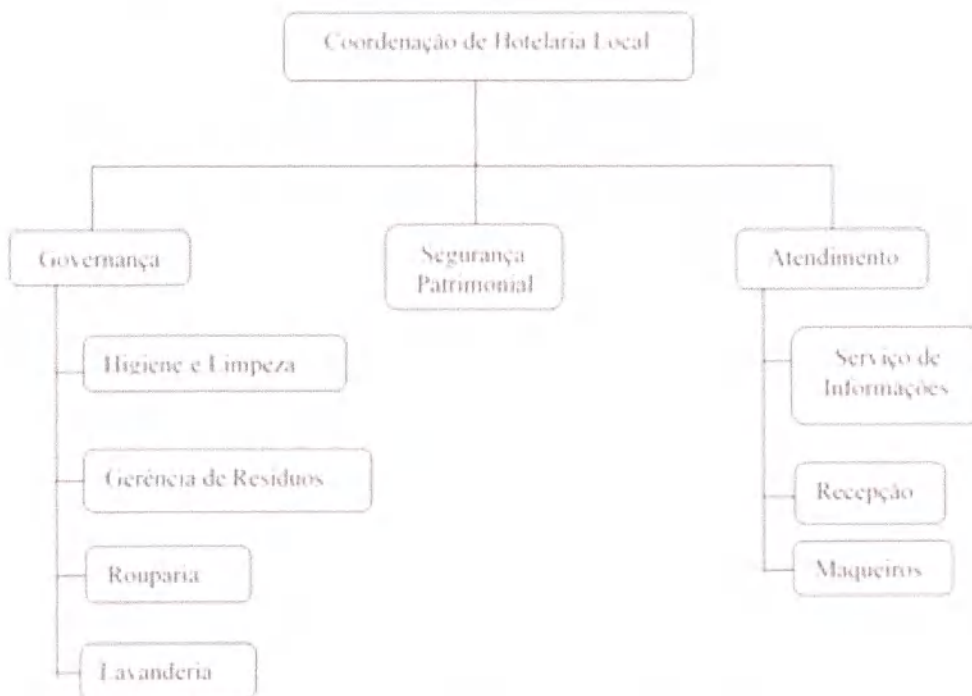


Figura 71 - Organograma de Serviços de Apoio

**Organização dos Serviços de Limpeza e Higienização Hospitalar:**

A higienização hospitalar diz respeito a todas as técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização utilizadas em todos os ambientes do hospital. Diferentes procedimentos são



000417

utilizados de acordo com o risco de infecção do ambiente (centro cirúrgico, UTIs, enfermarias, ambulatórios, áreas administrativas).

O principal objetivo da higienização hospitalar é o de prevenir a ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), isto é, aquelas adquiridas por meio de procedimentos de saúde ou durante a internação hospitalar.

No ambiente hospitalar, diversos fatores que favorecem a contaminação podem ser minimizados com o uso de técnicas eficazes de limpeza e desinfecção. Esses fatores são:

- contato das mãos dos profissionais com superfícies;
- falha na utilização de técnicas básicas de higiene pelos profissionais;
- superfícies úmidas ou molhadas;
- superfícies empoeiradas;
- falha na limpeza de matéria orgânica.

Por outro lado, medidas simples empregadas no ambiente ajudam na prevenção de contaminação cruzada entre os pacientes internados.

Reduzir as IRAS é necessário, pois elas são responsáveis por aumentar o tempo de internação, a morbidade e a mortalidade dos pacientes internados, além de elevar os custos do cuidado.

A Limpeza Técnica é o processo de remoção de sujidades, mediante a aplicação de agentes químicos, mecânicos ou térmicos, num determinado período. Consiste-se na limpeza de todas as superfícies fixas (verticais e horizontais) e equipamentos permanentes, das diversas áreas do recinto. Com o objetivo de orientar o fluxo de pessoas, materiais, equipamentos e a frequência necessária de limpeza, sendo imprescindível o uso de critérios de classificação das áreas para o adequado procedimento de limpeza.

A classificação convencional das áreas das unidades de saúde considera a relação entre o risco de transmissão mediante as atividades desenvolvidas em cada setor. Esse método, permite a implementação de estratégias a fim de evitar a disseminação de infecções, além de otimizar a elaboração dos processos de limpeza e desinfecção. Desse modo, as áreas têm sido definidas de acordo com o risco potencial de transmissão de infecções, sendo classificadas em críticas, semicríticas e não-críticas.

**Áreas Críticas:** caracterizadas por ambientes onde o risco de transmissão de infecção é aumentado, locais onde se realizam procedimentos de risco com grande manuseio de matéria orgânica ou onde se encontram pacientes clinicamente críticos ou imunodeprimidos. São exemplos dessa área: Centro Cirúrgico (CC), Centro Obstétrico (CO), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Diálise, Laboratório de Análises Clínicas, Banco de Sangue, Setor de Hemodinâmica, Unidade de Transplante, Unidade de Queimados, Unidades de Isolamento, Berçário de Alto Risco, Central de Material e Esterilização (CME), Lactário, Serviço de Nutrição e Dietética (SND), Farmácia e Área suja da Lavanderia.

**Áreas Semicríticas:** ambientes ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas, assim como enfermarias e apartamentos, ambulatórios, banheiros, posto de enfermagem, elevador e corredores.

**Áreas Não Críticas:** consistem nos demais compartimentos das unidades assistenciais de saúde que não são ocupados por pacientes, nos quais não se realizam procedimentos de risco. Exemplos desse tipo de área: vestiário, copa, áreas administrativas, almoxarifados, secretaria, sala de costura (ANVISA, 2012).

Alternativamente, uma outra forma de classificação considera de maneira mais detalhada os riscos envolvidos no manejo de cada superfície. Esta classificação foi proposta

417





000418

pelo Centers for *Diseases Control* (CDC, 2003) para as superfícies ambientais, dividindo-as em: superfícies de equipamentos médicos (aparelho de raio x, tomografia) e superfícies gerais (“housekeeping”).

Por sua vez, estas superfícies são também subclassificadas em: baixo contato com as mãos (pisos, tetos) ou alto contato com as mãos (maçanetas, tomadas de luz, grades de camas). Esta forma de classificação racionaliza os esforços de limpeza e contribui na definição da frequência e do tipo de limpeza. Portanto, equipamentos médicos e superfícies gerais que tem alto contato com as mãos deve ser limpos e desinfetados com maior frequência, pois representam maior risco de transmissão de patógenos no ambiente hospitalar (CDC, 2003).

Naturalmente, a classificação convencional e a classificação alternativa não se opõem, mas se complementam. Por esse motivo, serão utilizadas de forma combinada para alcançar os melhores resultados visando prover um ambiente seguro para pacientes, trabalhadores e visitantes.

Técnicas de limpeza incorretas ou inadequadas podem disseminar microrganismos ao invés de removê-los da superfície. A limpeza envolve a inspeção, o planejamento, a limpeza, propriamente dita, a secagem e a avaliação, devendo considerar as seguintes orientações (CDC, 2003, Austrália, 2012; Anvisa 2012; Ling et al., 2015, Austrália 2017; Dancer e Kramer, 2018):

- O fluxo de limpeza das áreas mais limpas para sujas e das mais altas as mais baixas.
- Movimentos únicos, do fundo para frente e de dentro para fora do ambiente.
- Sinalização de corredores e áreas de circulação durante o processo de limpeza, dividindo a área em local de livre trânsito e de impedimento.
- O carro funcional deve estar completo, conforme padronização estabelecida.
- Luvas, panos e baldes devem ter cores diferenciadas e padronizadas para cada tipo e local de procedimento.
- Técnicas de varredura não devem dispersar poeira, para tanto, recomenda-se a utilização de mop ou pano úmido.
- Ao usar panos e sistema de balde, os panos limpos não devem ser misturados com os sujos ou em uso e deve-se utilizar toda a superfície do tecido. Um balde deve conter o saneante e o outro a água para enxague. As soluções devem ser descartadas após a limpeza de cada ambiente.

Ao término da limpeza utensílios e equipamentos utilizados devem ser higienizados no DML. Panos, flanelas, mops ou esfregões não devem ser armazenados úmidos ou pendurados em locais não destinados para este fim. (CDC, 2003; Anvisa, 2012; Austrália, 2012; Ling et al., 2015, Austrália 2017).

Desta forma, o serviço de higiene e limpeza irá realizar suas atividades, visando manter as condições adequadas de salubridade e higiene em todas as dependências da unidade, com a disponibilidade de mão de obra, equipamentos, fornecimento de materiais de higiene (papel toalha, papel higiênico, sabonete líquido, álcool gel), produtos saneantes domissanitários, manutenção de jardins, bem como a dedetização, desratização e descupinização.

Vale ressaltar que o IBGH preza pelas boas práticas baseadas em evidências científicas, por isso, o serviço de higiene, limpeza e desinfecção executará suas ações baseando-se no Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies da ANVISA.

418

### Organização do Serviço de Rouparia:

A unidade de processamento de roupa de serviços de saúde é considerada um setor de apoio que tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço de saúde.

Desta forma, o Serviço de Apoio de Lavanderia e Rouparia, é fundamental para a assistência segura aos pacientes e usuários. Para isso, seus serviços e atribuições devem ser minimamente padronizados.

Este serviço compreende:

- I. Coleta;
- II. Lavagem;
- III. Desinfecção;
- IV. Recuperação;
- V. Distribuição de enxoval hospitalar, em condições de uso, conforme contrato com a empresa prestadora de serviço, nos padrões determinados pela Secretaria Estadual de Saúde.

**Enxoval Hospitalar** é o conjunto de roupas utilizadas pelo hospital com a finalidade de atender os diversos serviços e procedimentos assistenciais. Sendo assim, visando o melhor atendimento dos setores e aos usuários, solicitamos a disponibilidade de 4 (quatro) a 5 (cinco) trocas, para que o descanso do enxoval após a lavagem seja eficaz. Ocasionalmente, visando conforto, segurança na limpeza e desinfecção, durabilidade, boa apresentação, economia no processamento e resistência aos produtos de lavagem.

A distribuição de enxoval hospitalar para os usuários em internação será feita através de Kits contendo os seguintes itens:

- I. 02 lençóis;
- II. 01 traçado;
- III. 01 cobertor;
- IV. 01 camisola ou pijama;
- V. 01 toalha de banho, contemplando o mínimo de duas trocas diárias, ou conforme demanda por ocorrência e sujidade.

Setor da rouparia irá fornecer mão de obra específica a cada função:

- I. Auxiliares de rouparia;
- II. Auxiliares de Costura;
- III. Gestor do setor.

Além, do fornecimento de materiais de escritório para o controle de formulários referentes à distribuição e controle das roupas hospitalares, utensílios e equipamentos necessários ao funcionamento do serviço.

000420

O processamento da roupa dos serviços de saúde abrange as seguintes atividades:

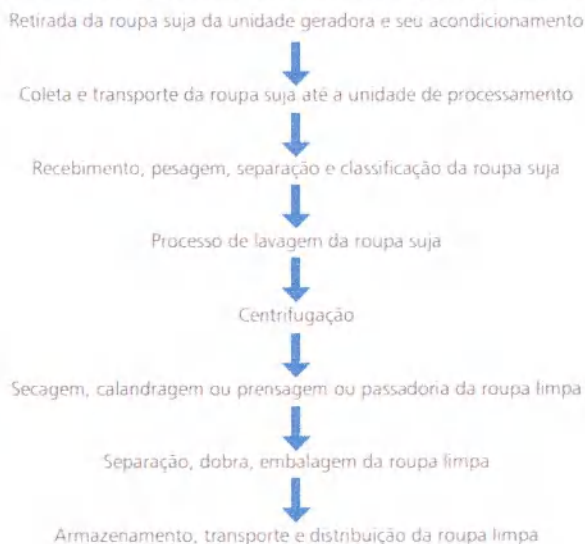


Figura 72 - Atividades realizadas pela unidade de processamento de roupas.  
 Fonte Anvisa, 2009.

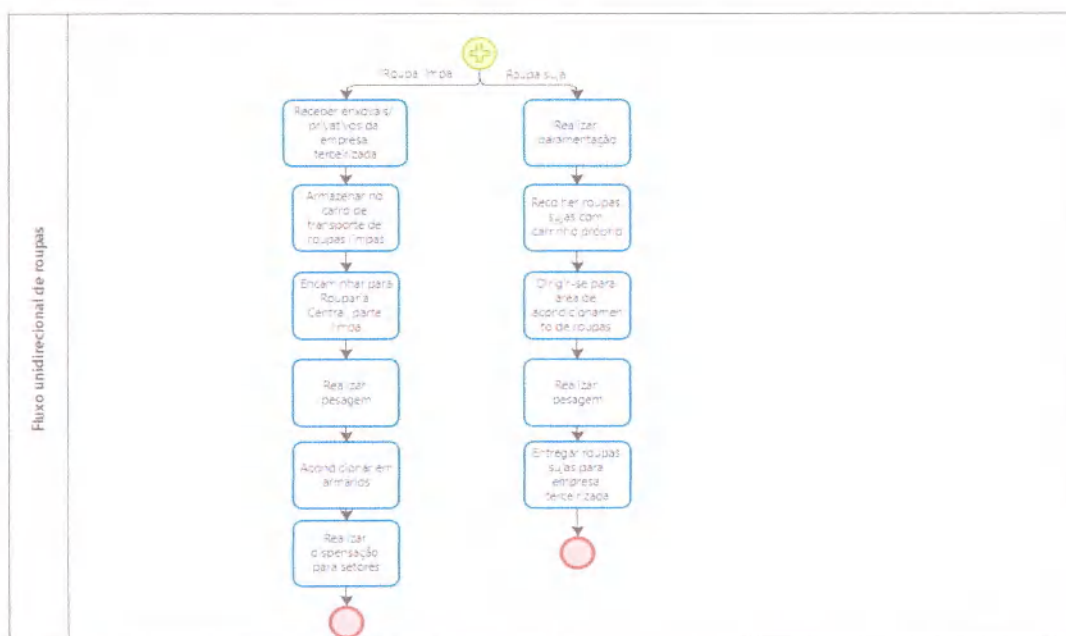


Figura 73 - Fluxo unidirecional para roupas.

**Organização dos Serviços de Coleta e Transporte de Resíduos Hospitalares:**

000421

Os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) são o produto residual de atividades exercidas por estabelecimentos de saúde e sua importância sanitária reside no fato de gerarem riscos à saúde pública e ao meio ambiente, quando imprópriamente tratado, armazenado, transportado e destinado inadequadamente.

Para reduzir os riscos sanitários inerentes a produção dos resíduos, a organização dos serviços de coleta e transporte de resíduos se faz necessária para:

- Promover a higienização e limpeza de todo o Hospital, levando em consideração a característica de cada área;
- Fixar um horário para o serviço, em consonância com as atividades desenvolvidas em cada unidade;
- Coletar todo o lixo do Hospital fixando um fluxo específico de saída, dando-lhes tratamento e destino corretos;
- Combater permanentemente insetos e roedores (sinatrópicos);
- Estudar com profundidade os produtos a serem utilizados para que, além de higienizarem e limparem corretamente, não danifiquem os materiais nos quais foram aplicados;
- Levantar estatística mensal do movimento;
- Fixar sistema de segurança para a limpeza de superfícies perigosas;
- Manter recipientes específicos para a coleta de materiais perfuro cortantes;
- Promover constantemente treinamento em serviço;
- Observar e comunicar aos responsáveis, sobre defeitos encontrados em instalações e móveis;
- Elaborar e colocar em prática o Regimento e Manual de Organização específico do Serviço;

Além de:

- Reduzir o volume gerado e a periculosidade de resíduos infectantes, primordialmente, e dos outros tipos de resíduos;
- Aumentar o nível de segurança dos funcionários, usuários e pacientes;
- Garantir adequada segregação dos resíduos, facilitando o reaproveitamento e o descarte;
- Otimizar (recursos financeiros e pessoal) na coleta e transporte internos e externos dos resíduos;
- Destinação correta dos resíduos;
- Diminuição dos impactos visuais;
- Preservação dos recursos naturais renováveis e não renováveis;
- Receita na venda de materiais recicláveis;
- Redução com os gastos de disposição;
- Diminuição da quantidade de resíduos destinados aos aterros sanitários;
- Marketing positivo, em virtude da imagem de responsabilidade social ecológica da empresa adepta de tais práticas;
- Cumprimento da Legislação em vigor; e
- Melhoria da qualidade de vida.

A geração de resíduos em uma unidade hospitalar está diretamente relacionada à saúde, segurança e meio ambiente. Assim, a coleta, segregação, transporte e a eliminação destes resíduos precisam ser regidos por normas claramente formuladas e definidas.

421



000422

A gestão de resíduos sólidos é norteadada pela Política Nacional dos Resíduos Sólidos – PNRS, e fundamentada pela Lei nº 12.305 (BRASIL, 2010), que a institui e dispõe sobre os princípios, objetivos e instrumentos, bem como as diretrizes relativas à gestão integrada e ao gerenciamento de resíduos sólidos, incluindo os perigosos, às responsabilidades dos geradores, do poder público e os instrumentos econômicos aplicáveis.

A Lei nº 12.305 classifica como resíduos perigosos todos aqueles que em razão de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, patogenicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade e mutagenicidade apresentam significativo risco à saúde pública ou à qualidade ambiental.

A Resolução CONAMA nº 358 /05 afirma que os Resíduos de Serviço de Saúde – RSS são aqueles gerados em estabelecimentos provenientes de atividades clínicas farmacêuticas, hospitalares e veterinárias, de natureza física, química ou biológica, que não tratados corretamente, venha trazer transtornos a vida humana, animal e ao meio ambiente e que por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo e segregação, exigindo ou não tratamento prévio para a sua disposição final.

Segundo a Resolução ANVISA nº 222 os próprios geradores de resíduos de serviço de saúde são responsáveis por promover o seu gerenciamento, sendo que esta mesma resolução define o Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde como, um conjunto de procedimento de gestão, planejando e implementado a partir de bases científicas, técnicas normativas e legais com o objetivo de minimizar a produção de resíduos de forma a proporcionar que aqueles gerados, sejam gerenciados de forma eficiente e segura, visando a proteção dos trabalhadores, a manutenção da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.






O Manejo dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS) Trata-se da atividade de manuseio dos resíduos de serviços de saúde, cujas etapas são a segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário tratamento interno, armazenamento externo, coleta interna, transporte externo, tratamento externo, destinação e disposição final ambientalmente adequada dos resíduos de serviços de saúde.

Por esses motivos, a separação dos resíduos, conforme a classificação dos Grupos estabelecida pela Resolução RDC nº222 de 2018 da ANVISA, no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos, se torna extremamente importante para o manejo seguro dos resíduos e para garantir que estes recebam o tratamento e o descarte/eliminação adequados.

422



000423

Tipo de Resíduo		Definição	Símbolo
<b>GRUPO - A</b> Infectante	A1	São considerados resíduos infectantes aqueles com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.	 INFECTANTE
	A2		
	A3		
	A4		
	A5		
<b>GRUPO B - Químico</b>		São resíduos contendo produtos químicos que apresentam periculosidade à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade, mutagenicidade e quantidade.	
<b>GRUPO C - Radioativo</b>		Qualquer material que contenha radionuclídeo em quantidade superior aos níveis de dispensa especificados em norma da CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.	 ATENÇÃO MATERIAL RADIIATIVO
<b>GRUPO D - Comum</b>		Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.	
<b>GRUPO-E Perfurocortante</b>		Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como: agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos capilares, lâminas e lâminulas, e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório e outros similares.	 PERFUROCORTANTE

Fonte: NBR 7500 (BRASIL, 2003) / CONAMA (BRASIL, 2005) /RDC 222 ANVISA 2018

Figura 74 - Identificação dos Resíduos dos Serviços de Saúde Conforme o Grupo.

### Transporte

O Transporte Interno dos resíduos consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo. Esse transporte será realizado mediante roteiro definido, que não coincidam com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades, sendo realizado separadamente por setor conforme o grupo e em recipientes específicos para cada grupo de resíduos.

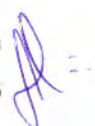
Os recipientes para transporte interno serão constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e são identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos.

O transporte dos resíduos, do local gerador até o abrigo temporário, será realizado conforme rotina de desinfecção concorrente e terminal, de acordo com a criticidade de cada setor estabelecido pelo Setor de Higienização e Limpeza. Neste momento o resíduo presente nas lixeiras será retirado e encaminhado ao para a sala de utilidades, onde permanecerá até o horário seguinte de transporte para o abrigo externo.

Os horários propostos para o transporte interno dos abrigos temporários para o abrigo externo são: 10:00h, 14:30h, 17:30 horas (ficam armazenados no abrigo). Sendo que, poderá haver transporte de resíduos fora destes horários, desde que, não ocorram os cruzamentos conforme o supracitado.

Nessa perspectiva, considerando a seriedade do manejo correto dos resíduos a serem gerados na unidade, o IBGH implantará no Hospital a COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS que será regida conforme proposta abaixo, para que seja validado o Plano de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS), norteados pela

423



000424

regulamentação vigente no Brasil (RESOLUÇÃO RDC Nº 222, de 28 de março de 2018 RESOLUÇÃO CONAMA nº 358, de 29 de abril).

O Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos foi apresentado junto com as outras comissões na sessão de Qualidade Objetiva.

#### 4.4.3.15 Modelo De Participação Nas Atividades De Ensino E Pesquisa Em Saúde Da Sesa No Sus;

O IBGH tem como um de seus fundamentos de atuação o fomento da formalização de vínculos de cooperação técnica com instituições de ensino e pesquisa, de modo a aproximar a formação e pesquisa acadêmica com a prática de cuidado em saúde.

Historicamente, a pesquisa e a formação acadêmica sempre constituíram atribuições das Instituições de Ensino, dificilmente conseguindo transpor o ambiente puramente acadêmico. Lado outro, o serviço público de saúde, materialmente considerado (serviço efetivamente disponibilizado à população), sempre foi atribuição de responsabilidade dos órgãos públicos com essa competência constitucional, sendo prestado ainda, de forma paralela, também pela iniciativa privada.

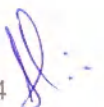
Fato é, contudo, que esse modelo tradicional sempre propiciou a formação de um distanciamento entre a “teoria acadêmica” e a efetiva prática.

Nesse cenário, a realização de parcerias de cooperação técnica entre as unidades responsáveis pelo cuidado em saúde e instituições de ensino superior para o desenvolvimento de pesquisa nas áreas de assistência hospitalar e/ou saúde pública, realizada em ambiente hospitalar prático, tem se mostrado como importante ferramenta para a aproximação da área acadêmica com a área prática, tendo como maior beneficiado nessa aproximação o destinatário dos serviços públicos de saúde, ou seja, o paciente, que passa a contar com profissionais atualizados, qualificados e em constante busca por novas opções de tratamento.

Importante frisar que a formação de vínculos cooperativos com instituições de ensino permite, sendo interesse comum das partes, tornar o hospital um campo de pesquisa científica nas mais variadas áreas de atuação hospitalar.

Para a saúde pública, assim, a existência de programas de pesquisa em Hospitais contribui significativamente para a sustentabilidade institucional, na medida em que, em relação ao paciente, abre portas para a descoberta de novas opções de tratamento. Em relação aos profissionais que atuam na unidade, constitui ferramenta de estudo, de reciclagem e de qualificação para otimização dos mais variados atendimentos.

#### 4.4.3.15.1 Convênio de Cooperação Técnica com Entidades de Ensino Para Desenvolvimento de Estágios e Treinamentos.

424 



Como eficaz instrumento de aperfeiçoamento da qualidade do serviço público de saúde, além de constituir alternativa estratégica de ampliação da mão de obra legítima e qualificada para o atendimento universal à saúde, os convênios de cooperação técnica com entidades de ensino para o desenvolvimento de estágios curriculares e treinamentos há tempos vêm sendo objeto de fomento na gestão hospitalar pelo IBGH. Isso porque a prática hospitalar tem revelado que a formulação de pactos de cooperação técnica, além de permitirem a inserção efetiva de alunos da área da saúde nas dependências do Hospital (o que contribui para a efetiva qualificação desses futuros profissionais através da apresentação da prática hospitalar), permite também o importante compartilhamento de experiências profissionais, de ideias, o aumento de resultados, e, por via oblíqua, a concretização do princípio da universalização da saúde, ou seja, concretização de política pública de responsabilidade do Poder Público com assento constitucional.

Como benefício oriundo desta espécie de relação cooperativa, mostra-se oportuno destacar ainda a possibilidade de capacitação dos profissionais da saúde através de cursos e treinamentos que podem ser ministrados pelas instituições de ensino conveniadas.

Nesta perspectiva, o IBGH, mediante prévia solicitação e cumprimento do devido processo legal, tem intenção de, além de manter a referida linha de gestão organizacional, aumentar cada dia mais a realização dos citados convênios com faculdades, universidades, cursos técnicos, sejam estes de natureza pública ou privada, a fim de sempre perseguir a melhoria na qualificação dos profissionais da saúde e aumento do alcance do serviço público de saúde.

#### 4.4.4 Implantação E Implementação Dos Serviços Administrativos, Financeiros E Gerais

##### 4.4.4.1 Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral

###### 4.4.4.1.1 NORMAS DA ADMINISTRAÇÃO GERAL

A *Administração Geral* compreende a *Hotelaria, Recepção, Portaria/Segurança, Almoarifado, Patrimônio e Manutenção Predial*.

Será apresentada uma visão geral desses serviços, os quais, juntamente com a área financeira e RH complementam a chamada *Administração Geral*.

A área Financeira e RH funcionam de 2a a 6a das 7 às 17h, tendo em vista que não há necessidade de plantões nos fins de semana.

Hotelaria, Recepção, Portaria/Segurança, Almoarifado e Manutenção Predial por sua vez, devem funcionar 24h por dia, 7 dias por semana.

A hotelaria hospitalar não fazia parte do contexto do hospital brasileiro até há pouco tempo. Desde que o médico fosse competente e o hospital aparentemente limpo, nada mais importava para o paciente.

000426

Nesse período, quem buscava o hospital para cuidar da saúde, ao entrar no ambiente hospitalar ele deixava de ser cidadão, de ter vontade própria, de ter direitos e passava a ser passivo (daí o nome, paciente), obedecendo às ordens médicas e da enfermagem. Esse tempo passou.

Agora, quem busca o hospital não é mais paciente: é um cidadão que sabe de seus direitos e suas responsabilidades. Ele vai em busca de solução para seus problemas e sente-se com direito de ser bem atendido.

O hospital precisa corresponder não só às necessidades do usuário, mas também às suas expectativas.

Já não basta a competência do médico, do enfermeiro e nem a aparência limpa do hospital.

O usuário quer ciência e tecnologia, mas também conforto e segurança. Quer que seus medos sejam minimizados e o ambiente branco e estéril do hospital tradicional seja um pouco mais humanizado.

Ele quer continuar em contato com o mundo, agora não só através do telefone, mas ele quer televisão, jornais, revistas. Enfim, o paciente não quer se sentir excluído da sociedade e exige um ambiente com aspecto que lembre mais um hotel e que cause menos estresse.

Os hospitais, atualmente, reconhecem que precisam mudar o conceito de hospedagem hospitalar para proporcionar ao usuário em vez de um ambiente frio e impessoal, um ambiente agradável e humanizado, ainda que muito complexo.

O IBGH tem uma visão voltada para a contínua busca da excelência, conciliando os objetivos do hospital com o ato de hospedar, sem perder de vista a especificidade de necessidades de seus usuários.

Embora o foco principal seja o tratamento e a assistência, o hospital deve investir nos serviços que envolvem a hospedagem, reconhecendo o paciente e o seu acompanhante como clientes.

Segundo o Manual de Humanização do Ministério da Saúde, "humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro, palavras de reconhecimento. "A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes".

A implantação de um novo conceito de hotelaria-governança hospitalar envolve planejamento.

É necessário que todos os serviços básicos da hotelaria-governança hospitalar tenham a sua gestão focada no usuário e na qualidade da assistência prestada.

Se hotelaria "quer dizer hospitalidade, ato de hospedar, de acolher com satisfação e prazer" é indispensável que as pessoas que acolhem o usuário no hospital estejam conscientes da importância do seu papel e que busquem continuamente sua capacitação para prestar um serviço que proporcione o encantamento do usuário.

Somente a estrutura física e equipamentos de ponta não serão suficientes. As pessoas é que fazem a diferença no atendimento, sendo indispensável o reconhecimento desse fato, pela empresa de saúde e pelo próprio serviço de hotelaria hospitalar, para criar condições para motivar e reter os talentos que agregam valor à assistência prestada.

O Serviço de Hotelaria-Governança Hospitalar é uma nova concepção de Hospitalidade SUS que visa proporcionar ao seu usuário, conforto, segurança, e bem-estar, através de algumas ações inovadoras de hotelaria.

O objetivo IBGH será acomodar os pacientes-usuários satisfatoriamente, oferecendo um tratamento personalizado e humanizado durante sua permanência no hospital.

426



000427

Os aspectos mais inovadores da concepção de hotelaria-governança hospitalar:

- 1 - A existência de camareira, roupeiro e recepcionista, ao invés do antigo cargo "auxiliar de serviços gerais";
- 2 - A mudança de chefia para governanta e de zeladoria para Governança;
- 3 - Oferecer equipe de camareira 24 horas;
- 4 - Minimizar as tarefas da equipe de enfermagem, para dedicar maior tempo ao paciente;
- 5 - Conciliar a saúde e o ato de hospedar bem, tornando o ambiente mais acolhedor para a família e para o paciente;
- 6 - Oferecer refeição e desjejum no refeitório oferecido pela divisão de nutrição;
- 7 - Manter programa educativo para acompanhantes (através de palestras de deveres e direitos, elaboradas periodicamente em salas com data show);
- 8 - Oferecer banho com horário reservado no vestiário dos profissionais; 9 - Aspectos relevantes na gestão de hotelaria:
  - Rouparia - melhor apresentação dos enxovais fornecidos nas unidades através de Kits embalados e selados.
  - Os carrinhos das camareiras aperfeiçoam o fluxo e o controle de roupas nas enfermarias, evitando a manipulação pela enfermagem ou pelas mães (no caso da pediatria), ocasionando grande evasão ou uso indevido das roupas.
  - Os uniformes causam um impacto positivo em relação a autoestima e valorização do profissional e da imagem do hospital;
  - Cursos – Instituições educativas (SENAI, SENAC, entre outras) que podem oferecer cursos específico de Governança e camareira, é um investimento com ótimo aproveitamento na tomada de decisão e conhecimento básico da área.
- 10 - A proposta de humanização da assistência à saúde resulta na conquista de uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais.

Os fatores que precisam ser observados para viabilizar o tratamento mais humanizado são:

- Boas condições de trabalho;
- Educação continuada;
- Resolubilidade;

427

000428

- Mais garantia da participação do usuário e da família no processo de recuperação;
- Acolhida individualizada e respeitosa;
- Redução do afastamento do seu ambiente familiar;
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivo ao tratamento humanizado;
- Modernizar as relações de trabalho, tornando as unidades mais harmoniosas.

A humanização resultante da implantação da hotelaria-Governança no hospital não vai curar a doença, mas torna o sofrimento mais tolerável, e o paciente mais propício ao tratamento e transforma os familiares em importantes colaboradores.

É a humanização, através da hotelaria-governança, mudando condutas e comportamentos tornando o hospital um espaço digno para os momentos difíceis de seus usuários.

A Hotelaria do HEELJ funcionará 24 horas por dia, 7 dias por semana, sendo que no turno da noite a equipe será reduzida.

#### RECEPÇÕES

As recepções da unidade funcionarão da seguinte forma:

Hospital: 24 horas, 7 dias por semana e no turno da noite a equipe será reduzida;

#### PORTARIA/SEGURANÇA

Funcionário 24h por dia, 7 dias por semana, sendo que será definido, em função do layout físico do Hospital.

- Será distribuída a equipe pelas portas de acesso, bem como a redução de pessoal no turno da noite e fins de semana.

#### ALMOXARIFADO

O Almoxarifado funcionará de 2a a 6a feira das 7 às 17hs com equipe completa e no turno da noite e fins de semana será disponibilizada chave para acesso à chefia da enfermagem.

#### MANUTENÇÃO PREDIAL

A Manutenção Predial funcionará 24h por dia, 7 dias por semana, sendo que no turno da noite a equipe será reduzida.

A equipe responsável pela operacionalização desses e de outras atribuições administrativas e gerenciais, a unidade contará com o seguinte recurso humano:

Considerando a implantação e implementação dos serviços administrativos, componentes da Diretoria Geral e Administrativo Financeiro, apresenta-se o quadro de pessoa, em atendimento ao quantitativo necessário para provimento de pessoal, compatível com a proposta técnica, sob regime celetista.

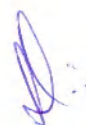
428



000429

SETOR	Diretoria Geral				
ÁREA DE TRABALHO	CATEGORIA FUNCIONAL	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	Forma de Vínculo	ESCALA
Diretoria Geral	Diretor(a) Geral	44	1	CLT	08h - 18h
Assessoria Executiva	Assessor(a) Executivo	44	1	CLT	08h - 18h
Dados	Encarregado(a) de Dados	44	1	CLT	08h - 18h
Comunicação	Analista de Comunicação	44	1	CLT	08h - 18h
Gerência de Regulação	Gerente de Regulação	44	1	CLT	08h - 18h
NIR	Coordenador(a)	44	1	CLT	08h - 18h
NIR	Enfermeiro(a)	44	2	CLT	08h - 18h
NIR	Auxiliar Administrativo	44	1	CLT	08h - 18h
Ambulatório	Coordenador(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Ambulatório	Enfermeiro(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Ambulatório	Técnico(a) em Enfermagem	44	1	CLT	08h - 18h
SADT	Supervisor(a)	44	1	CLT	08h - 18h
SADT	Auxiliar Administrativo	44	1	CLT	08h - 18h
Serviço de Atendimento ao Cliente e Telefonia	Coordenador(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Serviço de Atendimento ao Cliente e Telefonia	Analista Administrativo	44	1	CLT	08h - 18h
Qualidade	Gerente de Qualidade	44	1	CLT	08h - 18h
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	Supervisor(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	Auxiliar Administrativo	44	1	CLT	08h - 18h

429



000430

Serviço de Gerenciamento de Resíduos	Analista Administrativo	44	1	CLT	08h - 18h
SCIRAS	Supervisor(a)	44	1	CLT	08h - 18h
SCIRAS	Médico	30	1	CLT	6h / dia
SCIRAS	Enfermeiro(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Monitoramento e Metas	Supervisor(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Monitoramento e Metas	Analista Administrativo	44	1	CLT	08h - 18h
Núcleo Hospitalar de Epidemiologia	Supervisor(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Ouvidoria	Ouvidor(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Ouvidoria	Analista Administrativo	44	1	CLT	08h - 18h

SETOR	Diretoria Administrativa Financeira				
ÁREA DE TRABALHO	CATEGORIA FUNCIONAL	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE VÍNCULO	ESCALA
Diretoria Administrativa Financeira	Diretor(a) Administrativo(a) Financeiro	44	1	CLT	08h - 18h
Assessoria Administrativa	Assessor(a) Administrativo(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Gente e Gestão	Gerente de Gente e Gestão	44	1	CLT	08h - 18h
Recursos Humanos	Coordenador(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Recursos Humanos	Encarregado(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Recursos Humanos	Analista Administrativo	44	1	CLT	08h - 18h
Departamento Pessoal	Supervisor(a)	44	1	CLT	08h - 18h

430





000431

Departamento Pessoal	Encarregado(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Departamento Pessoal	Analista Administrativo	44	2	CLT	08h - 18h
SESMT	Encarregado(a)	44	1	CLT	08h - 18h
SESMT	Técnico(a) Segurança do Trabalho	44	1	CLT	08h - 18h
Administrativo Financeiro	Gerente Administrativo Financeiro	44	1	CLT	08h - 18h
Financeiro	Coordenador(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Financeiro	Encarregado(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Financeiro	Analista Administrativo	44	2	CLT	08h - 18h
Suprimentos	Coordenador(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Suprimentos	Encarregado(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Suprimentos	Analista Administrativo	44	2	CLT	08h - 18h
SAME	Coordenador(a)	44	1	CLT	08h - 18h
SAME	Analista Administrativo	44	2	CLT	08h - 18h
SAME / Faturamento	Analista Administrativo	44	1	CLT	08h - 18h
Patrimônio e Frotas	Coordenador(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Patrimônio e Frotas	Motorista Ambulância	12x36	4	CLT	07h - 19h / 19h - 07h
Patrimônio e Frotas	Analista Administrativo	44	3	CLT	08h - 18h
TI	Coordenador(a)	44	1	CLT	08h - 18h
TI	Encarregado(a)	44	1	CLT	08h - 18h
TI	Analista Administrativo	44	1	CLT	08h - 18h
Coordenação de Serviços de Apoio	Coordenador(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Coordenação de Serviços de Apoio	Encarregado(a)	44	1	CLT	08h - 18h
Coordenação de Serviços de	Controlador(a) de Acesso	12x36	8	CLT	07h - 19h / 19h - 07h

431

000432

Apoio					
Coordenação de Serviços de Apoio	Auxiliar Administrativo	44	2	CLT	08h - 18h

#### 4.4.4.2 Normas para a realização dos procedimentos de aquisição de materiais, recebimento, guarda e distribuição nas unidades do hospital

O procedimento de compras ou contratação terá início com a elaboração da solicitação de compras e deverá conter no mínimo as seguintes informações:

- I. descrição detalhada do bem, da obra ou do serviço;
- II. especificações técnicas;
- III. quantidade e forma de apresentação;
- IV. justificativa da compra ou contratação;

Parágrafo único - É vedada a indicação de marca ou modelo de determinado fabricante; exceto quando se utilizar a marca como paradigma de qualidade da compra ou quando se tratar da identificação de um equipamento, cuja manutenção ou peças de reposição constituam o objeto da despesa pretendida.

Art. 5º. Todos os processos seletivos de compras e contratações deverão ser amplamente divulgados e publicados no sítio do IBGH sendo acessíveis ao público.

Parágrafo primeiro - O IBGH dará publicidade prévia da compra, contratação e alienação, por meio de publicação nos seguintes canais de comunicação, no prazo mínimo de 03 (três) dias úteis para aquisições/contratações comuns e no mínimo 05 (cinco) dias úteis para aquisições/contratações complexas e/ou de grande vulto:

- I. Sítio do IBGH na internet, para todas as aquisições, contratações e alienações, incluídas aquelas que forem realizadas por meio de plataforma eletrônica de compras;
- II. Jornal de grande circulação ou no Diário Oficial do Município de Aparecida de Goiânia, para compras e contratações cujo valor estimado esteja acima de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), considerado o valor total da aquisição, da contratação ou da alienação.

Parágrafo segundo - Fica resguardado o direito do IBGH em utilizar dos meios de publicação aqui descritos, mesmo quando não estiver obrigado.

Parágrafo terceiro - Havendo publicação em mais de um canal acima descrito, a contagem de prazo se dará a partir daquela que ocorrer por último.

Parágrafo quarto - Em todas as hipóteses elencadas nos incisos I e II do parágrafo primeiro, deverão ser disponibilizadas no sítio eletrônico na internet do IBGH ou da Unidade gerenciada as versões integrais dos Editais (ou documentos que os substituam) das aquisições e contratações a serem realizadas.

432







000433

Art. 6º - Não será exigida a publicação prévia em qualquer meio de comunicação quando se tratar das seguintes situações:

- I. **Por valor:** Nas aquisições de bens, materiais, e contratações de serviços cujo valor não exceda R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais), considerado o valor total da aquisição e/ou contratação;
- II. **Emergência:** Nas compras ou contratações realizadas em caráter de urgência ou emergência, caracterizadas pela ocorrência de fatos inesperados e imprevisíveis ou por necessidade de contratação de serviços essenciais para início das atividades previstas no contrato de gestão, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando em prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas, pacientes ou equipamentos, desde que limitadas a exata proporção para o atendimento da situação pontual;
- III. **Especificidade:** Na contratação de empresa especializada ou profissional de notória especialização, bem como os serviços de assessoria e consultoria jurídica, assessoria de comunicação, e outros assim declarados pela presidência;
- IV. **Exclusividade:** Quando o fornecedor for exclusivo para o objeto da compra ou contratação, desde que comprovada a exclusividade, através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio local, pelo Sindicato ou equivalente, ou ainda por declaração do fabricante, vedada a preferência de marca;
- V. **Ausência de interessados:** Quando não houver interessados à seleção anterior devidamente publicada nos termos do artigo 5º e esta, justificadamente, não puder ser repetida sem prejuízo para o objeto do contrato de gestão, mantidas, neste caso, todas as condições preestabelecidas;
- VI. **Padronização:** Atender ao princípio da padronização, que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho, observadas, quando for o caso, as condições de manutenção, assistência técnica e garantia oferecidas, devidamente justificadas;
- VII. **Entidades paraestatais, sem fins lucrativos e organizações sociais.** Nesses casos, a contratação somente poderá ocorrer se houver uma correspondência entre as atividades-fim de tais entidades com aquelas elencadas no contrato de gestão.

Parágrafo primeiro - Nas hipóteses dos incisos IV, VI e VII, deste artigo, a empresa contratada deverá comprovar a compatibilidade do preço praticado no mercado, por meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes, com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

Parágrafo segundo - As compras ou contratações realizadas com fundamento nos Incisos I, II, e V, deste artigo, serão realizadas por meio de pesquisa de mercado, mediante cotação de preços, sempre que possível junto a, no mínimo, 03 (três) interessados, podendo essa ser realizada por telefone, e-mail ou orçamentos, devidamente registrada no respectivo processo de compras/contratação.

Parágrafo terceiro - Na hipótese do inciso III aplicar-se-á a regra do parágrafo primeiro ou do parágrafo segundo nos termos definidos no ato de solicitação da contratação, com vigência máxima de até 180 dias.

Art. 7º - Os resultados de todas as compras, contratações de obras e serviços, e as alienações serão disponibilizados no sítio do IBGH, durante a vigência do contrato de gestão, e deverão conter no mínimo:

- I. Nos casos de ordem de compra:

433

000434

- a) Nome da empresa;
  - b) CNPJ;
  - c) Descrição do item;
  - d) Quantidade do item;
  - e) Valor por item;
  - f) Valor Total.
- II. Nos casos de Contrato:
- a) Nome da empresa;
  - b) CNPJ;
  - c) Objeto do contrato;
  - d) Vigência do contrato;
  - e) Valor mensal;
  - f) Valor Total.

Parágrafo Único - Além das informações elencadas no inciso II deste artigo, todos os contratos (e seus aditivos) firmados deverão ser publicados, na sua íntegra, no sítio eletrônico do IBGH ou da Unidade gerenciada.

Art. 8º. A modalidade do processo seletivo será definida com base nos seguintes critérios:

- I. Carta Cotação sem publicação prévia: para as aquisições com os valores estimados de até R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por operação de compras e prestação de serviços, obrigando-se apenas a publicação do resultado no sítio do IBGH e Unidade gerenciada;
- II. Carta Cotação com publicação prévia:
  - a) Quando se tratar de contratação de serviços, aquisições de materiais, produtos e bens com os valores estimados entre R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) e R\$ 176.000,00 (cento e setenta e seis mil reais) por operação;
  - b) Quando se tratar obras e serviços de engenharia com os valores estimados entre R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) e R\$ 330.000,00 (trezentos e trinta mil reais) por operação.
- III. Edital:
  - a) Quando se tratar de contratação de serviços, compras de materiais, produtos e bens com os valores estimados acima de R\$ 176.000,00 (cento e setenta e seis mil reais), por operação;
  - b) Quando se tratar de contratações de obras e serviços de engenharia com os valores estimados acima de R\$ 330.000,00 (trezentos e trinta mil reais).

Parágrafo primeiro - As condições de participação, prazos, documentos a serem apresentados, requisitos e formas de apresentação da proposta, critérios de julgamento, regras recursais, dentre outras disposições constarão no edital do processo seletivo.

Parágrafo segundo - Todas as modalidades de processos seletivos acima definidas poderão resultar em Chamamento de Registro de Preços, desde que exista no instrumento convocatório previsão para este tipo de ajuste, bem como as regras do mesmo.

434



000435

Art. 9º - O IBGH selecionará a proposta mais vantajosa, 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 outros, os seguintes aspectos:

- I. Atendimento ao princípio da padronização;
- II. Custos de transporte seguro até o local da entrega;
- III. Forma de pagamento;
- IV. Prazo e condições de entrega até a unidade solicitante;
- V. Credibilidade mercadológica da empresa proponente;
- VI. Disponibilidade de serviços;
- VII. Quantidade e qualidade do produto;
- VIII. Assistência técnica e reposição de peças;
- IX. Garantia dos produtos/serviços;
- X. Faturamento mínimo;
- XI. Prazo de validade;
- XII. Durabilidade do produto/serviço;
- XIII. Economia na execução, conservação e operação;
- XIV. Adoção das normas técnicas de saúde e de segurança do trabalho;
- XV. Impacto ambiental;
- XVI. As condições de guarda e armazenamento que não permitam a deterioração do bem;
- XVII. Outros, excepcionalmente, identificados como relevantes para a decisão, desde que previamente publicados na carta cotação e devidamente fundamentado no processo de compra/contratação.

Art. 10º - Para que determinado concorrente seja qualificado como possível fornecedor/prestador, será necessária a apresentação de documentos legais abaixo relacionados, que deverão ser encaminhados para o IBGH:

- I. Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ;
- II. Última alteração do Contrato ou Estatuto Social, desde que devidamente consolidada, ou Contrato e Estatuto de Constituição acompanhado da última alteração contratual (somente quando houver a necessidade de formalização de contrato);
- III. Documentos pessoais dos sócios ou dirigentes (RG e CPF);
- IV. Procuração e documentos pessoais (RG e CPF) para o representante da contratada, quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato;
- V. Inscrição Estadual ou declaração de isento;
- VI. Inscrição Municipal ou declaração de isentos, no caso de obras e serviços;
- VII. Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante Certidão Conjunta de débitos relativos a Tributos Federais e da Dívida Ativa da União, que abranja inclusive a regularidade relativa às contribuições previdenciárias e sociais;
- VIII. Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos estaduais (ICMS) do Estado de Goiás;

435 

000436

IX. Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal, por meio de Certidão Negativa de Débitos relativos a tributos municipais do município sede da proponente, em caso de obras e serviços;

X. Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio de Certificado de Regularidade Fiscal (CRF);

XI. Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho.

Parágrafo único - Pode-se dispensar a exigência de regularidade fiscal nas seguintes hipóteses, desde que devidamente justificadas:

I. Aquisição e prestação de serviços até o limite de R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais), por operação; desde que previamente aprovado pela Administração Pública do Município em até 2 dias úteis, caso não haja manifestação dentro do prazo estipulado considerar-se-á aprovado tacitamente;

II. Nas hipóteses de inviabilidade de competição e/ou na inexistência de outros na localidade.

Art. 11º - A ordem de compra, o contrato ou chamamento de registro de preços celebrados com o fornecedor encerram o procedimento de compras, devendo reproduzir fielmente todas as condições estabelecidas no procedimento de compras/contratação.

Parágrafo único - O instrumento contratual será dispensado quando o fornecimento/prestação não gerar qualquer obrigação futura, podendo ser substituído por autorização de fornecimento.

Art. 12º - Em caso de inexecução total ou parcial das obrigações inerentes aos fornecedores/prestadores o IBGH poderá, garantida a prévia defesa, aplicar as seguintes sanções:

I. Advertência;

II. Multa, em caso de contrato;

III. Suspensão temporária de participação em outros processos seletivos por no máximo 06 (seis) meses, desde que já tenha havido a aplicação da sanção prevista no inciso I por pelo menos duas vezes.

4.4.4.2.1 Modo de recebimento, guarda e distribuição de medicamentos e produtos nos setores.

a) Recebimento dos medicamentos e produtos

Receber comunicação do Setor de Compras, contendo os números das Ordens de Compras liberadas, e repassá-las aos almoxarifes para o recebimento dos produtos.

Contatar os fornecedores das Ordens de Compras liberadas para recebimento com atraso igual ou superior a 07 dias para cobrar a entrega dos produtos. Anotar, em planilha eletrônica em separado, a data acertada para entrega e o nome da pessoa contatada.

Nos casos em que o fornecedor informar, de imediato, que não será possível realizar a entrega do produto, proceder o cancelamento da Ordem de Compra.

436



000437

Realizar o procedimento de cancelamento das ordens de compra, nos casos em que mesmo após o contato realizado, o fornecedor não realizou a entrega dos produtos na data informada.

Receber os materiais de segunda-feira a sexta-feira das 14:00h às 17:00h, exceto para mercadorias entregues via transportadora ou produtos considerados imprescindíveis para a Instituição, que poderão ser recebidas também no período das 08:00h às 12:00h.

Em casos emergenciais ou dependendo da importância da aquisição do produto adquirido, este poderá ser recebido em horário noturno ou em final de semana.

Conferir no ato da entrega dos produtos/medicamentos, a Ordem de Compra ou contrato com os produtos recebidos e a nota fiscal. Verificar a quantidade, valor unitário e total, marca, o lote, a validade dos produtos, a inviolabilidade das embalagens, a descrição dos produtos, os dados da unidade e do Fornecedor (Razão Social, CNPJ, Inscrição Estadual, endereço completo, frete e data de pagamento). Se houver qualquer divergência, tomar as devidas providências junto ao fornecedor.

Registrar no ato do recebimento de produtos / medicamentos que necessitam de refrigeração, através de termômetro a laser, a leitura da temperatura destes, bem como realizar o preenchimento na Ficha de recebimento de medicamentos e reagentes do laboratório.

Receber os produtos juntamente com o responsável do setor solicitante ou profissional que utilizará o produto, quando for produto novo ou de uso específico do setor.

No caso de produto novo ou de uso específico, colher ateste do setor que utilizará o produto e no caso de produto usual atestar a nota fiscal.

Dar entrada na nota fiscal no sistema operacional, avaliar o fornecedor, emitir via no sistema informatizado.

Após o recebimento de todos os produtos de cada Ordem de Compra, enviar o processo para arquivo. Nos casos de contratos, o arquivamento deverá ser efetivado apenas após a expiração do contrato.

#### b) Armazenamento/ Controle de estoque

Armazenar os produtos/medicamentos recebidos armazenando os produtos de modo que os de data mais próxima de vencimento fiquem à frente dos demais e observando as orientações de armazenamento do fabricante de cada produto.

Quando se tratar de produto termolábil (material para o laboratório de análises clínicas, medicamento etc.), armazená-lo de acordo com o item 01 e conferir 03 vezes ao dia a temperatura da geladeira anotando-as no formulário de Controle de temperatura da Geladeira.

Deverá ser observada a seguinte ordem cronológica de armazenamento:

1º Produtos Termolábeis;

2º Medicamentos;

3º Material Médico Hospitalar;

4º Demais materiais (escritório, manutenção, limpeza etc.)

#### c) Acompanhamento dos prazos de validade

Emitir, todo o 1º dia útil de cada mês, relatório via sistema operacional, considerando como filtros o almoxarifado / satélite em que está exercendo suas atividades, e o período de 60 dias do dia da emissão do relatório.

437



000438

No caso dos almoxarifados plantonistas, considerar também os carrinhos de emergência que estão ligados ao seu satélite.

Para cada um dos itens que forem listados no relatório, analisar se o mesmo será consumido antes do prazo de seu vencimento, considerando seu histórico de consumo, bem como avaliar a possibilidade de transferência para outros almoxarifados.

d) Atendimento de solicitações de bens de consumo

Receber a solicitação de produtos no sistema operacional, analisar os itens solicitados e caso haja itens diferentes dos usualmente utilizados pelo setor solicitante ou que tenham tido dispensação recente e que a solicitação, aparentemente não se justificar, repassar o caso ao Encarregado de Almoxarifado ou ao Supervisor de Almoxarifado para decisão quanto a liberação do material.

Dispensar os bens de consumo seguindo os horários preconizados para os setores, que serão realizados de segunda-feira a sexta-feira das 08:00 às 10:00h para as solicitações e das 10:00h às 14:00h para a retirada dos materiais.

Conferir a lista de produtos/medicamentos solicitados pelo sistema operacional e separá-los, observando o estado de conservação e data de validade, sendo que deverá ser dada prioridade de dispensação aos produtos com menor prazo de validade.

Dar baixa nos estoques dos produtos / medicamentos solicitados no sistema operacional e em seguida emitir (imprimir) o documento de saída para o setor

Entregar os produtos para o colaborador do setor solicitante, colher assinatura e número de matrícula do mesmo, na folha impressa da solicitação atendida.

Arquivar em pasta específica, os documentos de saída por setor, que será eliminado após três meses da emissão do mesmo.

#### 4.4.4.3 Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares.

A farmácia hospitalar, no âmbito de sua atuação, comporta-se como uma unidade de negócios, dados os seus relacionamentos comerciais com os laboratórios farmacêuticos, com os fabricantes dos diferentes produtos, com distribuidores e com os representantes comerciais. Gerir medicamentos na área hospitalar é deparar-se com uma grande variedade de produtos (dezenas de milhares de itens diferentes se encontram à disposição dos profissionais médicos), com o compromisso de não permitir a ocorrência de stockout, sinônimo de morte, perdas ou fracasso organizacional.

Assim, quanto maior a habilidade da farmácia hospitalar em administrar seus produtos de forma racional, maior será sua capacidade de oferecer à clientela bens e serviços de qualidade e com baixos custos operacionais. Daí a importância da definição dos fármacos a serem usados no Hospital.

Para tanto, foi formada uma comissão com o objetivo de padronizar os medicamentos estabelecendo os critérios para inclusão/exclusão de produtos e

Dessa forma, inicialmente os medicamentos e materiais utilizados na unidade seguirão a lista proposta a seguir e será de responsabilidade da Comissão de Padronização de materiais, medicamentos e equipamentos atualizar a lista conforme as necessidades da unidade.

438

000439

Lista de medicamentos padronizados:

DESCRIÇÃO	APRESENTAÇÃO	VIA DE ADMINISTRAÇÃO
<b>ANTIULCEROSOS/PROTETORES GÁSTRICOS/CONTIPAÇÃO</b>		
Omeprazol 40 mg	frasco ampola	EV
Cimetidina 150 mg/ml	ampola/2ml	IM/EV
Cimeticona	FR. 15 ML	VO
Glicerina	FR 500ml	VSNG
Lactulose	FR 120ml	VO
<b>ANTIESPASMÓDICOS E PROPULSIVOS</b>		
N-butil-escopolamina (brometo) 20mg/ml	ampola	SC/IM/EV
Butilbrometo de escopolamina 4 mg/ml + dipirona 500 mg/ml	ampola/5ml	IM/EV
<b>ANTIEMÉTICOS E ANTINAUSEANTES</b>		
Bromoprida 10mg/ml	ampola/2ml	IM/EV
Dramin B6	ampola/10 ml	EV
Metoclopramida 5mg/ml	ampola/2ml	IM/EV
Ondansetrona 2mg/ml	ampola/2ml	IM/EV
<b>SUPLEMENTOS E VITAMINAS</b>		
Tiamina	ampola/1ml	IM/EV
Cloreto de Potássio 6%	FR/60ml	VO
<b>LAXANTES</b>		
Clisterol 12%/500ML	solução retal	RETAL
<b>REPOSITORES ELETROLÍTICOS PARENTERAL</b>		
Bicarbonato de sódio 8,4%	ampola/10ml	EV
Cloreto de sódio 0,9%	ampola/10ml	EV
Cloreto de sódio 10%	ampola/10ml	EV
Cloreto de potássio 10%	ampola/10ml	EV

439

000440

Cloreto de potássio 19,1 %	ampola/10ml	EV
Gluconato de Cálcio 10%	ampola/10ml	EV
<b>ANTIDIABÉTICO</b>		
Insulina humana NPH 100UI	frasco ampola/10ml	SC
Insulina humana REGULAR 100UI	frasco ampola/10ml	SC/EV
<b>SANGUE E ELEMENTOS FORMADORES DO SANGUE</b>		
Albumina Humana 20%	Frasco/50ml	EV
Concentrado para hemodiálise fração ácida	Bombona 5L	Máquina
Concentrado para hemodiálise fração básica	Bombona 5L	Máquina
<b>AGENTES TROMBOLÍTICOS/ANTICOAGULANTES E ANTIAGREGANTES</b>		
Ácido acetilsalicílico 100mg	comprimido	VO
Alteplase 2,3 g	ampola/50ml	EV
Clopidogrel 75mg	comprimido	VO
Heparina sódica 5000UI/ml	frasco ampola/5ml	IV
Enoxaparina 40mg/ml	ampola/0,4ml	SC/EV
Enoxaparina 60mg/ml	ampola/0,6ml	SC/EV
Ticagrelor 90mg	comprimido	VO
<b>ANTI-HEMORRÁGICOS</b>		
Ácido tranexâmico 50mg/ml	ampola/5ml	EV
Fitomenadiona 10mg/ml	ampola	IM
<b>ANTIANÊMICOS</b>		
Sacarato de Hidróxido férrico 20mg/ml	ampola/5ml	EV
<b>HIPOLIPIDÊMICOS</b>		
Rosuvastatina 20mg	comprimido	VO
Sinvastatina 20 mg	comprimido	VO
<b>SOLUÇÕES PARA INFUSÃO</b>		

440



000441

Água estéril para injeção	Ampola/10ml	EV
Água estéril para injeção	bolsa 250ml/500ml	EV
Solução de glicose 5%	Bolsa/500ml	EV
Solução de manitol 20%	bolsa 250ml	EV
Solução de NAACL 0,9 %	bolsa100/250/500ml	EV
Solução Ringer Simples	bolsa/500ml	EV
Solução Ringer com lactato	bolsa/500ml	EV
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>		
Adenosina 3mg/ml	ampola/2ml	EV
Amiodarona (cloridrato) 50mg/ ml	ampola/3ml	EV
<b>ESTIMULANTES CARDÍACOS</b>		
Deslanosídeo 0,2mg/ml	ampola/2ml	IM/EV
Dobutamina 12,5mg/ml	ampola/20ml	EV
Dopamina 5mg/ml	ampola/10ml	EV
Epinefrina 1mg/ml	ampola/1ml	EV/IM/SC
Etilefrina 10mg/ml	ampola/1ml	EV/IM/SC
Norepinefrina 2mg/ml	ampola/4ml	EV
Efedrina (sulfato) 50mg/ml	ampola/1ml	EV/IM/SC
<b>VASODILADORES</b>		
Isossorbida mon. 10mg/ml	ampola/1ml	EV
Isossorbida 5mg	comprimido	VO
Nitroglicerina 5mg/ml	ampola/10ml	EV
Nitroprusseto de sódio 25 mg/ml	ampola/2ml	IV
<b>ANTI-HIPERTENSIVOS</b>		
Anlodipino 5mg	comprimido	VO
Captopril 25mg	comprimido	VO

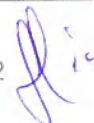
441



000442

Captopril 50mg	comprimido	VO
Carvedilol 3,125mg	comprimido	VO
Carvedilol 12,5mg	comprimido	VO
Enalapril (maleato) 20mg	comprimido	VO
Losartana potássica 100mg	comprimido	VO
Metildopa 250mg	comprimido	VO
Metoprolol 5mg/ml	ampola	EV
Nifedipino 20mg	comprimido	VO
Propranolol (cloridrato) 40mg	comprimido	VO
<b>DIURÉTICOS</b>		
Espiro lactona 25mg	comprimido	VO
Furosemida 10mg/ml	ampola/2ml	IM/EV
<b>CORTICÓIDES</b>		
Dexametasona 1mg/g 10 g	bisnaga	USO TOPICO
Dexametasona 4mg/ml	ampola/2,5ml	IM/EV
Hidrocortisona 100mg - pó liofilizado	frasco ampola	IM/EV
Hidrocortisona 500mg - pó liofilizado	frasco ampola	IM/EV
Metilprednisolona 40 mg/ml	frasco	IM/INTRASSINOVIAl/INTRALESIONAL/INTRARETAL
Metilprednisolona 125mg	frasco ampola	IM/EV
Prednisona 3mg/ml	frasco	VO
<b>OUTROS PRODUTOS DERMATOLÓGICOS</b>		
Colagenase 0,6U/g	bisnaga	USO TOPICO
Óleo dermoprotetor (Ácidos graxos + VIT A + VIT D)	FR/200ml	USO TÓPICO
<b>ANTIMICROBIANOS</b>		
<b>ANTIBIÓTICOS</b>		

442



**000443**

Sulfadiazina de prata 1% creme tópico	frasco	USO EXTERNO
Metronidazol 500mg	bolsa	EV
Meropenem 500mg	FR-AMP	EV
Meropenem 1G	FR-AMP	EV
Teicoplanina 800mg	FR-AMP	EV
<b>AMINOGLICOSÍDEOS</b>		
Gentamicina (sulfato) 80mg/ml	ampola/2ml	EV/IM
Neomicina 5mg/g + bacitracina 250UI/g	bisnaga	USO TOPICO
<b>ANTIPARASITÁRIO</b>		
Hidroxicloroquina 400mg	comprimido	ORAL
<b>ANTIFÚNGICO</b>		
Cetoconazol 20MG/G	Bisnaga	USO TÓPICO
Fluconazol 200mg/100ml	Bolsa	EV
<b>CEFALOSPORINAS 3ª GERAÇÃO</b>		
Ceftriaxona 1g - pó liofilizado	frasco ampola	EV
<b>CEFALOSPORINAS 4ª GERAÇÃO</b>		
Cefepima 1g – liofilizado	frasco ampola	EV/IM
<b>GLICOPEPTÍDEOS</b>		
Vancomicina 500mg - pó liofilizado	frasco ampola	EV
<b>LINCOSAMINA</b>		
Clindamicina (fosfato) 150mg/ml	ampola/4ml	EV/IM
<b>MACROLÍDEOS</b>		
Clarithromicina 500mg	frasco ampola	EV
<b>PENICILINAS</b>		
Ampicilina sódica 1g	frasco ampola	EV/IM
Benzilpenicilina benzatina 600.000 UI	frasco ampola	IM

443

**000444**


Benzilpenicilina benzatina 1200.000 UI	frasco ampola	IM
Oxacilina 500mg - pó liofilizado	frasco ampola	EV/IM
Piperacilina+tazobactam sodico 4G+0,5G	frasco ampola	EV
<b>QUINOLONAS</b>		
Ciprofloxacino 2mg/ml	bolsa/100ml	EV
Levofloxacino 5mg/ml	bolsa/100ml	EV
<b>ANTISSÉPTICOS</b>		
Álcool 70%	FR/1000ml	USO TÓPICO
Álcool em gel 70%	FR/500g	USO TÓPICO
Clorexidina 0,12% solução bucal	FR/100ml	USO BUCAL
Clorexidina solução alcoólica 0,5%	FR/100ml	USO TÓPICO
Clorexidina solução aquosa 1%	FR/100ml	USO TÓPICO
Clorexidina degermante 2%	FR/100ml	USO TÓPICO
<b>ANTITUSSÍGENO</b>		
Acetilcisteína 10mg/ml	FR/120ml	USO ORAL
<b>SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO</b>		
<b>ANTI-INFLAMATÓRIOS</b>		
Cetoprofeno 50mg/ml	ampola/2ml	IM
Tenoxicam 20mg	frasco ampola	EV/IM
Diclofenaco sódico 25mg/ml	ampola/3ml	IM
Ibuprofeno 50mg/ml	frasco/sol.	VO
Nimesulida 50mg/ml	frasco/sol.	VO
<b>RELAXANTES MUSCULARES EM BLOQUEIO DE CURTA DURAÇÃO</b>		
Suxametônio (cloreto) 100mg	frasco ampola	EV
Cisatracúrio 2mg/ml	Ampola/10ml	EV
Rocurônio 50mg/ml	Frasco/5ml	EV

444

**000445**

<b>ANESTÉSICOS/SEDATIVOS e ANALGESIA</b>		
Etomidato 2 mg/ ml	ampola/10ml	EV
Fentanila (citrato) 50mcg/ml	ampola/5ml	IM/ESPINHAL/EV
Fentanila (citrato) 50mcg/ml	ampola/10ml	IM/ESPINHAL/EV
Propofol 10mg/ml	frasco ampola	EV
<b>ANESTÉSICOS LOCAIS</b>		
Lidocaína 2% 20ml	frasco ampola	LOCAL
<b>ANESTÉSICOS</b>		
Lidocaína (cloridrato) 2%	bisnaga	USO TOPICO
Lidocaína (cloridrato) 10% spray	frasco	USO EXTERNO
<b>ANALGÉSICOS OPIÓIDES</b>		
Morfina (sulfato) 10mg/ml	ampola/1ml	PERIDURAL/INTRATECAL/EV/IM
Tramadol (cloridrato) 50mg/ml	ampola/1ml	SC/IM/EV
Tramadol (cloridrato) 100mg/ml	ampola/1ml	SC/IM/EV
<b>BLOQUEADORES NEUROMUSCULAR</b>		
Pancurônio, Brometo 2mg/ml	ampola/2ml	EV
Suxametônio 100mg	frasco ampola	EV/IM
<b>OUTROS ANALGÉSICOS E ANTIPIRÉTICOS</b>		
Ácido acetilsalicílico 100mg	comprimido	VO
Dipirona sódica 50mg/ml	frasco/sol.	VO
Dipirona sódica 500mg/ml	frasco/gts	VO
Dipirona sódica 500mg/ml	ampola/2ml	IM/EV
Paracetamol 200mg/ml	frasco/gts	ORAL
Paracetamol 750mg	comprimido	ORAL
<b>ANTIPILEPÍTICOS</b>		
Fenitoína Sódica 50mg/ml	ampola/5ml	IM/EV

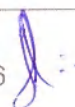
445



**000446**

Fenobarbital sódico 100mg/ml	ampola/2ml	IM/EV
<b>ANTIPSICÓTICOS</b>		
Clorpromazina (cloridrato) 5mg/ml	ampola/5ml	IM
Haloperidol 5mg/ml	ampola/1ml	IM
Risperidona 2mg	Comprimido	VO
<b>HIPNÓTICOS E SEDATIVOS</b>		
Diazepam 5mg	comprimido	VO
Diazepam 10mg	comprimido	VO
Diazepam 5mg/ml	ampola/2ml	IM/EV
Midazolam 5mg/ml	ampola/3ml	IM/RETAL/EV
Midazolam 5mg/ml	ampola/10ml	IM/RET/EV
Cloridrato de dexdemetomidina 100mg/ml	frasco ampola/2ml	IV/IM
Cloridrato de dextrocetamina 50mg/ml	frasco ampola/10ml	IV/IM
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>		
<b>ANTIASMÁTICOS</b>		
Aminofilina 24mg/10 ml	Ampola/10ml	EV
Fenoterol 5mg/ml	frasco	INALATORIO
Ipratrópio (brometo) 0,25mg/ml	frasco	INALATORIO
Sulfato de Terbutalina	ampola/2ml	SC/EV
<b>ANTI-HISTAMÍNICOS DE USO SISTÊMICO</b>		
Difenidramina (cloridrato) 50mg/ml	ampola/1ml	IM/EV
Prometazina 25mg/ml	ampola/2ml	IM
<b>ANTÍDOTOS</b>		
Atropina (sulfato) 0,50mg/ml	ampola/1ml	SC/IM/EV
Atropina (sulfato) 0,25mg/ml	ampola/1ml	SC/IM/EV
Carvão ativado 50 gramas	sache	VO

446



000447

Carvão ativado 100 gramas	pote	VO
Flumazenil 0,1mg/ml	ampola/5ml	EV
Naloxona 0,4 mg/ml	ampola/1ml	IM/EV/SC
<b>COVID - 19</b>		
<b>AVERMECTINAS</b>		
Ivermectina 6mg	Comprimido	VO
<b>MACROLIDEOS</b>		
Azitromicina Diidratada 500mg	Comprimido	VO
<b>INIBIDORES DE NEURAMINIDASE</b>		
Oseltamivir 75mg	Capsula	VO

Tabela 74 - Lista de medicamentos padronizados

Lista dos materiais padronizados:

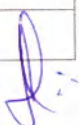
ITEM	MATERIAIS HOSPITALARES	Apresentação
1.	ABAIXADOR DE LINGUA (EMBALAGEM INDIVIDUAL)	PCT
2.	AGULHA DESCARTÁVEL 13 X 0,45 MM	UN
3.	AGULHA DESCARTÁVEL 25 X 0,7 MM	UN
4.	AGULHA DESCARTÁVEL 30 X 0,8 MM	UN
5.	AGULHA DESCARTÁVEL 40 X 1,2 MM	UN
6.	ALGODÃO HIDROFILICO 500G	UN
7.	APARELHO DESCARTÁVEL PARA TRICOTOMIA	UN
8.	ATADURA DE CREPE 13 FIOS 10 CM X 1,8 M (4,5 MT)	RL
9.	ATADURA DE CREPE 13 FIOS 20 CM X 1,8 M (4,5 MT)	RL
10.	ATADURA DE CREPE 13 FIOS 30 CM X 1,8 M (4,5 MT)	RL
11.	BOLSA DE COLOSTOMIA DESCARTAVEL COM 10	UN
12.	CANULA DE GUEDEL Nº 2	UN
13.	CANULA DE GUEDEL Nº 3	UN
14.	CANULA DE GUEDEL Nº 4	UN
15.	CANULA DE GUEDEL Nº 5	UN

447

000448

16.	CANULA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF Nº 6,0	UN
17.	CANULA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF Nº 7,0	UN
18.	CANULA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF Nº 7,5	UN
19.	CANULA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF Nº 8,0	UN
20.	CANULA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF Nº 8,5	UN
21.	CANULA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF Nº 9,0	UN
22.	CANULA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF Nº 9,5	UN
23.	CATETER INTRAVENOSO (ABOCATH) Nº 14	UN
24.	CATETER INTRAVENOSO (ABOCATH) Nº 16	UN
25.	CATETER INTRAVENOSO (ABOCATH) Nº 18	UN
26.	CATETER INTRAVENOSO (ABOCATH) Nº 20	UN
27.	CATETER INTRAVENOSO (ABOCATH) Nº 22	UN
28.	CATETER NASAL TIPO OCULOS ADULTO	UN
29.	CATETER VENOSO CENTRAL MONO LUMEN 14 Ga X 20 CM C/ SERINGARAUERSON	UN
30.	CATETER VENOSO CENTRAL MONO LUMEN 16 Ga X 20 CM C/ SERINGARAUERSON	UN
31.	CATETER VENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN 7 FR X 20 CM (14 Ga, 18 Ga)	UN
32.	COLETOR DE URINA SIST. ABERTO (2000 ML)	UN
33.	COLETOR DE URINA SIST. FECHADO C/ CONECTOR C/ PONTO DE COLETA	UN
34.	COMPRESSA DE GAZE ESTERIL 13 FIOS 7,5 X 7,5 CM C/ 10	UN
35.	DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINARIA C/ PRESERVATIVO Nº 6	UN
36.	DRENO DE TORAX RADIOPACO Nº 28	UN
37.	DRENO DE TORAX RADIOPACO Nº 30	UN
38.	DRENO DE TORAX RADIOPACO Nº 32	UN
39.	ELETRODO DESCARTÁVEL PARA ECG ADULTO	UN
40.	ENVOLTÓRIO PARA DEFUNTO "M"	UN
41.	ENVOLTÓRIO PARA DEFUNTO "G"	UN
42.	ENVOLTÓRIO PARA DEFUNTO "GG"	UN
43.	EQUIPO DE BOMBA DE INFUSÃO PARA MEDICAMENTOS	UN
44.	EQUIPO DE BOMBA DE INFUSÃO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL	UN
45.	EQUIPO POLIFIX 2 VIAS ADULTO	UN

448

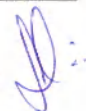




000449

46.	EQUIPO MACROGOTAS DESCARTÁVEL	UN
47.	EQUIPO MICROGOTAS DESCARTÁVEL	UN
48.	EQUIPO DE PRESSÃO VENOSA CENTRAL	UN
49.	EQUIPO PARA HIDRATAÇÃO E MODULAÇÃO DESCARTÁVEL	UN
50.	ESPARADRAPO IMPERMEÁVEL 10 CM X 4,5 M	UN
51.	ESPARADRAPO MICROPOREO 5 CM X 4,5 M	UN
52.	FILTRO HME ADULTO COM TUBO TRAQUEAL	UN
53.	FILTRO HEPA	UN
54.	FIO CIR. NYLON Nº 2-0 AG. 3 CM 3/8 CORTANTE 45 CM CUTICULAR	ENV
55.	FIO CIR. NYLON Nº 3-0 AG. 3 CM 3/8 CORTANTE 45 CM CUTICULAR	ENV
56.	FIO CIR. NYLON Nº 4-0 AG. 3 CM 3/8 CORTANTE 45 CM CUTICULAR	ENV
57.	FITA TIRA TESTE PARA HGT	UN
58.	FIXADOR DE TUBO ENDOTRAQUEAL ADULTO	UN
59.	FRALDA DEC. GERIATRICA (G)	PCT
60.	FRALDA DEC. GERIATRICA (P)	PCT
61.	FRALDA DEC. GERIATRICA (XG)	PCT
62.	FRALDA DEC. GERIATRICA (M)	PCT
63.	FRASCO PARA NUTRICAÇÃO ENTERAL	UN
64.	LÂMINA BISTURI Nº 11	UN
65.	LÂMINA BISTURI Nº 12	UN
66.	LÂMINA BISTURI Nº 15	UN
67.	LÂMINA BISTURI Nº 21	UN
68.	LÂMINA BISTURI Nº 23	UN
69.	LANCETAS PARA HGT COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	UN
70.	LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº 6,5	PAR
71.	LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº 7,0	PAR
72.	LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº 7,5	PAR
73.	LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº 8,0	PAR
74.	LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº 8,5	PAR
75.	MÁSCARA CIRURGICA DESCARTÁVEL 50 X 1 COM ELÁSTICO	UN

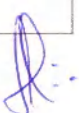
449



000450

76.	MÁSCARA LARÍNGEA Nº 3,0	UN
77.	MÁSCARA LARÍNGEA Nº 4,0	UN
78.	MÁSCARA LARÍNGEA Nº 5,0	UN
79.	MÁSCARA PFF2 ou N95 SEM VÁVULA RESPIRATÓRIA	UN
80.	SERINGA DESC. 10 ML LUER SLIP	UM
81.	SERINGA DESC. 20 ML LER SLIP	UN
82.	SERINGA DESC. 3 ML LUER SLIP	UN
83.	SERINGA DESC. 5 ML LUER SLIP	UN
84.	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 08	UN
85.	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 10	UN
86.	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 12	UN
87.	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 14	UN
88.	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 16	UN
89.	SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº 14	UN
90.	SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº 16	UN
91.	SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº 18	UN
92.	SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº 20	UN
93.	SONDA NASOENTERAL Nº 12	UN
94.	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 14	UN
95.	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 16	UN
96.	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 18	UN
97.	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 20	UN
98.	SONDA RETAL Nº 06	UN
99.	SONDA URETRAL Nº 14	UN
100.	SONDA URETRAL Nº 16	UN
101.	SONDA URETRAL Nº 18	UN
102.	SUGADOR ODONTOLÓGICO	PCT
103.	TAMPA LUER LOCK / SLIP	UN
104.	TORNEIRA 3 VIAS C/ 1 CONEXÃO	UN
105.	TOUCA DESC. CIRÚRGICA PCT COM 100 TOUCAS	PCT
106.	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 5,5	UN
107.	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 6,0	UN
108.	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 6,5	UN

450



000451

109.	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 7,0	UN
110.	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 7,5	UN
111.	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 8,0	UN
112.	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 8,5	UN
113.	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 9,0	UN

*Tabela 75 - Lista dos materiais padronizados*

#### 4.4.4.4 Apresentação de critérios para a contratação de serviços sublocados para análise clínica, imagem, análise gráfica, nutrição, vigilância e outros.

A Diretoria Administrativa será a responsável pela contratação de serviços terceirizados a partir da solicitação dos setores para os quais os serviços serão prestados, e mediante aprovação prévia da diretoria da área, com exposição de motivos, fundamentação, análise de custos, riscos e vantagens da terceirização etc.

Quando necessário, a diretoria administrativa poderá acionar a diretoria financeira para apoio nos cálculos financeiros.

O contrato de prestação de serviço terceirizado deve conter cláusulas que evitem entendimento diverso do que é lícito no âmbito dessas contratações, bem como afastando de forma objetiva a formação de vínculo empregatício dos empregados da contratada com o Hospital.

O objetivo dessa normatização é definir quais são os serviços que são passíveis de terceirização, certificando-se de que os mesmos não fazem parte de atividades fim da instituição, e que, ainda, façam parte do rol de atividades previstas em Lei pertinente.

Aspectos relevantes:

- Devem ser efetuados estudos de dimensionamento dos serviços a serem realizados, quantificando quantos funcionários seriam suficientes para o cumprimento das atividades com qualidade e qual a carga horária necessária, antes de se contratar o serviço terceirizado. O estudo será o parâmetro para a contratação (ou não) do serviço terceirizado.
- Deverá ser definido quais os serviços que serão contratados, especificando os postos de trabalho, cargos etc. e locais onde serão prestados os serviços.
- Especificar claramente quais os requisitos necessários que os funcionários alocados pela contratada devem ter para exercerem as atividades propostas (qualificações profissionais).
- Definir exaustivamente as atividades (descrição dos serviços) de cada posto de trabalho (atividades diárias, semanais, mensais, semestrais etc.).
- Adotar critérios de avaliação da qualidade dos serviços prestados, fazendo constar, em edital e no contrato, a forma e a periodicidade com que serão realizadas as vistorias;
- Definir o percentual ou nota de aceitação mínima para a qualidade dos serviços prestados.

451



000452

- Definir quem será o gestor por parte do Hospital, que terá a responsabilidade de fiscalizar os serviços da empresa contratada. Essa informação deve constar expressamente na minuta do contrato.
- Realizar pesquisa de mercado com, no mínimo, 3 (três) empresas do ramo pertinente a fim de estimar o valor da contratação, podendo, posteriormente, incluir nos editais de licitação que o valor médio estimado através da pesquisa realizada, será o valor máximo admitido pela contratante. Esse procedimento evita que os preços sejam superestimados na licitação. Não esquecer de que as planilhas de custos devem ser apresentadas com a previsão de todos os custos oriundos da contratação.
- Os serviços terceirizados dependem de procedimento licitatório prévio. Somente a lei poderá dar amparo à não utilização de licitação para a contratação de serviços terceirizados, que são os casos expressos de dispensa e inexigibilidade de licitação. Portanto, via de regra, a prestação de serviços terceirizados deve ser licitada, conforme as regras de compras do Hospital.

### Cláusulas Necessárias Ao Contrato De Terceirização

O contrato de prestação de serviços é o instrumento jurídico que estabelecerá as condições do negócio licitado. Deve, acima de tudo, afastar o caráter trabalhista, ou seja, o vínculo empregatício entre o contratante e os funcionários da contratada.

O vínculo empregatício deverá existir, portanto, entre a contratada e seus funcionários. O papel do Hospital será tão somente o de pagar pelos serviços prestados à empresa contratada.

Com isso, visando o afastamento do vínculo empregatício e a ilegalidade, vejamos algumas cláusulas essenciais a este tipo de contrato, a saber:

- Caracterização do contrato como de prestação de serviços e não como fornecimento ou locação de mão-de-obra;
- Descrição precisa dos serviços a serem prestados em cada posto de trabalho;
- Discriminação do local de prestação de serviço de cada posto de trabalho;
- Inclusão de cláusula prevendo a existência de preposto (supervisor) da contratada no local da prestação dos serviços;
- Previsão de mecanismos de controle dos serviços, que será implementado por meio de fiscalização dos registros do preposto da contratada;
- Designação formal do gestor/fiscal do contrato por parte da contratante (nome e cargo);
- Descrição das atividades a serem executadas pelo gestor dos contratos, a fim de fiscalizar e avaliar os serviços prestados;
- Discriminação do mês de reajustamento do contrato de acordo com a Convenção Coletiva de Trabalho de cada categoria funcional;
- Previsão de multa para serviços malfeitos ou parcialmente executados, em desconformidade com o pactuado no contrato;
- Adoção de parâmetros de avaliação dos serviços executados no próprio contrato, ou seja, definição da forma como serão avaliados os referidos serviços e do parâmetro de aceitação pelo Hospital;
- Inclusão de cláusula contratual que obrigue as empresas contratadas a apresentar, juntamente com a nota fiscal ou fatura dos serviços prestados, comprovações dos pagamentos

452



000453

dos encargos trabalhistas e previdenciários, bem como de folha de pagamento específica dos funcionários da contratada que exercerem atividades no Hospital;

- Exigência contratual de que a empresa contratada apresente nota fiscal/fatura com a discriminação da quantidade e dos postos de trabalho que estão sendo cobrados no mês.

### **Contratação Da Empresa De Serviços Terceirizados**

Formalizado o contrato, de acordo com as disposições integrantes no edital e na proposta da contratada, é necessário acompanhar o andamento dos serviços contratados.

Cada uma das partes possui o dever de cumprir o contrato na forma, no tempo e no local estabelecido. Para isso, deve haver uma ação conjunta entre os setores envolvidos: licitação e contratos, finanças, apoio operacional, entre outros.

É dever do Hospital acompanhar a execução dos contratos avançados, que é considerada uma das etapas mais importantes. Para isso, especificamente para os contratos de terceirização de serviços, alguns cuidados devem ser tomados:

- A relação entre o Hospital e a empresa terceirizada é regida pelo Direito Civil, e não pela CLT. Nesse caso, alguns cuidados são necessários para não transferir a relação da esfera civil para a esfera trabalhista, evitando, desta forma, a caracterização de vínculo empregatício entre os funcionários da contratada e o órgão ou entidade contratante.

- A própria CLT enumera alguns requisitos que ao serem satisfeitos, resultam na configuração de vínculo empregatício. Desta forma, torna-se imperativo que o órgão ou entidade contratante tome os cuidados necessários para não incluir, nos editais e nos contratos, situações ou exigências que possam vir a caracterizar o vínculo empregatício por meio da satisfação dos requisitos da habitualidade, subordinação, pessoalidade e remuneração.

### **O Contrato Não Poderá Contemplar:**

a) Habitualidade: o posto de trabalho é contratado para serviços previstos contratualmente com prazo de vigência certo. Assim que o contrato findar, não haverá mais a prestação dos serviços contratados, ou seja, as pessoas contratadas são funcionários da empresa e não do Hospital, e devem deixar seu posto de trabalho assim que expirar a vigência contratual.


b) Pessoalidade: a contratante não deve escolher as pessoas que prestarão os serviços contratados. Quem seleciona os funcionários é a contratada, de acordo com os critérios e qualificações profissionais estabelecidos em edital. O Hospital não deve interferir nesta autonomia. O contrato também deve prever que o posto de trabalho possa ser substituído a qualquer tempo por outro funcionário com a mesma qualificação profissional exigida no edital/contrato, no caso de férias, faltas etc. Não haverá, nesse caso, pessoalidade na contratação.

c) Subordinação: o contratante não deve dar ordens diretas aos funcionários da contratada, tais como exigir o cumprimento de horário, atribuir-lhes tarefas, substituir funcionários etc. Qualquer exigência, solicitação ou observação sobre os funcionários e o serviço prestado deve ser dirigida ao responsável designado pela empresa contratada (preposto) para que tome as devidas providências.

d) Vinculação hierárquica: não devem, também, os gestores ou prepostos do Hospital, exercerem poder de mando ou chefia aos funcionários da contratada. Este papel caberá ao responsável da empresa contratada.

e) Prestação de contas dos serviços prestados: prepostos do Hospital não podem exigir do empregado terceirizado que o mesmo preste contas do que executou ou que execute

453



000454

novamente um serviço malfeito. Na ocorrência destes fatos, o gestor do contrato deve tomar conhecimento e comunicar ao preposto da contratada, nunca diretamente ao funcionário.

f) **Controle de frequência:** é vedado ao contratante controlar os horários de entrada e saída ou reclamar de atrasos ou falta de cumprimento de horários diretamente aos funcionários da contratada. Nesses casos deve o responsável do contratante comunicar ao preposto da contratada para que tome as devidas providências.

g) **Pagamento de salário/remuneração:** quem paga o salário dos funcionários é a empresa terceirizada. O Hospital paga à contratada o valor estipulado no contrato para a execução dos serviços de cada posto de trabalho.

h) **Aplicações de penalidades administrativas e/ou funcionais:** as penalidades administrativas são aplicadas pelo contratante, caso a empresa dê causa à inexecução total ou parcial do objeto contratado. As penalidades funcionais devem ser aplicadas pela contratada aos seus funcionários, e não pela contratante. Nunca esquecer que os funcionários são da empresa terceirizada, não da contratante.

### Competências Do Gestor/Fiscal Dos Contratos

Existem alguns procedimentos que são de competência exclusiva do gestor/fiscal dos contratos, a fim de fiscalizar os serviços prestados, a saber:

a) **providenciar cópia do contrato:** o gestor deve conhecer o objeto e a quantidade dos postos contratados, a descrição dos serviços a serem executados, bem como os prazos, locais de prestação do serviço, frequência dos serviços, enfim, todas as cláusulas importantes que dizem respeito à execução contratual;

b) **manter registro dos contratos:** verificar a vigência, prazos de execução, necessidades de prorrogações ou de nova contratação, épocas de reajustamento dos preços contratados, tomando as providências cabíveis em tempo hábil, quando necessário;

c) **ter conhecimento das responsabilidades:** conhecer as responsabilidades de ambas as partes envolvidas;

d) **manter o registro de ocorrências:** assegurar a perfeita execução dos serviços em conformidade com o avençado nas especificações técnicas, solicitando, de imediato, a correção de imperfeições detectadas ao preposto da contratada;

e) **verificação dos serviços:** verificar se os serviços estão sendo prestados no local constante no contrato e a correta utilização dos materiais e equipamentos dentro da quantidade suficiente que assegure a qualidade dos serviços, sem desperdícios, solicitando, quando for o caso, a substituição dos mesmos quando não forem adequados;

f) **manter o controle das medições:** e efetuar glosa em medições em serviços que forem mal executados ou não executados. Utilizar um Formulário de Ocorrências e/ou Correções para embasar a glosa;

g) **sugerir aplicação de penalidades:** nos casos de inadimplemento contratual parcial ou total;

h) **comunicar ao superior hierárquico:** em situações cujas providências excedam as suas competências, propondo as providências cabíveis;

i) **auxiliar a área competente, no planejamento de nova licitação:** quanto aos quantitativos de postos de trabalho necessários para a continuidade e qualidade dos serviços;

j) **solicitar comprovantes mensais:** solicitar mensalmente, juntamente com o documento fiscal da prestação dos serviços executados, cópia das comprovações de obrigações

454





000455

trabalhistas e previdenciárias do mês anterior, bem como de qualquer outra documentação disposta no contrato como condição para que se efetive o pagamento:

k) *certificar-se de que a empresa contratada está pagando aos funcionários o mínimo exigido em Convenção Coletiva de Trabalho; pode ser realizada conferência através da conferência da folha de pagamento, que deve ser entregue junto com a Nota Fiscal/Fatura dos Serviços;*

l) *implementar e estabelecer formas de avaliação e controle de qualidade dos serviços prestados: através de planilhas específicas, devidamente documentadas.*

### Medições

Os serviços prestados devem ser medidos mensalmente, de acordo com o quantitativo e com o preço pactuados no contrato, por posto de trabalho.

Medição é o registro dos quantitativos de serviços efetivamente realizados, de acordo com a descrição dos serviços definida na especificação técnica do contrato.

A unidade de medida utilizada será o posto de trabalho/dia, ou seja, no posto de vigilância ou limpeza, quantos dias efetivamente o serviço foi realizado. No caso de falta de algum dos postos de trabalho contratados, a não reposição por parte da contratada, e a ocorrência de prejuízo na execução do contrato, deve ser apontada em Formulário de Ocorrências e/ou Correções do fiscal do contrato e repassado ao preposto para posterior desconto na fatura dos serviços.

Ressalta-se que somente poderá haver glosa dos serviços não executados quando a contratada, na falta do posto de trabalho, não repor o posto faltante e a não reposição configurar-se em inadimplemento do contrato pela ausência dos serviços que deveriam ter sido executados, como por exemplo: na falta da servente do dia, o lixo não foi recolhido, o chão ficou sujo etc. Neste caso, a falta do posto de trabalho gerou prejuízo ao serviço que não foi prestado, cabendo a glosa na medição.

A forma e periodicidade das medições devem estar previstas no edital e no contrato.

#### 4.4.4.5 Descrição de funcionamento da regulação de leitos clínicos e cirúrgicos

Os complexos reguladores consistem na articulação e na integração de centrais de atenção a internações de urgência e emergência ou eletivas, a consultas e a serviços especializados e a sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, com base em protocolos de atenção à saúde.

A operação dos complexos reguladores, no que concerne às transferências intermunicipais, pode ser feita de três formas: pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador; pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando estiver com a gestão estadual; ou pelo gestor municipal, com cogestão do estado e representação dos municípios da região (Brasil, 2006).

Os complexos reguladores compõem os sistemas logísticos, um dos componentes das redes de Atenção à Saúde que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e usuários nas Redes de Atenção à Saúde (Mendes, 2009).

455

000456

Segundo a Portaria nº 1559/2008 que Instituiu a Política Nacional de Regulação, o Complexo Regulador é composto por uma ou mais Centrais de Regulação podendo ser:

*Central de Regulação de Urgência: sua ação é executada conforme disposto na Portaria MS/GM nº 2.048/ 2002. Regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, que é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), integrado ao Complexo Regulador permitindo, assim que as ações estejam em conformidade com os fluxos predeterminados. A central de regulação de eventos agudos é definida como a estrutura física constituída por profissionais capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro de uma RAS (Brasil, 2013).*

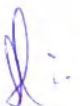
*Central de Regulação de Internações: Responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados. O escopo da central de internações hospitalares deve ser configurado com os leitos das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros. Com a regulação prévia das internações hospitalares, o médico regulador avalia a capacidade resolutiva do hospital de origem e apenas decide pela transferência Inter hospitalar ou intermunicipal, caso os recursos locais sejam insuficientes para o atendimento qualificado ao usuário.*

*Central de Regulação Ambulatorial: Responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas, aos exames especializados e aos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT).*

Para operacionalizar articulação entre a Central de Regulação e as unidades assistenciais, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais.

- a) Dessa forma, o NIR é a organização criada para:
- b) Realizar a interface com as Centrais de Regulação;
- c) Delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS;
- d) Permitir o acesso de forma organizada e por meio do estabelecimento de critérios de gravidade;
- e) Disponibilizar o acesso ambulatorial, hospitalar, de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico;
- f) Estabelecer critérios, como protocolos que deverão ser instituídos em conjunto pelo NIR e a gestão da Regulação; e

456





000457

- g) Permitir a busca por vagas de internação e apoio diagnóstico/ terapêutico fora do próprio estabelecimento para os pacientes que requeiram serviços não disponíveis, sempre que necessário, conforme pactuação na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Nessa perspectiva, o funcionamento da regulação de leitos clínicos e cirúrgicos a serem geridos pelo IBGH, seguirão os pressupostos estabelecidos pelo Complexo Regular em conjunto com o NIR da unidade.

**FLUXOGRAMA: REGULAÇÃO VIA CENTRO CIRÚRGICO**

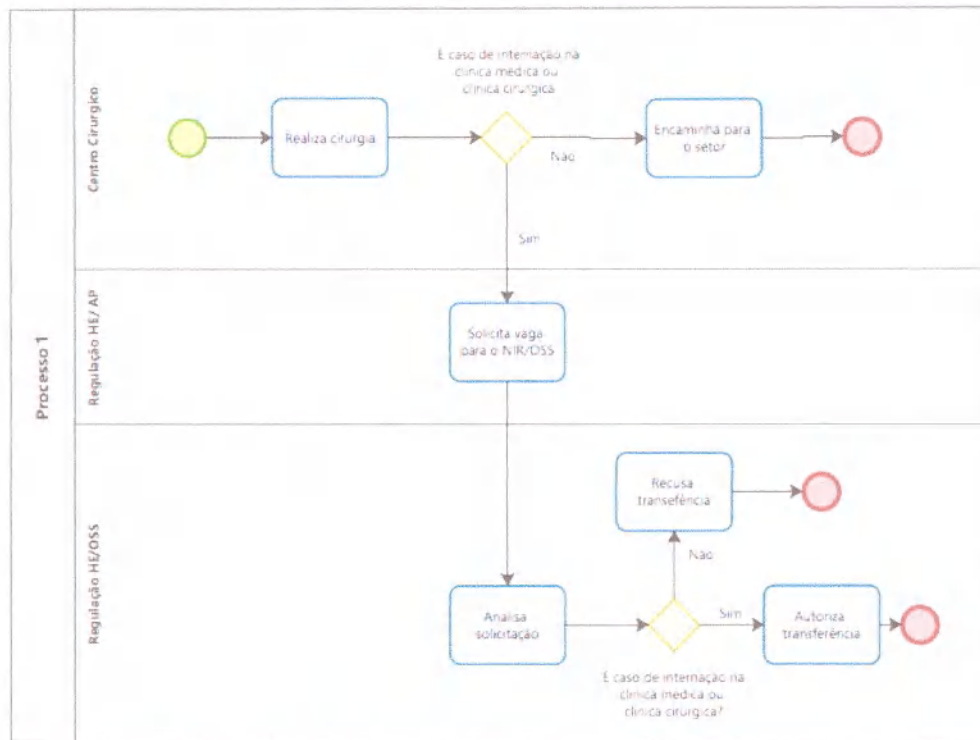


Figura 75 - FLUXO DE REGULAÇÃO VIA CENTRO CIRÚRGICO

**FLUXOGRAMA: REGULAÇÃO VIA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO AMAPA**

457

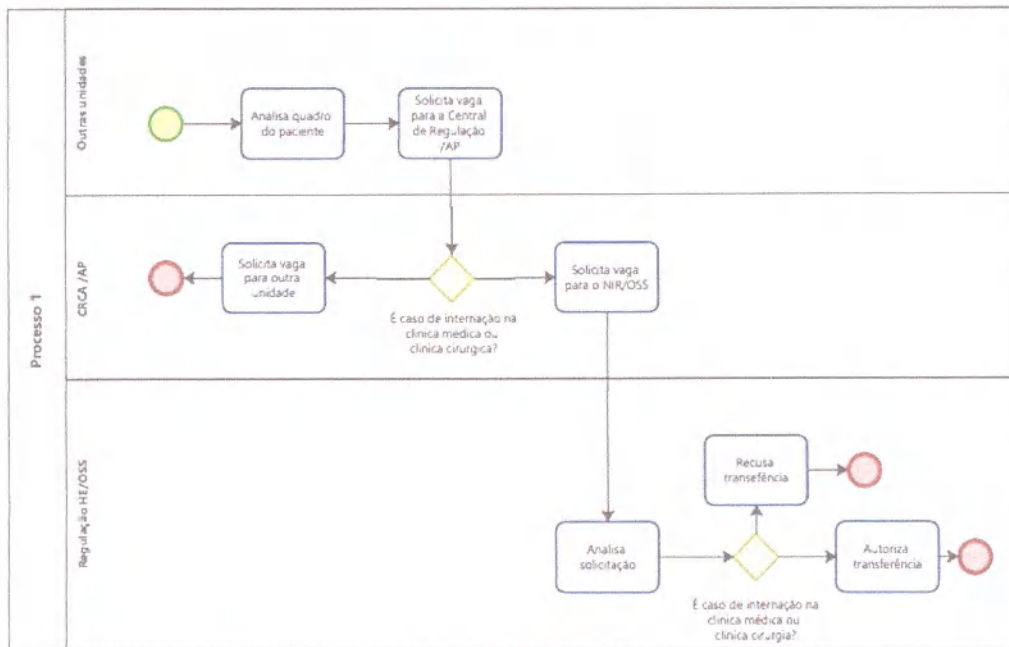


Figura 76 - FLUXO REGULAÇÃO VIA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO AMAPA

**FLUXOGRAMA: REGULAÇÃO VIA CENTRAL PRONTO SOCORRO**

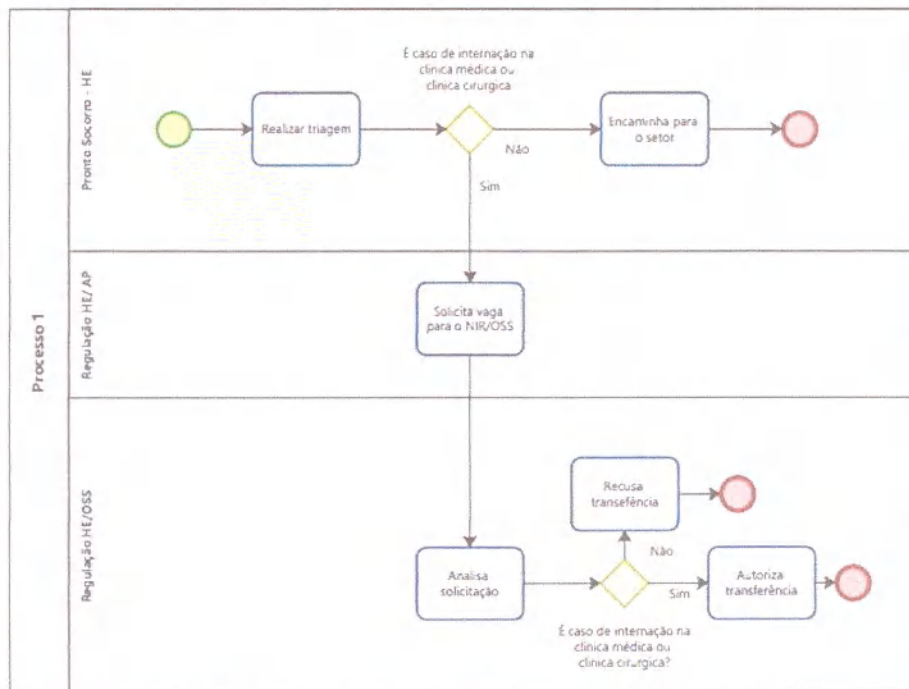


Figura 77 - REGULAÇÃO VIA CENTRAL PRONTO SOCORRO

**FLUXOGRAMA: TRANSFERÊNCIA VIA HE-OSS**

000439

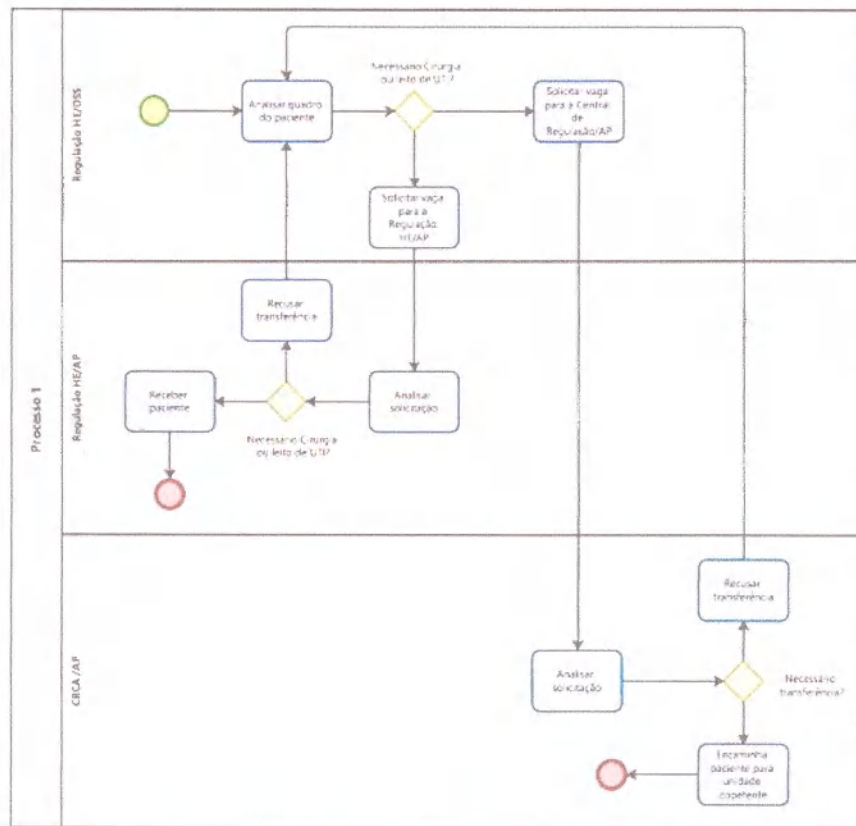


Figura 78 -FLUXO TRANSFERÊNCIA VIA HE-OSS

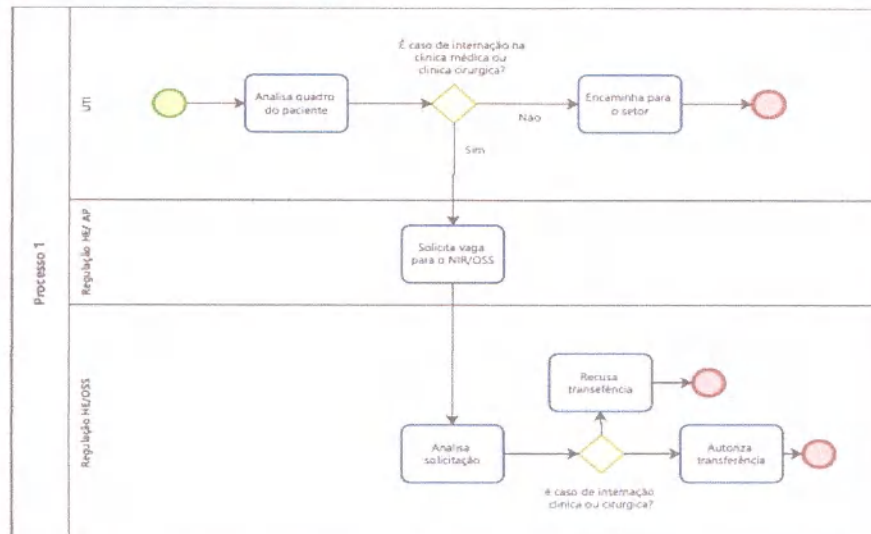
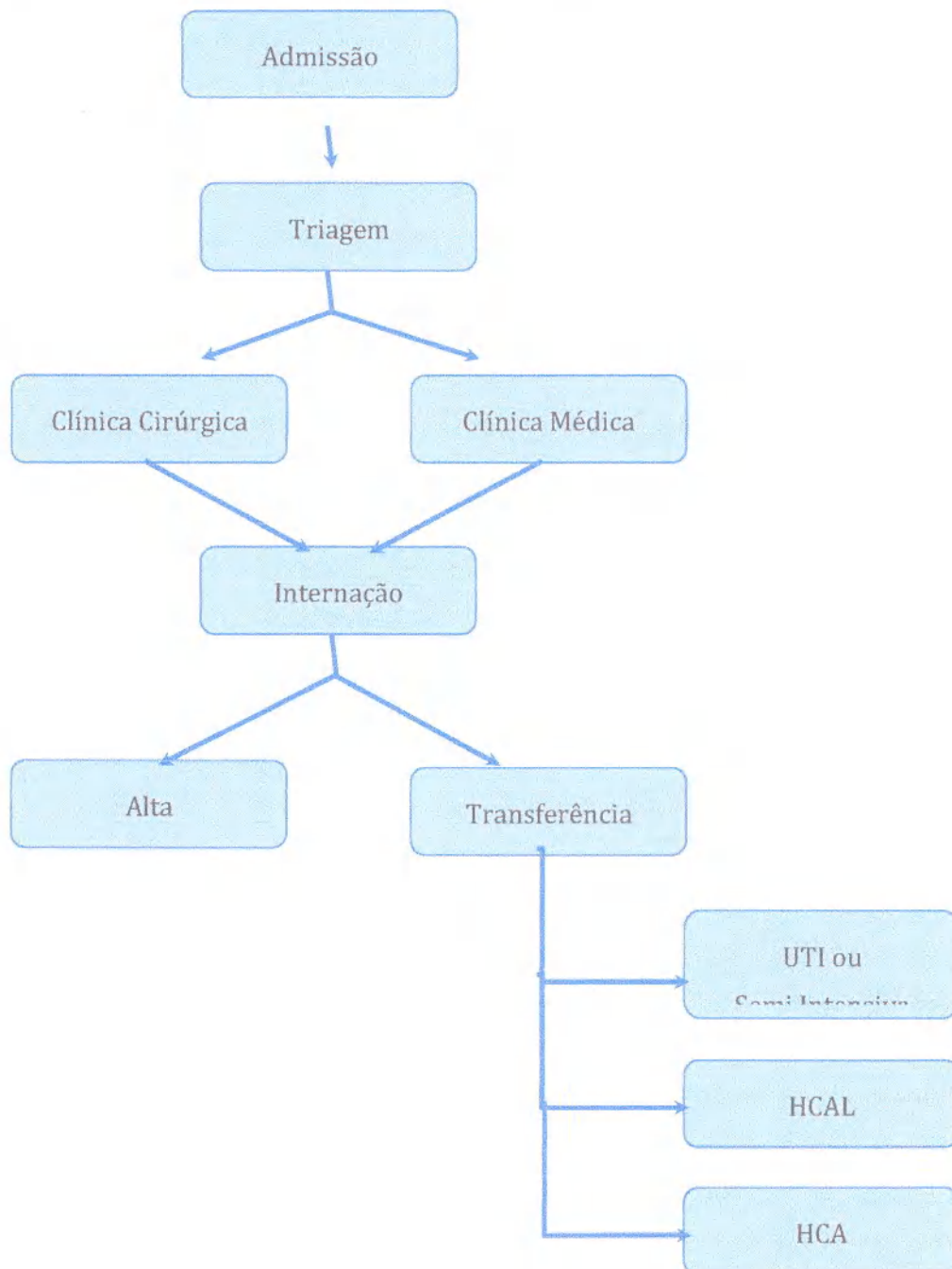
**FLUXOGRAMA: REGULAÇÃO VIA UTI**


Figura 79 - REGULAÇÃO VIA UTI



000460

Conforme fluxos apresentados, a Abaixo o fluxo simplificado de admissão e regulação de leitos proposto e que depois de validado pela Central de Regulação, será intemalizado pelo IBGH.



000461

#### 4.4.4.6 Descrição do funcionamento dos serviços de manutenção predial

A Manutenção Predial funcionará 24h por dia, 7 dias por semana, sendo que no turno da noite a equipe será reduzida. Apresentamos o Manual com as normas de manutenção predial.

#### Normas De Manutenção Predial

Este Manual tem por objetivo estabelecer o Ciclo de Processos para a Manutenção Predial Corretiva e Preventiva do HOSPITAL DE EMERGÊNCIAS, DR. OSWALDO CRUZ, identificar os procedimentos e formulários, e descrever as atividades, designando as responsabilidades.

#### Definições E Codificações

- Manutenção: Conjunto de atividades que conservam ou recuperam a capacidade funcional da edificação e de seus componentes a fim de atender as necessidades e a segurança de seus usuários.
- Corretiva: Manutenção que exige intervenção imediata que garanta a continuidade de funcionamento da edificação ou de seus componentes.
- Preventiva: Manutenção planejada que previne a ocorrência de danos potenciais.
- Legendas: São adotadas as seguintes legendas para os relatórios de verificação de manutenção preventiva ou checklists:

- PREVISTO
- VERIFICADO
- VERIFICADO E NECESSITA DE REPAROS
- VERIFICADO E CORRIGIDO

#### Tipos De Relatórios

Foram desenvolvidos 8 checklists abordando os aspectos mais relevantes da manutenção predial preventiva, incluindo o item e a periodicidade.

Os checklists são os seguintes:

- 1) Instalação elétrica
- 2) Instalação hidráulica
- 3) Instalação telefônica
- 4) Ar-condicionado
- 5) Edifício
- 6) Combate ao fogo
- 7) Para-raios

#### Manutenção Predial – Como Avaliar

A Avaliação é fundamental para a análise crítica e sistêmica dos resultados da Manutenção Predial empregada. Nela reside a identificação de pontos de melhoria contínua, observação

461



000461

quanto às necessidades de mudanças de procedimentos devido a problemas de perda de desempenho, aumento da vida em operação dos sistemas, alterações de uso, dentre outros.

A Avaliação da Manutenção pode seguir os “passos” abaixo descritos, fundamentados nas finalidades principais desse Sistema.

1º Passo: Identificação do tipo de estratégia de Manutenção empregada no empreendimento, a fim de verificar quais são as atividades programadas dentro do plano de manutenção, seus objetivos e a vinculação ou aderência com as características principais da Manutenção Predial.

Este passo visa classificar as atividades empregadas (preditivas, preventivas e corretivas) e analisar se a Manutenção implantada possui caráter proativo no diagnóstico de problemas e de reavaliação do plano e procedimentos planejados.

Deve ainda acompanhar a identificação da estratégia, o estudo das questões relativas ao tipo de interferência executada, feito através da verificação de históricos e registros das atividades de manutenção, além da análise das listas de planos de ação programados. Essa interface entre as atividades do plano de manutenção com as atividades do plano de ação pode apontar para equívocos na estratégia empregada no empreendimento, além de problemas no diagnóstico da necessidade das interferências.

Importante também é a verificação das periodicidades de serviços e atividades descritas no plano de Manutenção, pois isso evidenciará eventuais “não conformidades” com recomendações de fabricantes e/ou Manual de Uso, Operação e Manutenção do empreendimento.

Toda essa análise preliminar da estratégia deverá ser validada pela Vistoria da edificação, abordada no 3º passo.

2º Passo: Coerência da estratégia identificada com o uso da edificação, observados aspectos de confiabilidade e disponibilidade dos sistemas e elementos construtivos.

A coerência entre a estratégia de Manutenção, o uso da edificação e as expectativas do usuário é pautada na análise e verificação da aderência entre as atividades e intervenções realizadas com as necessidades da operação dos sistemas, equipamentos e máquinas existentes no empreendimento.

Por exemplo, um hospital possui necessidades de disponibilidade e confiabilidade de seus sistemas e equipamentos instalados diferentemente que em uma edificação residencial. Em um hospital, genericamente, as ocorrências de paralisações não programadas ou deficiências operacionais incorrem em riscos maiores para as finalidades de uso deste empreendimento e seus usuários que em uma edificação residencial. Portanto, preliminarmente, a estratégia de manutenção a ser empregada em um hospital possui uma “carga maior” nas atividades preditivas e preventivas do que em um edifício residencial.

3º Passo: Execução de Vistoria ou Inspeção Predial para a constatação de eventuais problemas de ordem: técnica, construtiva, operacional, funcional, de manutenção e outros com o objetivo de verificar a eficácia do plano de manutenção e da estratégia existente, além de identificar aspectos de qualidade dos serviços e procedimentos de manutenção empregados.

Essa Vistoria é um dos pontos mais importantes na Avaliação e Diagnóstico da Manutenção, porque nela residirá a fonte de coleta de informações sobre o real resultado da estratégia de manutenção empregada.

De nada adianta a análise isolada de números e dados estatísticos sobre o cumprimento de ordem de serviços corretivos e preventivos, ou ainda a análise de custos das atividades de Manutenção, se não houver uma “avaliação física” dos sistemas construtivos em operação. Isso pode ser comparado à Medicina, como um “check up clínico” do empreendimento.

462



000463

Para o sucesso de um Plano de Manutenção, a Vistoria ou Inspeção Predial é obrigatória, mas essa deve ser realizada por profissional especialista, habilitado e, preferencialmente, não integrante da equipe de manutenção. O inspetor predial deverá ter um caráter de auditor técnico.

4º passo: Elaboração de orientações técnicas consoante as “não conformidades” constatadas na avaliação física, observada a estratégia de Manutenção existente.

A complexidade da orientação técnica é função do tipo de anomalia e sua criticidade. Há casos em que é necessária a realização de algum tipo de ensaio, ou mesmo uma inspeção mais detalhada.

Quando a anomalia é relacionada a problemas construtivos, a orientação técnica deverá abordar essa problemática, eventualmente indicando a necessidade de contratação de especialistas.

As orientações técnicas podem ser classificadas em:

- Orientações corretivas não planejadas;
- Orientações corretivas planejadas;
- Orientações preventivas e
- Orientações administrativas

Observa-se que as orientações corretivas podem ser planejadas ou não, tal que as planejadas estão incorporadas ao plano de manutenção que se valeu de dados sobre a manutenção preventiva e prazos de vida útil dos sistemas.

5º passo: Classificação das anomalias constatadas quanto à criticidade, consideradas as possíveis causas, as origens e os mecanismos de ação inerentes. Essa classificação é uma avaliação quanto à gravidade ou criticidade, as consequências ou tendências e, ainda, a pertinência de melhoria junto à gestão de manutenção existente.

A escolha do tipo de metodologia para a definição da ordem das prioridades deve ser feita com atenção a avaliação física determinada pela Vistoria do empreendimento. Caso contrário, haverá grande dificuldade de se obter resultados reais.

6º passo: Análises de documentos pertinentes à Manutenção para complementar os dados coletados em campo e identificar eventuais faltas de aderência de contratos de manutenção das empresas terceirizadas. A análise documental deve, também, observar questões de ordem legal.

No caso da aderência de contratos existentes junto a empresas terceirizadas da Manutenção, é importante observar: o detalhamento do objetivo; aderência operacional; detalhamento de rotinas e procedimentos de manutenção a serem implantados; tempo de atendimentos e respostas coerentes com o programa e plano de manutenção geral do empreendimento; tipo e formas de apresentação de relatórios sobre os serviços prestados; índices de reajustes; determinação de seguro de responsabilidade civil e operacional em local de terceiros; prazo de rescisão e, por fim, equilíbrio técnico-comercial do contrato.

Os contratos de terceirizadas devem:

- Ser eficientes,
- Ter uma boa relação custo x benefício,
- Ser gerenciados com ferramentas eficientes,
- Ter indicadores de desempenho efetivamente adequados à realidade operacional,
- Ser geridos por matrizes de responsabilidade consistentes etc.

463



000464

7º passo: Avaliação das equipes de Manutenção quanto à sua formação, dimensionamento e capacidade de cumprimento das atividades do plano e estratégia existentes.

8º passo: Avaliação de custos de Manutenção

Este é um item de difícil avaliação, tendo em vista que os custos de manutenção estão ligados ao tipo de estratégia adotada, bem como às características dos sistemas de cada edificação.

É importante neste passo identificar que tipo de rateio de contas é utilizado no empreendimento, a fim de se verificar como as despesas e custos são apropriados. Cada empreendimento poderá ter seu próprio modo de apropriar custos, o que dificulta análises comparativas de mercado, ou seja, não é razoável se comparar empreendimentos que não tenham a mesma base de dados de rateio de custos, além de características construtivas semelhantes, contemporaneidade etc.

9º passo: Avaliação da Qualidade da Manutenção empregada com um enfoque objetivo: “o que se pretende e o que se faz”.

Com relação à qualidade de manutenção a ser avaliada, cabe destacar o disposto na NBR 5674 – manutenção de edificações da ABNT, item 15, que define as atribuições básicas da gestão da qualidade do sistema de manutenção:

Elaboração e compêndio das normas e procedimentos para o sistema de manutenção;

- Supervisão dos serviços de manutenção, incluindo as etapas de documentação e registro, coleta de informações, previsão orçamentária, planejamento, projeto e programação, orçamento, contratação de serviços de terceiros e controle de execução.
- Avaliação da eficiência do sistema de manutenção empregado quanto:
  - Ao tempo de respostas às solicitações;
  - À relação custo e tempo estimado e efetivamente realizado,
  - À taxa de sucesso das intervenções.

### Ciclo Do Processo

O Ciclo do Processo de Manutenção Predial compreende as fases:

- 01 Solicitação
- 02 Verificação
- 03 Preparação
- 04 Execução
- 05 Avaliação e Melhorias

O Ciclo de manutenção predial, bem como os responsáveis por cada fase está indicado na figura abaixo.

464







Figura 80 – Ciclo de manutenção predial

**Fluxograma**

465

O fluxograma a seguir, define as atividades para a Realização das Manutenções Corretivas e Preventivas, os formulários necessários e as responsabilidades.

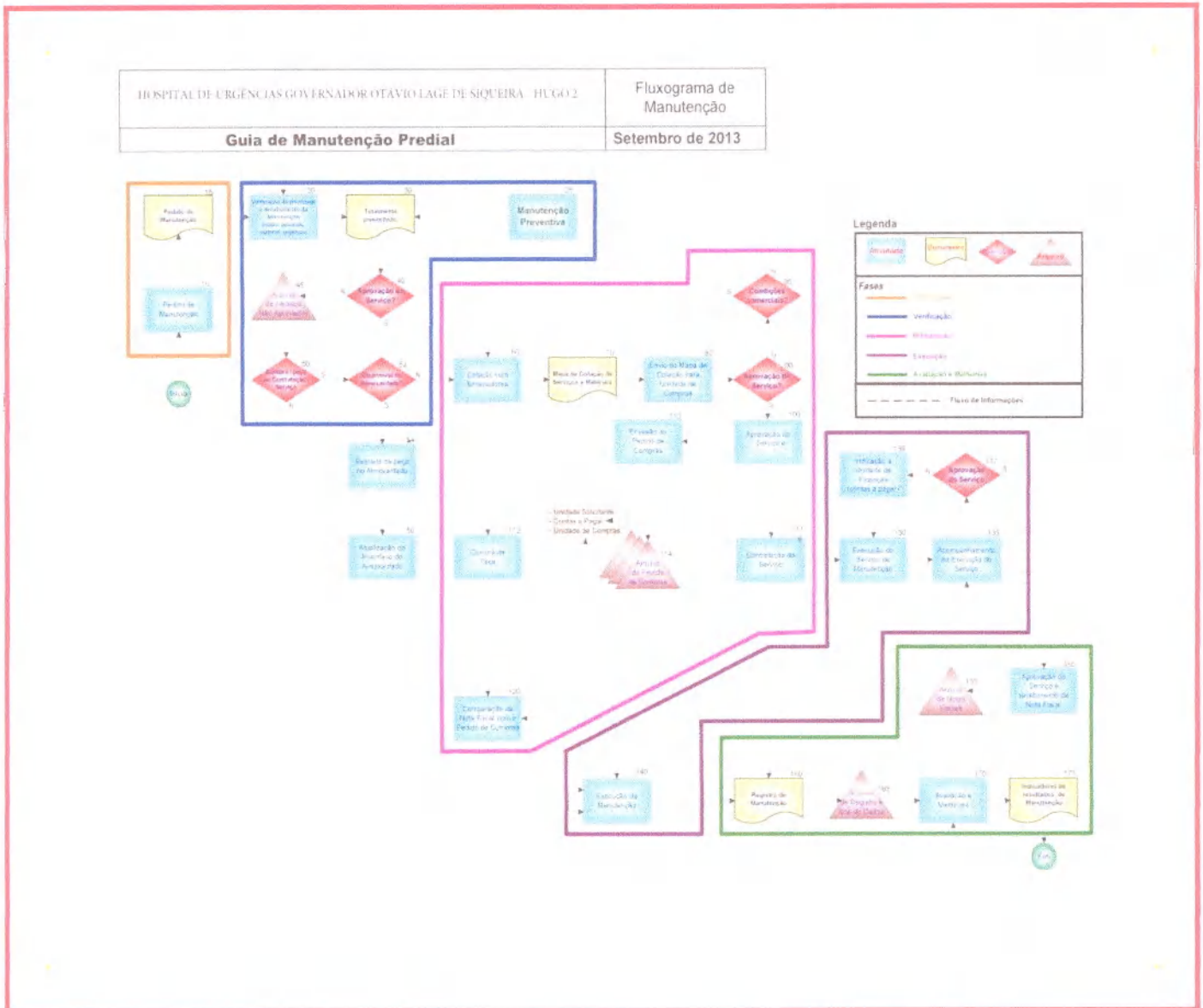


Figura 81 - Atividades para a Realização das Manutenções Corretivas e Preventivas

**Sistemática**

Foram desenvolvidos oito checklist que abordam grande parte das necessidades de manutenção de edifícios.

466 *A.*

000467

Cada checklist contém a identificação do componente, a descrição das verificações e sua periodicidade.

A aplicação do checklist, pelo menos na fase inicial deve ser completa.

Com o uso continuado será possível haver algum outro tipo de verificação ou componente.

### **Arquivamento Dos Formulários**

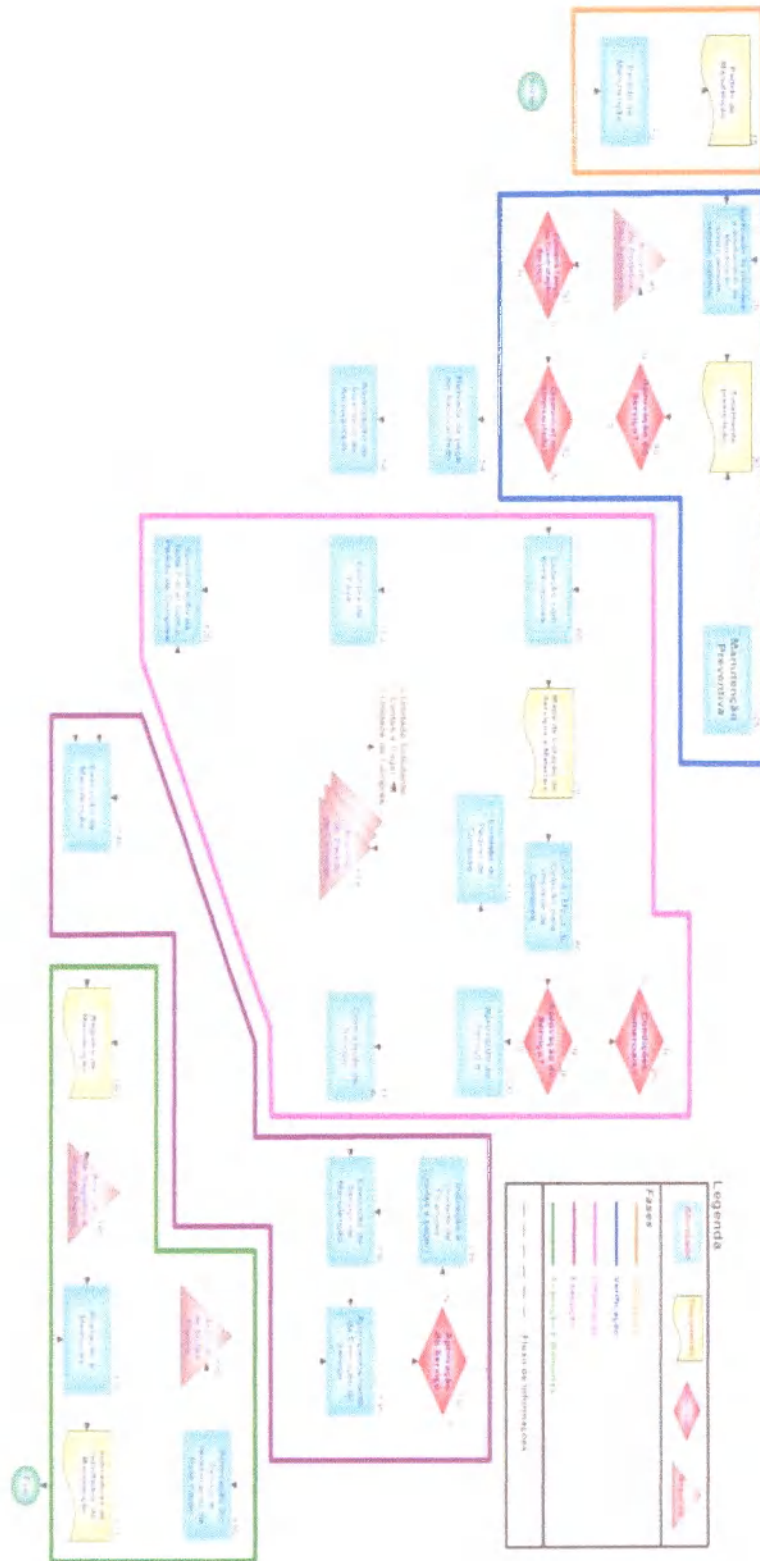
Cada formulário tem a finalidade de mostrar as evidências objetivas da realização de cada atividade, além de servir de alimentação ao Banco de Dados que auxilia o planejamento e as previsões de gastos anuais.

### **Profissionais Envolvidos**

- Chefe de Manutenção;
- Técnicos e Auxiliares em Manutenção;
- Unidade de Compras;
- Unidade de Finanças – Avaliação e Aprovação;
- Unidade de Finanças – Contas a Pagar;

### **Fluxograma De Manutenção Predial**

467



#### 4.4.4.7 Funcionamento Do Serviço De Engenharia Clínica:

Os crescentes avanços tecnológicos aplicados a medicina intervencionista e diagnóstica exigem investimentos constantes em recursos físicos e desenvolvimento de mecanismos eficazes de gestão.

A segurança plena nos procedimentos assistenciais, entre outras ações, deve ser buscada com a modernização e ampliação de equipamentos através de estratégias convergentes com a legislação vigente e organismos certificadores.

A responsabilidade da engenharia clínica se estende desde a elaboração de especificações técnicas, capacitação de profissionais em saúde, manutenção preventiva, controle periódico de calibração, manutenção corretiva, logística de empréstimos de equipamentos e, avaliação para desativação. Neste cenário destacam-se os seguintes projetos que serão implantados no HOSPITAL DE EMERGÊNCIAS, DR. OSWALDO CRUZ:

Padronização dos processos administrativos internos, visando prover qualidade nos atendimentos prestados;

Garantir com total confiabilidade as manutenções e calibrações efetuadas;

Atender a demanda crescente de treinamentos operacionais, treinamentos técnicos;

Controlar de forma eficiente a logística de equipamentos;

Elaboração, atualização e padronização de POP's (Procedimentos Operacionais Padrão);

Manutenção de equipamentos médicos assistenciais a fim de valorizar a mão de obra interna.

Dessa forma é possível absorver boa parte de toda a demanda de manutenção, economizando em mão de obra e possibilitando oferecer reparos com qualidade e em um menor tempo. Com isso os equipamentos passarão a ficar um intervalo de tempo menor em manutenção e logo retornam para o uso em rotina, provendo a assistência, o diagnóstico, o ensino e a pesquisa.

Ações de aprimoramento da qualidade onde os colaboradores farão visitas técnicas aos fornecedores com a finalidade de garantir que os serviços sejam efetuados com o padrão de qualidade aprovado pela Engenharia Clínica.

A engenharia clínica será responsável pela supervisão dos equipamentos médico-hospitalares e execução de serviços de manutenção corretiva e de manutenção preventiva de baixa complexidade. O setor será tecnicamente capaz de fazer a interface da instituição com os fornecedores de equipamentos e seus prestadores autorizados.

Uma empresa terceirizada será contratada para prestar o referido serviço garantindo atendimento permanente 24 horas por dia, 7 dias por semana, com equipe e peças de reposição conforme contrato de manutenção a ser assinado entre as partes.



000470

Deverá ainda, fornecer equipamentos específicos para calibração anual dos equipamentos possibilitando o controle de qualidade de equipamentos médico-hospitalares, e o fornecimento de laudos para acreditação nas normas ISO 9000.

#### 4.4.4.8 Descrição do modelo de gestão de Material e Patrimônio

Qualificado como Organização Social de direito privado, sem fins lucrativos, o Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar – IBGH tem como pilares principais, a busca pela excelência operacional e a Política de Compliance. A responsabilidade e zelo com o patrimônio público e ainda o cumprimento da legislação vigente formam a base para os nossos valores, com ética e transparência. Visando uma gestão responsável, o IBGH definiu as normas para o pleno controle de bens móveis e materiais de consumo que compõem seu patrimônio. Que este manual seja a base para uma gestão transparente e convergente com o objetivo principal da Instituição.

#### CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O controle e a gestão de bens móveis e materiais de consumo no âmbito do Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar – IBGH obedecerão ao disposto nesta normatização. Salvo os casos já previstos nos Contratos de Gestão, pois estes sempre prevalecerão.

Para fins desta Normatização considera-se:

- **Material:** equipamentos, componentes sobressalentes, acessórios, veículos, matérias-primas, outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades administrativas e de execução do IBGH, inclusive bens de consumo;
- **Material ou bem permanente:** aquele que, pela própria natureza, possuir durabilidade superior a 02 (dois) anos, cujo valor integra o patrimônio do IBGH;
- **Material de consumo:** é todo material que em razão de seu uso corrente, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a 02 (dois) anos;
- **Unidade administrativa:** unidades da estrutura organizacional (organograma) do IBGH ou postos de trabalho constantes dos contratos de gestão celebrados com órgãos públicos.

#### DA AQUISIÇÃO – INGRESSO DE BENS MÓVEIS NO ACERVO PATRIMONIAL E ESTOQUE

Art. 1º - A aquisição de materiais no âmbito do IBGH compreende os seguintes tipos:

- I. **Compra:** operação de aquisição remunerada de bens, mediante preço previamente ajustado;
- II. **Cessão:** modalidade de movimentação de material do acervo, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade;

470

000471

III. Doação: ato de liberalidade pelo qual os contraentes trocam entre si coisas de sua propriedade e, só se dará mediante as condições previstas no Estatuto Social;

IV. Transferência: modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra;

V. Comodato: designa o contrato, a título gratuito, em virtude do qual uma das partes cede por empréstimo a outra determinada coisa para que a use pelo tempo e nas condições pré-estabelecidas.

Art.2º. A aquisição de material na modalidade “compra” será efetuada pelo Setor de Compras e, quando necessário, via Comissão Permanente de Licitação, de forma planejada, visando alcançar a economicidade, eficiência e eficácia na gestão de recursos orçamentários, financeiros e materiais.

Art.3º. As compras terão por princípio, respeitada a legislação em vigor, a padronização do material em uso, de forma a reduzir o número de itens, visando a simplificação dos processos de obtenção, controle de estoque e levantamento de inventários.

Art.4º. Os materiais deverão ser catalogados e, quando possível, codificados, com base na nota fiscal, devendo ser catalogadas todas as informações à identificação do material e do processo de compra.

Art.5º. Os pedidos de compra de materiais não catalogados deverão conter todos os elementos essenciais à sua caracterização, acompanhados, se necessário, de modelos gráficos, projetos, amostras e outros elementos que se fizerem necessários.

Art.6º. As compras realizadas fora da programação dos Setores de Almoxarifado e Patrimônio serão efetuadas somente depois de atingido o nível mínimo de estoque;

Parágrafo Único – As solicitações de itens que não fizerem parte do catálogo normal de materiais mantidos pelos setores de almoxarifado e patrimônio serão efetuadas diretamente à Diretoria Administrativa, a quem caberá a análise da oportunidade e conveniência da aquisição.

Art.7º. A quantidade de material a ser adquirida fica limitada à existência de espaço físico para seu armazenamento em condições adequadas de segurança e conservação.

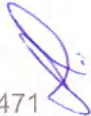
Parágrafo Único – Fica proibida a aquisição de material permanente em quantidade superior à da pronta destinação e utilização por parte das unidades requisitantes, ressalvadas aquelas destinadas à reserva técnica para substituição imediata em caso de manutenção, para acomodação de novos colaboradores ou implantação de novas unidades e/ou projetos/contratos de gestão.

Art.8º. Os materiais sujeitos à deterioração ou ao risco de se tornarem obsoletos deverão ser adquiridos em quantidades suficientes para a plena utilização, adotando-se, para tanto, critérios adequados à sua quantificação que serão definidos pelos setores de Almoxarifado e Patrimônio.

Art.9º. Ficam estabelecidas as fórmulas constantes do anexo I do presente ato, a serem utilizadas para a reposição do estoque.

#### RECEBIMENTO PROVISÓRIO E DEFINITIVO

Art.10. Recebimento é o ato pelo qual o material adquirido é entregue à unidade administrativa, em local previamente designado, devendo este ser recebido em conjunto com

471 



000472

o representante do setor solicitante caso não esteja no catálogo de materiais ou se a sua natureza assim o exigir.

§ 1º. O recebimento transfere apenas a responsabilidade pela guarda e conservação do material, do fornecedor ao setor de almoxarifado e/ou patrimônio;

§ 2º. Deve ocorrer preferencialmente no Almoxarifado da unidade ou junto ao setor de Patrimônio, salvo quando não possa ou não deva ali ser estocado, caso em que se fará nos locais designados;

§ 3º. Qualquer que seja o local de recebimento, os registros de entrada serão realizados no Patrimônio, quando se tratar de material permanente e Almoxarifado quando se tratar de material de consumo.

Art.11. Todo material para ser recebido deverá vir acompanhando de documento hábil a caracterizar a sua origem e a natureza de sua incorporação ao âmbito patrimonial do – IBGH, cuja cópia será arquivada no setor responsável para os devidos registros.

Parágrafo Único – Considera-se documento hábil para os fins deste artigo os seguintes documentos:

- I. Nota Fiscal ou Nota Fiscal/Fatura;
- II. Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no processo relativo à permuta;
- III. Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência.

Art.12. O recebimento de materiais oriundos de compra, cessão, doação, permuta ou transferência e comodato será provisório quando da entrega e definitivo após a aceitação / inclusão no patrimônio do IBGH, com a devida validação do setor solicitante.

§ 1º. O recebimento provisório não caracteriza sua aceitação;

§ 2º. A aceitação é condição essencial para o recebimento definitivo dos materiais, que se dará após a verificação da descrição, qualidade e quantidade da Nota Fiscal que, por sua vez, deverá estar em conformidade com o Pedido / Solicitação de Compras;

§ 3º. Nas operações de cessão, doação, permuta ou transferência, a verificação da descrição, qualidade e quantidade deverá ser realizada tomando-se por base as informações constantes dos respectivos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência.

Art.13. Nas operações de compra a aceitação deverá ser atestada na respectiva Nota Fiscal ou na Nota Fiscal/Fatura e, nos demais casos, nos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência, devendo o atestado ser assinado pelo Setor de Almoxarifado e/ou Patrimônio, em carimbo próprio.

§1º. Quando para aceitação for necessário conhecimento técnico específico, a Nota Fiscal/Fatura também deverá ser atestada por pessoa habilitada para esse fim;

§2º. Nos casos em que o material não esteja relacionado no Catálogo de Materiais será necessário o atesto/assinatura, também, do responsável pelo setor solicitante.

Art.14. Os documentos relativos à aquisição, recebimento e atestados de material e patrimônio deverão ser assinados por extenso ou conter o carimbo de identificação do assinante.

472



000473

Art.15. Quando das aquisições de material para construção e reforma, os documentos relativos à aquisição deverão ser encaminhados aos responsáveis pelas obras e serviços conforme o caso, para que possam ter ciência do que está sendo adquirido e ainda o atesto das notas fiscais.

Art.16. Quando os materiais adquiridos não estiverem de acordo com o Pedido / Solicitação de Compras, o agente recebedor solicitará ao fornecedor sua regularização, bem como comunicará formalmente o fato à Gerência de Compras.

Art.17. Nenhum material será liberado para as unidades requisitantes sem o recebimento definitivo e conseqüente registro nos sistemas competentes/inclusão no patrimônio (tombamento, conforme o caso), bem como sem a sua requisição formal.

Art.18. Os setores de Almoxarifado e Patrimônio manterão controle sobre os materiais a receber, sendo responsável, também, pelo acompanhamento dos prazos de entrega, comunicando à Gerência de Compras os eventuais atrasos ou descumprimento do prazo de entrega.

Art.19. O sistema de controle de materiais, se possível, deverá permitir o recebimento provisório e definitivo, além de registrar as solicitações não atendidas – demanda reprimida.

Art.20. Os setores de Almoxarifado e Patrimônio deverão ser comunicados formalmente da aquisição de qualquer material, ainda que não transite fisicamente pelos mesmos, a fim de que possa efetivar as anotações e os registros necessários em seu sistema.

#### **MOVIMENTAÇÃO DE MATEIRIAS / BENS**

Art.21. A requisição de qualquer material, realizada em formulário próprio ou, efetivamente, por meio de sistema eletrônico, deverá ser feita observando-se os códigos e padrões a serem adotados.

§ 1º- Toda requisição de material de consumo ou bem permanente deverá ser registrada no sistema de controle do almoxarifado e patrimônio, respectivamente;

§ 2º - As unidades administrativas deverão encaminhar as solicitações de material com antecedência à Gerência de Material e Patrimônio, a fim de possibilitar a separação e organização do material a ser entregue.

Art.22. Os dirigentes das unidades administrativas e titulares das Gerências, Setores e Serviços poderão indicar, por meio de comunicação formal, colaboradores a serem cadastrados pelo Setor de Almoxarifado, para requisição de material de consumo.

Art.23. O Setor de Almoxarifado tem competência para atender ou não, no todo ou em parte, os pedidos que, em razão da quantidade superior ao consumo da unidade requisitante em períodos pré-determinados, se mostrem supérfluos, desnecessários ou incompatíveis com o interesse da administração ou necessidade do serviço, observados os critérios definidos pela Diretoria Administrativa.

Art.24. O atendimento à requisição fica também sujeito às seguintes condições:

- I. Quantidade existente;
- II. Análise do consumo da unidade em períodos pré-determinados;
- III. Prioridade de atendimento a determinadas áreas definidas pela administração;

473 

000474

IV. Será sempre necessária a justificativa da unidade requisitante se a quantidade requisitada de determinado material for maior que a média de consumo.

§ 2º - As unidades que possuírem prerrogativa de solicitação de material de uso exclusivo deverão manter controles que possibilitem a identificação de sua destinação;

§ 3º - As unidades que demandam materiais em grande quantidade, ou cujo consumo, dependendo das atividades programadas, sofram grandes variações, deverão apresentar previsão, com código e quantidade de material, ao longo do exercício, para fins de programação das unidades envolvidas.

Art.25. O Setor de Almoxarifado deve distribuir às unidades requisitantes os materiais estocados fisicamente a mais tempo ou, se for o caso, cujo prazo de validade esteja mais próximo de expirar, utilizando o critério PEPS – Primeiro que Entra, Primeiro que sai.

Art.26. Não havendo disponibilidade do material solicitado em estoque, os Setores de Almoxarifado (material de consumo) e Patrimônio (bens permanentes) deverão verificar se há processo em andamento para a aquisição do mesmo e a fase em que se encontra e, se não houver, tomar as providências necessárias para iniciá-lo.

## INVENTÁRIOS FÍSICOS

Art.27. O inventário é o arrolamento de todos os bens e materiais de consumo existentes em estoque, que tem por finalidade:

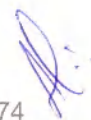
- I. Verificar a existência física dos bens e materiais;
- II. Informar o estado de conservação dos bens e materiais;
- III. Confirmar os agentes responsáveis pelos bens;
- IV. Manter atualizados e conciliados os registros de material e de patrimônio;
- V. Apurar a ocorrência de dano, extravio ou qualquer irregularidade;
- VI. Subsidiar as tomadas de contas, indicando os saldos existentes em 31 de dezembro de cada ano.

Art.28. O inventário físico no âmbito do IBGH, para verificação dos saldos de estoque nos almoxarifados, equipamentos e materiais permanentes em uso nas unidades administrativas, será:

- I. ANUAL: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais e materiais de consumo existentes em estoque, do acervo de cada unidade gestora, em 31 de dezembro de cada exercício;
- II. TRIMESTRAL: materiais de consumo e/ou bem permanentes – conforme contrato de gestão;
- III. EVENTUAL: realizado em qualquer época por iniciativa das Diretorias.

Art.29. Com a finalidade de realizar os inventários de que trata o artigo anterior, bem como manter atualizados e conciliados os registros do sistema de administração patrimonial e os contábeis e subsidiar as tomadas de contas, poderá ser instituída uma Comissão Permanente de Inventário, a qual será composta por no mínimo 06 (seis) membros, designados pela Superintendência Executiva conforme anexo III desta normatização.

474



000475

Art.30. O inventário analítico é a verificação dos saldos, estado de conservação e localização dos bens e materiais existentes nas diversas unidades administrativas, bem como dos agentes por eles responsáveis, devendo ser todos elencados no artigo 36 desta Normatização.

Art.31. Os setores de Material e Patrimônio, sem prejuízo de outras normas de controle dos sistemas competentes, poderá também utilizar como instrumento gerencial os seguintes inventários:

- I. ROTATIVO: que se consiste na conferência diária dos itens estocados, em parcelas, de modo que no período de um mês todo o estoque tenha sido conferido, com vista a manter efetivo controle dos estoques;
- II. POR AMOSTRAGEM: que consiste no levantamento em bases mensais de amostras de itens de material de um determinado grupo ou classe, e inferir os resultados para os demais itens do mesmo grupo de classe;
- III. INICIAL, DE EXTINÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO: quando da criação, extinção ou transformação de unidades administrativas no âmbito do IBGH, para identificação e registro de bens.

Art.32. As pendências decorrentes dos inventários de que tratam os artigos 28 e 31, deverão ser sanadas no prazo máximo de 30 dias, a contar da verificação da ocorrência.

Art.33. A(s) Comissão(ões) permanente(s) de Inventário deverá(ão), obrigatoriamente, realizar o inventário físico, mediante formalização de procedimento administrativo, no qual conterà também a verificação do estado de conservação dos bens e materiais, de forma a avaliar a gestão dos mesmos pelos agentes responsáveis, assim como evitar a permanência de material inservível ou ocioso nas unidades administrativas do IBGH.

§ 1º. O prazo para conclusão processo do inventário físico anual, para fins de encerramento de exercício, será até o dia 15 de janeiro de cada ano, enquanto os demais seguirão os prazos fixados nos seus respectivos termos de autorização.

## CONTROLE PATRIMONIAL

O tombamento consiste no arrolamento do bem permanente, por meio de numeração específica do sistema patrimonial do IBGH, com a finalidade de identificá-lo e individualizá-lo.

Art.34. O Setor de Patrimônio da unidade manterá o registro do patrimônio do IBGH, por meio de sistema próprio, com vistas ao controle e gestão de equipamentos e materiais permanentes de forma a:

- I. Permitir a obtenção de informações gerenciais;
- II. Controlar a movimentação de material;
- III. Registrar os agentes responsáveis;
- IV. Emitir e atualizar os Termos de Responsabilidade;
- V. Registrar e informar a localização dos bens e identificar os bens extraviados ou danificados com baixa e o número do patrimônio;
- VI. Registrar as incorporações e baixas, informando os bens existentes.

475

000476

Art.35. Todo bem permanente, após seu recebimento definitivo, deverá ser tombado pelo Setor de Patrimônio, sendo vedada a sua saída sem o devido registro, etiquetamento e Termo de Responsabilidade.

Art.36. Para fins de tombamento será realizado o registro patrimonial de todos os materiais permanentes, o qual deverá conter:

- I. Número de tombamento;
- II. Descrição;
- III. Modelo, número de série de fabricação, se for o caso;
- IV. Valor de aquisição;
- V. Data de aquisição e número do Sin-Processo;
- VI. Número do documento fiscal;
- VII. Estado de conservação do material e outras observações consideradas indispensáveis.

Parágrafo Único – Para fins de registro patrimonial, o bem cujo valor de aquisição for desconhecido, será avaliado tomando como referência o valor de outro bem, semelhante ou sucedâneo, no mesmo estado de conservação e a preço de mercado.

Art.37. Toda manutenção e reparo realizados nos materiais permanentes do IBGH/Contratos de Gestão deverá ser comunicado formalmente ao Setor de Patrimônio, para que providencie a anotação em ficha de controle, que será vinculada ao seu registro patrimonial.

Art.38. O número de tombamento dos bens será fixado por meio de etiquetas/plaquetas. Para os itens que não sejam passíveis de etiquetamento ou se for necessário o acréscimo de informações, poderá ser fixado por meio de carimbo ou etiquetas customizadas.

Art.39. Os bens móveis adquiridos deverão possuir data de entrada no acervo patrimonial quando estiverem disponíveis para o uso, não condicionando a data de aquisição com a data da emissão da nota fiscal/fatura/termo de doação.

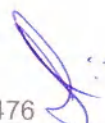
Art.40. A movimentação de bens dentro do IBGH, bem como a saída de material permanente da instituição é de responsabilidade única e exclusiva do Setor de Patrimônio.

Art.41. A Gerência de Gente e Gestão, sempre que ocorrer mudanças do agente responsável pela carga patrimonial da sala/setor, por qualquer que seja o motivo, deverá comunicar o Setor de Patrimônio para atualização do Termo de Responsabilidade.

§ 1º- O mesmo procedimento deverá ser adotado pela Tecnologia da Informação – TI quando houver troca de equipamentos de informática.

Art.42. Compete a Superintendência Executiva por meio de processo administrativo próprio, autorizar a baixa de bens do patrimônio, nos seguintes casos:

- I. Furto;
- II. Extravio;
- III. Dano irreversível que impossibilite sua utilização ou alienação;
- IV. Cessão;

476 



000477

V. Alienação.

Parágrafo Único – Nos casos de furtos e extravio, a Superintendência Executiva determinará as ações necessárias para apuração de responsabilidades, visando indenizar o IBGH e aplicar penalidades administrativas, observada a legislação em vigor.

Art.43. Toda incorporação ou baixa no patrimônio será objeto de registro no sistema próprio concomitantemente à sua ocorrência.

## 8. DA RESPONSABILIDADE DOS COLABORADORES

Art.44. Todos os colaboradores são responsáveis pelos bens que lhes são confiados, devendo observar, no seu manuseio, dentre outros cuidados necessários à guarda, localização, segurança e preservação, no que couber, aqueles constantes do anexo II desta Normatização;

§ 1º. Todas as unidades administrativas deverão arquivar, em pasta própria, os termos de *responsabilidade e de ocorrência*, com a finalidade de manter o controle dos bens permanentes sob sua guarda e uso;

§ 2º. Todas as unidades administrativas deverão manter um controle de estoque dos materiais de consumo que lhes forem disponibilizados.

Art.45. Os colaboradores serão chamados à responsabilidade pelo desaparecimento de bem ou material de consumo que lhes forem confiados para guarda e uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causarem, estejam ou não sob sua guarda, imediatamente após a conclusão do inventário realizado ou conferência.

Art.46. Qualquer irregularidade ocorrida com bem ou material será objeto de imediata comunicação formal, de maneira circunstanciada, por parte do colaborador ou responsável da unidade administrativa ou por iniciativa própria dos setores de Almoxarifado e Patrimônio.

§ 1º. Caso seja detectada qualquer irregularidade, deverá ser procedida, em processo distinto, a apuração de responsabilidade objetivando a localização do bem desaparecido ou ressarcimento do valor correspondente;

§ 2º. Para efeito do disposto neste artigo considera-se irregularidade toda ocorrência que resulte em prejuízo ao IBGH, relativamente a bens e materiais de sua propriedade ou sob sua guarda.

Art.47. Independentemente das sanções administrativas e penais cabíveis, o colaborador responsabilizado pela avaria ou desaparecimento de bem ou material deverá arcar com as despesas de recuperação, substituí-lo por outro com as mesmas características ou indenizar em dinheiro, pelo preço da avaliação, apurado pela Comissão Especial de Avaliação, o valor correspondente.

Parágrafo Único – As empresas prestadoras de serviço ao IBGH (e todas as suas frentes de trabalho / contratos de gestão) deverão indenizar o mesmo, em virtude de dano, furto ou extravio causados por seus empregados, direta ou indiretamente, com culpa ou dolo, mediante pagamento em parcela única.

Art.48. Para fins de apuração das irregularidades previstas nesta normatização, considera-se:

477



000478

- I. Colaborador responsável: o colaborador que se responsabiliza perante o IBGH, assinando o respectivo termo e que, de forma direta ou indireta, pode propiciar ou facilitar a ocorrência da irregularidade;
  - II. Autor: o agente, inclusive o definido no inciso anterior, que praticou a irregularidade.
- Art.49. O processo de responsabilidade deverá ter caráter sigiloso.

## TRANSFERÊNCIA DE BENS PATRIMONIAIS, ALIENAÇÃO E CESSÃO

Art.50. A alienação de bens, subordinada à existência de interesse do IBGH, devidamente justificada, consiste na operação que transfere o direito de propriedade e compreende as seguintes formas:

- I. Venda;
- II. Permuta;
- III. Doação.

Parágrafo Único – Sempre será respeitado o teor do contrato de gestão.

Art.51. A alienação de material e bens móveis fica condicionada à avaliação, classificação, formação prévia de lotes, realizadas por comissão composta por pessoas habilitadas, e licitação, dispensada está nos seguintes casos:

- I. Permuta, permitida exclusivamente entre unidades do IBGH;
- II. Doação, permitida exclusivamente para fins de interesse social, após avaliação de sua oportunidade e conveniência socioeconômica, relativamente à escolha de outra forma de alienação e sempre mediante aprovação em Assembleia Geral e de conformidade com as disposições estatutárias;
- III. Venda, de bens produzidos ou comercializados pelas unidades do IBGH, em virtude de suas finalidades.

Art.52. A cessão compreende a movimentação de materiais do acervo do IBGH, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade, para órgãos ou entidades da administração pública, bem como para entidades afins.

Parágrafo Único – A cessão deverá ser efetivada mediante Termo de Cessão onde constará a transferência do material e seu custo histórico.

Art.53. A alienação e a cessão de bem permanente e equipamentos gerarão os necessários registros no sistema de controle patrimonial.

Art.54. Transferência é a modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra.

## DA CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS BENS PATRIMONIAIS

Art.55. Os materiais inservíveis classificam-se em:

- I. Ocioso: quando não estiver sendo aproveitado, embora em perfeitas condições de uso;

478

000479

- II. Recuperável: quando sua recuperação for possível a um custo não superior a 50% de seu valor de mercado, e desde que atenda a conveniência da administração;
- III. Antieconômico: quando sua manutenção for onerosa ou seu rendimento precário, em virtude de uso prolongado, desgaste prematuro ou obsolescimento;
- IV. Irrecuperável: quando tecnicamente não for possível a sua recuperação ou quando o custo da recuperação for superior a 50% de seu valor de mercado;
- V. Nocivo: quando oferecer riscos de danos para a saúde das pessoas ou ao meio ambiente.

Art.56. Para fins do artigo anterior serão instituídas Comissões Especiais de Avaliação, a qual caberá realizar a caracterização e avaliação dos bens patrimoniais do IBGH, emitindo relatório de tudo para a Presidência e Diretorias, e será composta por no mínimo 03 (três) membros designados por meio de portaria da Superintendência Executiva.

§ 1º Pelo menos um membro da Comissão Especial de Avaliação deverá ter qualificação compatível com o bem avaliado.

§ 2º Os integrantes da Comissão Especial de Avaliação desempenharão suas funções sem prejuízo das atribuições habituais.

Art.57. O bem considerado antieconômico ou irrecuperável poderá ser cedido a outras entidades administrativas, alienado ou descartado/baixado desde que aprovado, no menor tempo possível. Verificada a impossibilidade da alienação, a Comissão Especial de Avaliação emitirá relatório para a Superintendência Executiva que determinará a descarga patrimonial e/ou inutilização.

Art.58. A inutilização consiste na destruição total ou parcial do bem ou que implique em ameaça à saúde das pessoas ou risco de prejuízos ecológicos ou inconvenientes de qualquer natureza para a Instituição, sendo feita, sempre que necessário, mediante audiência dos setores especializados, de forma a ter sua eficácia assegurada.

Parágrafo Único – A inutilização e abandono de bens será documentada mediante a formalização de termos os quais integrarão o respectivo processo administrativo.

Art.59. São motivos para inutilização de bens, dentre outros:

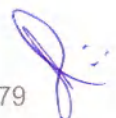
- I. A sua infestação por seres vivos nocivos, desde que apresentem algum risco;
- II. A sua natureza tóxica ou venenosa;
- III. A sua contaminação por radioatividade;
- IV. O perigo irremovível de sua utilização fraudulenta por terceiros;

Art.60. Por ocasião da realização do inventário deverão ser relacionados os bens disponíveis a serem alienados ou cedidos, de forma a evitar o desperdício de recursos, bem como o custo decorrente do armazenamento de material inservível.

Art.61. Os recursos provenientes das alienações de material, obtidos através de processo licitatório, deverão ser recolhidos em conta própria segundo a origem dos recursos quando da aquisição dos mesmos.

Parágrafo Único - A alienação de bens ou materiais, mediante dispensa prévia de licitação, somente poderá ser autorizada quando se revestir de justificado interesse público ou, em casos de doação, quando para atender ao interesse social.

479



Art.62. Os símbolos nacionais, armas, munições, materiais pirotécnicos ou outros que possam ocasionar perigo ou transtorno serão inutilizados de acordo com a legislação e normas específicas.

#### **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art.63. Aos processos administrativos de alienação de materiais no âmbito do IBGH aplicam-se, no que couber, as disposições da legislação pertinente em vigor.

Art.64. Fica vedada a utilização de qualquer recurso material, humano ou financeiro do IBGH na manutenção de bens particulares, exceto aquele que se incluam nas hipóteses de cessão ou comodato.

Art.65. Todas as atividades inerentes ao registro e controle de bens patrimoniais de que trata este ato, serão transferidos automaticamente para os setores de Almoxarifado e Patrimônio.

Art.66. Os casos omissos serão resolvidos pela Presidência.

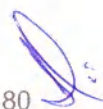
Art.67. O presente Regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação.

#### 4.4.4.9 Descrição do modelo de regulamento de Compras e Contratação de Serviços e obras.

Para a realização de processos de compras e contratação de serviços e obras para a unidade hospitalar o instituto seguirá as diretrizes do regulamento a seguir:

### **REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DE SERVIÇOS**

**O IBGH – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR**, Organização Social, qualificado pelo Decreto Nº 1580, DOE Nº 6437 de 10.05.2017, no exercício de suas atribuições e competências estatutárias, estabelece e determina o cumprimento do presente Regulamento Institucional de Contratação de Obras, Serviços, Compras, Aliações e Locações com incidência nos Contratos de Gestão celebrados junto ao Estado do Amapá.

480 





## CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

**Art. 1º** - O presente instrumento tem como objetivo regulamentar os procedimentos gerais para as compras e para as contratações de obras e serviços a serem realizados pelo IBGH – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR para atender o Contrato de Gestão nº XXXX, celebrados com o Governo do Estado do Amapá – GEA, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá – SESA/AP, regulamentando a utilização de recursos financeiros provenientes do poder público as demandas e de doações destinadas a unidades, bem como regulamentar a alienação e bens.

**§ 1º** - Na condição de Organização Social de Saúde, qualificada no âmbito do Estado do Amapá pelo Decreto nº 1580, DOE Nº 6437 de 10.05.2017, este regulamento se submete aos princípios constitucionais e da administração pública, notadamente na observância da legalidade, da razoabilidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia e do julgamento objetivo.

**§ 2º** - O IBGH adotará procedimentos de compras, contratação de obras e contratação de serviços seguindo ao estabelecido no presente regulamento, sempre que os termos da legislação vigente ou do instrumento celebrado para o recebimento do recurso financeiro assim o exigir.

**§ 3º** - Os procedimentos instituídos pelo presente regulamento não se aplicam às despesas realizadas com recursos próprios do IBGH, bem como àqueles que por sua origem e natureza exigirem procedimentos próprios, a exemplo dos convênios, parcerias, termos de colaboração, termos de fomento, concursos ou outra forma de avença, firmados com o poder público, iniciativa privada, organismos nacionais ou internacionais.

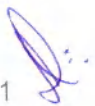
## CAPÍTULO II – DAS DEFINIÇÕES

**Art. 2º** - Para fins do presente regulamento, considera-se compra toda aquisição remunerada de materiais de consumo direto ou indireto para gestão hospitalar, prestação de serviços e bens permanentes para fornecimento, de uma só vez ou fracionada, com a finalidade de suprir os itens necessários ao bom desenvolvimento das atividades operacionais.

**Art. 3º** - Para fins do presente Regulamento consideram-se serviços, toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse da Unidade, por meio de contratação serviços de apoio, tais como: vigilância, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, serviços técnicos especializados, entre outros.

**Art. 4º** - Aplica-se a realização de compras e contratação de obras e serviços as regras estabelecidas nos artigos do presente Regulamento.

**Art. 5º** - O Diretor Geral da Unidade será responsável pelo planejamento e aprovação da Solicitação de Compras, em conformidade com este regulamento, e, posteriormente caberá aos Diretores Administrativo e Financeiro do Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar – IBGH, a aprovação final das compras, contratações de serviços e obras.



### CAPÍTULO III – DOS PROCEDIMENTOS DE COMPRAS E CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS E OBRAS

**Art. 6º** - Serão adotadas para os procedimentos de compras e para a contratação de obras e serviços, as seguintes etapas:

- I. Requisição de compras de materiais ou contratação de obras e serviços;
- II. Solicitação de orçamentos das cotações de preços;
- III. Apuração da melhor oferta, nos termos do art. 11º, I e II do presente regulamento;
- IV. Encaminhar ao setor de suprimentos em caso de aquisição de bens, medicamentos, insumos e correlatos;
- V. Encaminhar à Gestão de Contratos do Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar - IBGH, em caso de contratação de obras e serviços.

**§ 1º** - O procedimento de compras ou contratação deverá conter informações básicas como: material, serviço ou bem a ser adquirido, quantidade a ser adquirida, regime de compra em caráter de rotina ou urgência, informações especiais sobre a compra (se necessário).

**§ 2º** - Para aquisição de bens, insumos e correlatos, poderá ser utilizada a plataforma eletrônica, respeitando os critérios estabelecidos nos artigos 9º e 10 deste Regulamento.

**Art. 7º** - O procedimento de compras ou contratação de serviços e obras terá início com o recebimento da requisição de compras, devidamente autorizado pelas Diretorias Administrativa e Financeira.

### CAPÍTULO IV - DA QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

**Art. 8º** - A qualificação de fornecedores é composta pela verificação e apresentação dos documentos legais e/ ou dos diplomas técnicos, que deverão ser avaliados e anexados através da Plataforma de Compras Eletrônica de Compras utilizada pelo Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar – IBGH.

**Art. 9º** - O Analista de Compras, no momento da realização do processo de cotações deve avaliar os seguintes documentos legais:

- I. Ficha Cadastral da Empresa;
- II. Contrato Social com a última alteração do Contrato;
- III. Cartão CNPJ;
- IV. Cartão com a Inscrição Estadual;
- V. Licença de Funcionamento da Vigilância Sanitária;
- VI. Certificado de Responsabilidade Técnica;

000483

- VII. Autorização de Funcionamento da ANVISA (Para medicamentos e correlatos);
- VIII. Certificado de Boas Práticas de Fabricação (das linhas de produção de cada planta fabril).

**Art. 10º** - O Setor de Compras, com apoio de um (a) colaborador (a) da área solicitante, selecionará os participantes do processo de compras, considerando: idoneidade, menor custo, garantias de instalação e manutenção, reposição de peças, assistência técnica, cumprimento de prazos ao atendimento da solicitação, qualidade e outras exigências consideradas necessárias para garantir a transparência do processo.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Para fins do disposto no caput deste artigo, considera-se efeito para escolha menor custo 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 outros, os seguintes aspectos:

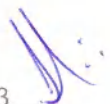
- I. Fornecedores locais;
- II. Custos de transportes seguro até o local da entrega;
- III. Forma de pagamento;
- IV. Prazo de entrega;
- V. Facilidade/agilidade de entrega na Unidade;
- VI. Credibilidade mercadológica da empresa proponente;
- VII. Disponibilidade de serviços;
- VIII. Quantidade e qualidade do produto;
- IX. Assistência técnica;
- X. Garantia dos produtos;
- XI. Regularidades: fiscais, trabalhistas e previdenciárias.

**Art. 11º** - O processo de seleção para compras e contratação de serviços e obras compreenderá a cotação entre os fornecedores, que deverá ser feita da seguinte forma:

- I. As aquisições regulamentadas por este procedimento de compras e contratação de serviços e obras com valores estimados acima de R\$ 1.500,00 (hum mil e quinhentos reais) possuem a exigência de, no mínimo, de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, obtidas por meio de pesquisa de mercado, plataforma digital ou e-mail;
- II. As aquisições regulamentadas por este procedimento acima do valor monetário de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) mensais deverão ser disponibilizadas para concorrência no portal de transparência do Instituto.

**§ 1º** - Para as compras e contratação de serviços e obras realizadas em caráter de urgência, serão feitas cotações por meio de telefone ou e-mail, devendo ser processadas pela Área Administrativa, ficando condicionadas a aprovação da Diretoria Financeira ou por outro colaborador (a) delegado (a) diretamente para o fim por meio de portaria interna;

483





000484

**§ 2º** - No fechamento das aquisições, dar-se-á prioridade de escolha para os fornecedores, em condições de fornecimento validadas pelos incisos I ao XI que trata o Art. 10º e àqueles localizados comercialmente no município da Unidade Hospitalar.

**Art. 12º** - A melhor oferta será apurada considerando-se os critérios contidos no Art. 10º PARÁGRAFO ÚNICO e devendo passar pela aprovação da Diretoria Financeira.

**Art. 13º** - Após aprovada às aquisições, o Setor de Compras informará o resultado aos requisitantes e fornecedores.

**Art. 14º** - O Pedido de compras e contratação de serviços e obras corresponde ao pré-contrato formal efetuado com o fornecedor. Ao encerrar o procedimento de compras, deve-se representar fielmente todas as condições em que foi realizada a negociação.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - O Pedido de compras e contratação de serviços e obras deverá conter no mínimo as assinaturas e carimbo:

- I. Responsável pela compra e contratação de serviços e obras; e
- II. Diretoria Geral ou Administrativa;
- III. Diretoria Financeira.

**Art. 15º** – O setor de suprimentos será o responsável pelo recebimento de todos os materiais de uso e consumo, insumos médico hospitalar e de laboratório, necessários ao bom andamento das operações da Unidade Hospitalar, recebimento e validação das aquisições de Máquinas e Equipamentos e dos Bens Móveis e também pela validação dos pedidos entregues, consoante às especificações dos pedidos e ainda pelo encaminhamento imediato da Nota Fiscal original ao Setor de Compra para encerramento do processo.

**Art. 16º** - A Gestão de Contratos será a responsável para recepcionar e validar as Notas Fiscais de Serviços contratados temporariamente, ou por tempo determinado, via contrato adquiridos.

## CAPÍTULO V – DAS EXCEÇÕES

**Art. 17º** - Quando tratar de compra ou contratação de serviços e obras em caráter de urgência ou emergência, terá sumariamente tratamento direto, sendo processada pela Área Administrativa, condicionada a aprovação da Diretoria Financeira ou por outro colaborador delegado diretamente para o fim.

**§1º** - Consideram-se as aquisições de urgência e emergência aquelas que não podem ser adiadas, que devem ser resolvidas imediatamente, respeitando os seguintes critérios:

- I. O Setor requisitante deverá justificar de modo consubstanciado a necessidade de adquirir o material ou serviço ou bem em regime de urgência/emergência, com aprovação

484



000485

da Diretoria Financeira ou por outro colaborador (a) delegado (a) diretamente para o fim por meio de portaria interna.

II. A Diretoria Administrativa, ou por delegação direta, poderá dar aos procedimentos de compras o regime de rotina, caso conclua não estar caracterizada a situação de urgência, devendo informar o requisitante dessa decisão.

**§2º** - Na aquisição ou contratação de bens, insumos ou serviços cujo fornecedor ou prestador de serviço detenha contrato vigente com o IBGH, ou tenha Ordem de Compras emitida nos últimos 60 (sessenta) dias, mesmo que tais ajustes sejam para atender outras unidades de saúde sob o gerenciamento do IBGH, poderá ser convidado a formalizar diretamente novo contrato ou emissão de Ordem de Compras, desde que mantidas as condições.

**Art. 18º** - É inexigível o cumprimento do procedimento adotado no art. 11º, deste Regulamento:

- I. Para aquisição de materiais, equipamentos, ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo, vedada a preferência de marca, devendo a comprovação de exclusividade ser feita através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio do local em que se realizaria a licitação ou a obra ou o serviço, pelo Sindicato, Federação ou Confederação Patronal, ou, ainda, pelas entidades equivalentes;
- II. Para a contratação de serviços técnicos enumerados no art. 19º deste Regulamento, de natureza singular, com profissionais ou empresas de notória especialização;
- III. Para a contratação de Serviços e cargos de confiança, como os de Gerenciamento, Diretoria, Chefia de Departamento/Filial, ou outros assim definidos pela Diretoria Executiva do IBGH e/ou por Lei.

**Art. 19º** - Para os fins deste Regulamento, consideram-se serviços técnicos profissionais especializados os trabalhos relativos a:

- I. Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
  - II. Pareceres, perícias e avaliações em geral;
  - III. Assessorias ou consultorias técnicas e auditorias financeiras ou tributárias;
  - IV. Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
  - V. Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
  - VI. Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal.

**§ 1º** - Considera-se de notória especialização o profissional ou empresa cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica, ou de outros requisitos relacionados com suas atividades, permita inferir que o seu trabalho é essencial e indiscutivelmente o mais adequado à plena satisfação do objeto do contrato.

## CAPÍTULO VI - DAS COMPRAS E CONTRATAÇÕES DE SERVIÇOS E DESPESAS DE PEQUENO VALOR

485

**Art. 20º** - Para fins do presente Regulamento de Compras e contratações de SERVIÇOS, considera-se compra de pequeno valor todas as aquisições de materiais de consumo ou outras despesas, devidamente justificadas, cujo valor total não ultrapasse o determinado no Artigo 11º, Inciso I.

**Art. 21º** – As compras e despesas de pequeno valor tratadas no Artigo anterior estão dispensadas do cumprimento das etapas definidas neste Regulamento.

**§ 1º** – Para aquisições que trata o caput do Artigo estão dispensadas dos trâmites do presente Regulamento de Compras e Contratação de Serviços, quando do valor acumulado mensal não ultrapassar o limite de gastos em R\$ 10.000,00 (dez mil reais) mensais. Caso exista uma excepcionalidade que justifique o valor acima da quantia referendada, anteriormente, deverá ser submetida à aprovação da DIREX – Diretoria Executiva do IBGH para liberação.

**§ 2º** – No acúmulo mensal das aquisições dispensadas da aplicabilidade do Art. 11º, Inciso I tratadas no Parágrafo anterior, deve-se levar em consideração as aquisições fracionadas de pequeno valor, não podendo haver aquisições acima deste referencial.

**Art. 22º** - As compras, despesas ou contratação de pequeno valor serão de responsabilidade do (a) colaborador (a) nomeado diretamente pela Diretoria Administrativa ou Financeira do IBGH, seguindo as diretrizes pré-estabelecidas com os seguintes dados:

- I. Toda Nota Fiscal de Compras ou Serviços deverá estar em nome do IBGH-Filial, constar endereço completo, CNPJ, estar com data e ano, bem como, constar validade da nota fiscal, quantidade, valor unitário, valor total e sem rasuras;
- II. As Notas Fiscais serão conforme a sua finalidade, ou seja, compra de mercadorias/produtos deverá ser emitidas por empresas que possuem Notas de Vendas e para as contratações de Serviços serão emitidas Notas de Prestação de Serviços.

## CAPÍTULO VII – DAS ALIENAÇÕES

**Art. 23º** - Nos procedimentos de alienação de bens móveis, nos casos em que o bem estiver em posse do IBGH por força do Termo de Cessão de Uso firmado com o parceiro público, serão observados os procedimentos conforme a legislação em vigor aplicável a espécie.

**PARAGRAFO UNICO:** O procedimento estabelecido neste regulamento se aplica exclusivamente aos bens públicos.

**Art. 24º** - A alienação de bens de que trata o Art. 23º se vincula a autorização expressa e controle patrimonial direto pelo gestor público, devendo ser proposta pela Diretoria Executiva - DIREX.

**§ 1º** - Nas alienações, a modalidade de divulgação e forma de pagamento deverão observar as especificidades do bem a ser alienado e as condições do mercado, em consonância com a Lei nº 8.666/93, por se tratar de patrimônio público.

000487

**§ 2º** - A alienação de bens móveis integrantes do patrimônio público deverão ser precedidas de autorização do gestor público, cujo resultado financeiro deverá ser reinvestido no desenvolvimento das atividades especificadas no Contrato de Gestão, se de outra forma não for determinado.

**Art. 25º** - Os bens imóveis pertencentes ao Estado do Amapá dados em cessão de uso, bem como aqueles adquiridos pelo IBGH com recursos públicos originados do Contrato de Gestão não poderão ser alienados em nenhuma hipótese, salvo os casos previstos e autorizados na forma da lei, cujo procedimento de alienação será realizado pelo poder público por meio de suas Secretarias.

**Art. 26º** - Todos os bens móveis e imóveis cujo uso tenha sido autorizado ao IBGH por meio de cessão de uso têm sua destinação e utilização exclusiva e vinculada à consecução dos objetivos do Contrato de Gestão.

## CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**Art. 27º** - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento de Compras e contratação de serviços e obras deverão ser resolvidos pela Diretoria Executiva do IBGH ou por outro colaborador (a) delegado (a) diretamente para o fim, com base nos princípios gerais da Administração Pública.


**Art. 28º** - Os valores estabelecidos no presente Regulamento serão revistos e atualizados pela Diretoria Executiva ou por outro colaborador (a) delegado (a) diretamente para o fim.

**Art. 29º** - É proibido o recebimento de vantagens, de qualquer natureza, por qualquer colaborador da Instituição, em qualquer das fases do processo de contratação de obras, serviços, compras e alienações. Da mesma forma, fica proibido que conste nome, símbolos ou imagens que caracterizem ou favoreçam a promoção pessoal de autoridades ou empregados em publicidade de atos, programas, obras e serviços.

**Art. 30º** - É vedado ao IBGH manter qualquer tipo de relacionamento comercial ou profissional com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com pessoas ligadas a Administração Pública Direta e Indireta.

**Art. 31º** - O IBGH se reserva no direito de revogar o processo de aquisição/contratação, por sua exclusiva conveniência, a qualquer tempo, desde que justificado no processo de compra, antes da compra ou contratação, sem que caiba a qualquer proponente o direito de exigir compensação pecuniária ou indenização.

**Art. 32º** - Este Regulamento entrará em vigor a partir da sua publicação.

487 



#### 4.4.4.10 Descrição de como funcionará o programa de Gestão da Qualidade

Qualidade é muitas vezes definido com excelência e a algo que não possua erros, esta definição nos serviços de saúde está ligada ao reconhecimento da existência de erros e riscos evitáveis, que assim gera uma criação de barreiras que visam à segurança dos pacientes, e assim um cuidado com o mínimo de riscos.

O Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar possui um compromisso com a qualidade e segurança visando à melhoria contínua dos processos dessa forma definiu um sistema de Gestão da Qualidade que é norteado pelos 7 princípios da qualidade, proposto por Avedis Donabedian e difundindo pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI), sendo:

- **Eficácia:** Um conjunto de condições para o tratamento de um indivíduo, contemplando estrutura física, equipamentos e equipe assistencial. É a capacidade do cuidado em contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, capacidade da ciência da saúde produzir melhorias na saúde e no bem-estar. Mantidas constantes as demais circunstâncias, significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente;
- **Efetividade:** Melhora real obtida no tratamento do paciente utilizando os recursos disponíveis. É o quadro de melhorias possíveis nas condições de saúde obtidas. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, atinge o nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis;
- **Eficiência:** É a medida do custo para o alcance de uma dada melhoria na saúde. Assim para alcançar a eficiência deve-se evitar desperdícios e mal uso de suprimentos, equipamentos, ideias e energia;
- **Aceitabilidade:** Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade ao cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado, aos efeitos e ao custo do serviço prestado. Está ligado diretamente a um CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE que é prover assistência que atenda e respeite as preferências, necessidades e valores do paciente;
- **Legitimidade:** É a busca da responsabilidade de prestação de serviço perante a sociedade. Deve-se alcançar a aceitabilidade do cuidado pela comunidade ou sociedade em geral. Por fim, pode ser entendida como a conformidade com as preferências sociais;
- **Otimidade:** Cuidado efetivo obtido através da relação custo e benefício mais favorável, ou seja, é o balanceamento mais vantajoso de custo e benefício em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico;





- **Equidade:** É também um princípio do SUS e tem por fundamento determinar o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população. Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade. Igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Além dos 7 pilares da qualidade, o IBGH tem como princípio a **SEGURANÇA DO PACIENTE**, que tem como fundamento um cuidado ao paciente minimizando todos os riscos existentes a um mínimo possível, provendo assim um cuidado seguro.

Sendo atribuída a gestão da qualidade a responsabilidade de:

### Auditorias Internas

A instituição possui um time de auditores internos formados de acordo com os requisitos da ABNT NBR ISO 19011:2018 (Diretrizes para auditoria de sistemas de gestão), ABNT NBR ISO 9001:2015 (Sistemas de gestão da qualidade – Requisitos) e Manual Brasileiro de Acreditação (Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, versão 2018-2022). Os auditores foram capacitados e passam por treinamentos de aperfeiçoamento anualmente.

O time de auditores é composto por colaboradores multiprofissionais de diversos setores da unidade, sendo assim um elo de disseminação da cultura da qualidade nos diversos setores da unidade.

A periodicidade da auditoria interna é anual, podendo ocorrer com uma frequência menor, devido necessidade, mas que respeite o intervalo mínimo de 6 meses da anterior. A equipe da auditoria é composta por:

- **Auditor líder:** escolhido pelo escritório da qualidade e que tenha participado de no mínimo 2 auditorias como auditor;
- **Auditores:** colaboradores com curso de auditoria e que possua o certificado.

O Plano de Auditoria deve ser elaborado pelo auditor líder e validado com os auditores e Escritório da Qualidade, após validado deve ser divulgado com no mínimo 10 dias de antecedência da auditoria.

A Auditoria Interna segue as seguintes etapas:

- a) **Reunião de Abertura da Auditoria:** Na reunião de abertura, a Gerente da Qualidade e Equipe Auditora ratificam com a equipe da área a ser auditada o escopo e cronograma da auditoria, estabelecem os canais formais de comunicação, confirmam a duração e data para a reunião de encerramento. A reunião de abertura é realizada com a participação das equipes auditoras e os líderes dos processos que serão auditados;
- b) **Realização da Auditoria:** Durante a realização da auditoria o trabalho dos auditores estará voltado exclusivamente à coleta de evidências objetivas, através de exame de documentos, entrevistas e observações da atividade auditada. A equipe auditora usará na realização de seu trabalho Lista de Verificação de Auditoria Interna, sendo que todas as observações feitas durante a auditoria serão documentadas, onde

nestes registros/verificações a equipe auditora pontua as possíveis não conformidades elencadas. Concluída a auditoria, a equipe auditora se reúne para análise e discussão dos dados, visando a preparação da reunião de fechamento. A entrega do relatório da auditoria pela equipe auditora, deverá impreterivelmente, ser feita até a reunião de encerramento;

- c) Reunião de Encerramento: A reunião é realizada com a participação da equipe auditora e os líderes dos processos auditados. Nesse momento são revisadas as não conformidades estabelecidas, pactuados os prazos para elaboração dos planos de ações e realizadas as definições sobre o acompanhamento (prazos para avaliação da eficácia). O auditor-líder apresentará as conclusões dos trabalhos da auditoria e as não-conformidades encontradas. Além disto, encaminhará o relatório ao Serviço de Qualidade para categorização dos apontamentos e envio aos líderes dos processos envolvidos.

### Ferramentas da Qualidade

A unidade prima por utilização de ferramentas da qualidade para otimização e melhoria dos processos, estas são pautas de constantes treinamentos na instituição.

As ferramentas padronizadas na instituição, estão descritas no DOC.001 FERRAMENTAS DA QUALIDADE, no referido documento está o referencial teórico de cada um e auxilia os colaboradores na utilização delas, o quadro abaixo possui um resumo norteador dessas ferramentas.

FERRAMENTAS DA QUALIDADE	
Ferramenta	Quando utilizar
Brainstorming	Para levantar ideias/ fragilidades sobre um problema/ evento.
Diagrama de Pareto	Para priorização das causas de uma fragilidade e, assim, definir o plano de ação.
Ishikawa	Para levantar todas as causas de um problema.
5W3H's	Para elaborar planos de ação.
Fluxograma	Elaboração de fluxo de atividades.
SIPOC	Mapeamento de processos e definição de cadeia de valores.
HFMEA	Mapeamento de riscos.
GUT	Priorizar ação ou atividade.
Matriz Esforço x impacto	Priorizar ação ou atividade.
ALARP	Priorizar tratativas de ocorrências
PDCA	Monitorar e melhorar processos.
A3	Monitorar e melhorar processos.



Mapeamento de Processos e Riscos	Gerenciar por processo.
BSC	Metodologia para Elaboração do Planejamento Estratégico
Matriz SWOT	Ferramenta para construção do planejamento estratégico
Protocolo de Londres	Investigação de Eventos Graves e Óbitos

Tabela 76 – Ferramentas da Qualidade

### Gestão de Documentos

A Gestão de Documentos é o pilar básico da Gestão da Qualidade, pois é com uma gestão de documentos eficaz que se consegue padronizar e estruturar processos. A POL.001 POLÍTICA DE GESTÃO DE DOCUMENTOS, descreve as normas e os tipos de documentos padronizados.

Os tipos de documentos padronizados na instituição são:

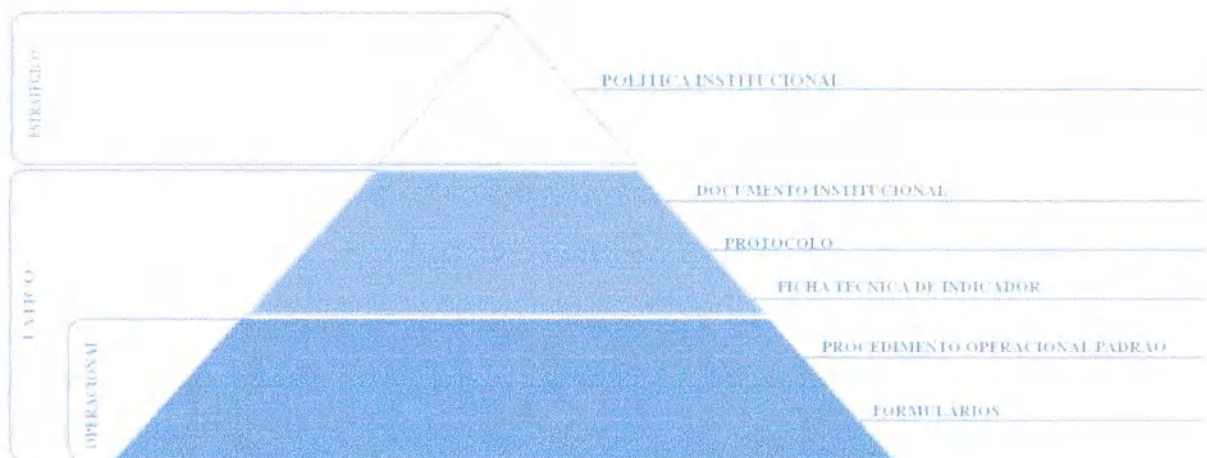
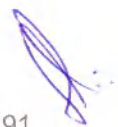


Tabela 77 – Pirâmide de Gestão de Documentos

### Gestão de Indicadores

Todo processo é monitorado por indicadores, além dos indicadores dos processos são monitorados os indicadores do contrato de gestão. Os indicadores ao serem implantados devem ser padronizados conforme o padrão de Ficha Técnica Estabelecida na Instituição e validado pelo Escritório de Qualidade.

Os indicadores são controlados pelos gestores das áreas e são avaliados criticamente utilizando as ferramentas da qualidade, Ishikawa e 5W3H's. Até o dia 10 de cada mês são encaminhados para Diretoria de Planejamento e Performance para que seja feito a validação e acompanhamento.



000492

### Gestão dos Protocolos

A unidade possui protocolos clínicos implantados e que são monitorados pelas comissões, qualidade e gestores.

Os protocolos são avaliados e são realizadas auditorias clínicas em cima desses protocolos para que assim sejam propostas melhorias. As auditorias clínicas são conduzidas e monitoradas pelo Escritório da Qualidade.

### Mapeamento dos Processos e Riscos

A gestão por processos é uma metodologia utilizada para uma interação harmônica nos processos da instituição e gerar assim resultados com alto desempenho. O IBGH definiu a cadeia de valores, das unidades gerenciadas, e mapeou os processos e o risco utilizando as ferramentas SIPOC e HFMEA.

Os riscos de cada etapa dos processos foram elencados e foram propostas novos ou atualizações das barreiras existentes.

Além da avaliação prospectiva dos riscos, ocorre também o monitoramento reativo dos riscos através das notificações de incidentes e das auditorias clínicas. Todos os incidentes notificados são categorizados e classificados de acordo com a matriz de risco ALARP, assim dependendo da tolerabilidade são traçadas ações de melhoria.

### SIGLAS:

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas

DIT: Documento Institucional;

FOR: Formulário;

IBGH: Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar;

HMAP: Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia;

IHI: Institute for Healthcare Improvement;

ISO: International Organization for Standardization

NBR: Normas Técnicas;

OS: Organização Social;

POI: Política Institucional;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

PRO: Protocolo;

SUS: Sistema Único de Saúde.



492



#### 4.4.4.11 Descrição De Como Serão Publicados Os Indicadores De Desempenho Da Gestão

Para promover uma boa gestão é essencial que as organizações adotem uma cultura fundamentada em valores compartilhados, pois, desta forma, os colaboradores podem identificar onde devem concentrar seus esforços, sempre com foco em resultados.

A Gestão à Vista, como o próprio nome já diz, consiste em colocar à vista o status de indicadores estratégicos e o andamento de projetos dentro da organização. Ela contribui para o compartilhamento de resultados, identificação de problemas/gargalos e tomadas de decisão.

Adotar uma gestão à vista pode estabelecer uma comunicação entre os colaboradores que traz como consequência o engajamento das equipes envolvidas e uma análise dos dados de forma ampla, favorecendo a eficácia das ações tomadas e minimizando problemas/prejuízos.

Ferramentas a serem utilizadas para a gestão à vista

O dashboard é uma ótima forma de adotar uma gestão à vista, pois torna os resultados mais visuais e facilita a compreensão dos dados através de um painel central. Esse painel é composto por diferentes tipos de gráficos que mostram como se encontram os indicadores de desempenho da organização.

A gestão à vista com um Dashboard permite tomar decisões mais assertivas e eficazes, já que fornece o conhecimento necessário para compreender quais ações são mais apropriadas naquele determinado momento.

Além disso, com todas as informações reunidas em um só local, tempo é economizado, pois, com uma olhada, você já consegue uma visão global sobre a organização, o que aumenta a produtividade e facilita a integração e a comunicação interna de toda a equipe.

O IBGH utilizará uma ferramenta que permitirá o gerenciamento dos indicadores de desempenho da gestão, conforme Figura a seguir.

493

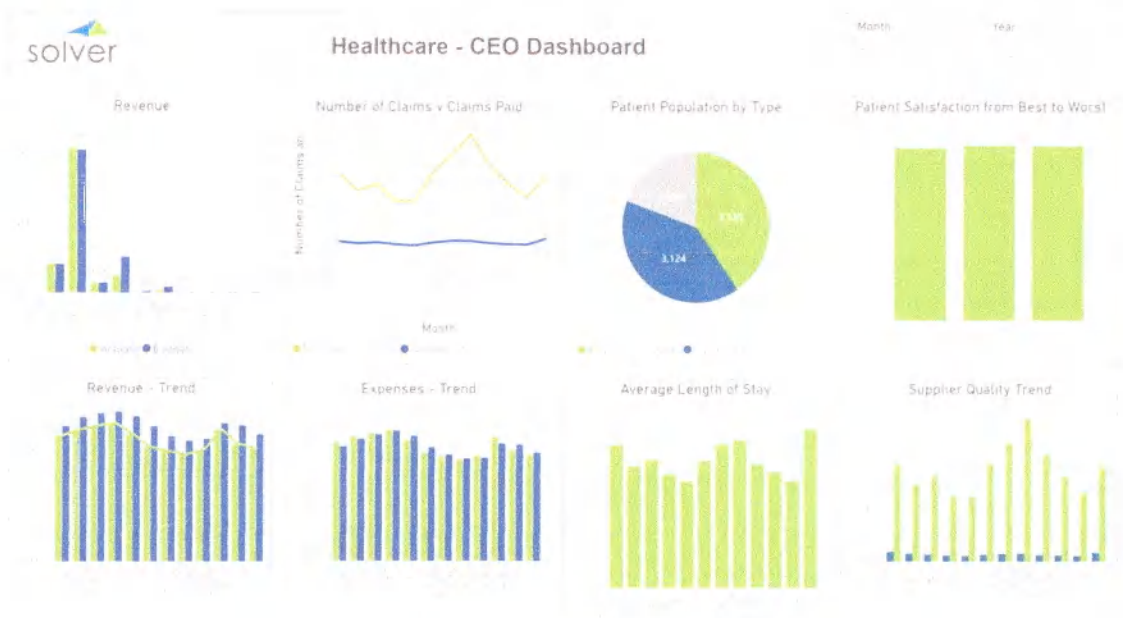


Figura 82 – Ferramenta a ser utilizada para o gerenciamento dos indicadores de desempenho

#### 4.4.4.12 Comunicação Administrativa Com A Direção Do Hospital De Emergência E Secretaria De Estado Da Saúde;

A comunicação do IBGH com a administração do Hospital de Emergência será através documento, enviado por e-mail ou outra forma de comunicação estabelecida pela Secretaria de Estado da Saúde.

A comunicação do IBGH com a SESA será através do protocolo virtual ou outro canal de comunicação que venha a ser estabelecido pela SESA.





#### 4.4.5 Ciência E Tecnologia

##### 4.4.5.1 Proposta de Parcerias com Instituições para Desenvolvimento de Projetos de Pesquisa na Área da Assistência Hospitalar e/ou de Saúde Pública

O IBGH tem como um de seus fundamentos de atuação o fomento da formalização de vínculos de cooperação técnica com instituições de ensino e pesquisa, de modo a aproximar a formação e pesquisa acadêmica com a prática de cuidado em saúde.

Historicamente, a pesquisa e a formação acadêmica sempre constituíram atribuições das Instituições de Ensino, dificilmente conseguindo transpor o ambiente puramente acadêmico. Lado outro, o serviço público de saúde, materialmente considerado (serviço efetivamente disponibilizado à população), sempre foi atribuição de responsabilidade dos órgãos públicos com essa competência constitucional, sendo prestado ainda, de forma paralela, também pela iniciativa privada.

Fato é, contudo, que esse modelo tradicional sempre propiciou a formação de um distanciamento entre a “teoria acadêmica” e a efetiva prática.

Nesse cenário, a realização de parcerias de cooperação técnica entre as unidades responsáveis pelo cuidado em saúde e instituições de ensino superior para o desenvolvimento de pesquisa nas áreas de assistência hospitalar e/ou saúde pública, realizada em ambiente hospitalar prático, tem se mostrado como importante ferramenta para a aproximação da área acadêmica com a área prática, tendo como maior beneficiado nessa aproximação o destinatário dos serviços públicos de saúde, ou seja, o paciente, que passa a contar com profissionais atualizados, qualificados e em constante busca por novas opções de tratamento.

Importante frisar que a formação de vínculos cooperativos com instituições de ensino permite, sendo interesse comum das partes, tornar o hospital um campo de pesquisa científica nas mais variadas áreas de atuação hospitalar.

Para a saúde pública, assim, a existência de programas de pesquisa em Hospitais contribui significativamente para a sustentabilidade institucional, na medida em que, em relação ao paciente, abre portas para a descoberta de novas opções de tratamento. Em relação aos profissionais que atuam na unidade, constitui ferramenta de estudo, de reciclagem e de qualificação para otimização dos mais variados atendimentos.

495

#### 4.4.5.2 Projeto de Tecnologia da Informação com vista a melhoria do atendimento ao usuário e ao controle gerencial da unidade

O objetivo deste documento é especificar as funcionalidades de um PROJETO INFORMATIZADO DE GESTÃO HOSPITALAR E ATENDIMENTO AO USUÁRIO, para dar suporte à comparação e seleção de sistemas já existentes e/ou para servir de roteiro para desenvolvimento de sistemas com esse escopo. Onde a parceria técnica-financeira com a SESA/AP é fundamental na implementação do projeto.

##### Diretrizes

- Ser dotado de todas as funcionalidades necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos, em toda a sua abrangência, numa Unidade de Saúde;
- Ser modular, porém com módulos integrados entre si, que permitam a implantação escalonada;
- Ser capaz de estabelecer parâmetros para atender as necessidades de evolução temporal das regras do negócio estabelecidas pela Unidade de Saúde e/ou por órgãos normativos;
- Possuir padrão arquitetônico estável e aderente aos padrões de mercado;
- Ser dotado de padrões de segurança quer para acesso, quer para garantir a confidencialidade dos dados relativos aos pacientes e outros que se enquadrem na categoria sigilo de acordo com a LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados);
- Possuir ambientes de testes e treinamentos;
- Ser funcional de forma a gerar consultas com senhas administrativas;
- Permitir exportação de dados para planilhas de cálculo e documentos de texto pelo próprio usuário;
- Possuir funcionalidades configuráveis para cada tipo de usuário e/ou grupos de usuários através de criação perfis por cargo/função;
- Permitir a navegação por registros relacionados: da internação, da alta, dos exames etc.;
- Permitir gerenciamento do workflow de tarefas, proporcionando a cada usuário ou grupo de usuários a visualização das tarefas necessárias e possíveis dentro de sua competência;
- Ser dotado de rotinas de operação e manutenção de forma que equipe do serviço de tecnologia da informação seja otimizada;
- Dispor de helpdesk (documentação e manutenção detalhada), ou seja, uma equipe preparada para prestar ajuda on-line a todos os usuários do sistema;
- Dispor de total integração (exportação de dados – interface) com os sistemas de faturamento adotados pelo Ministério da Saúde para que não ocorram erros e/ou retrabalho na digitação das informações (MDB, TXT, XLS ou SQL);



- Permitir conexão/interatividade com os sites do Ministério da Saúde: Cartão Nacional de Saúde e Repositório de Tabelas do DATASUS;

- Sistema de código de barras para as mais diversas identificações: paciente, Cartão Nacional de Saúde/pulseira, prontuário, medicamentos e exames;

As informações que compõem o sistema são organizadas tendo em vista o acompanhamento dos fatos modelados relacionados como os eventos ocorridos no mundo real, aliadas à possibilidade de sua recuperação de forma adequada.

As informações cadastrais são aquelas que incluem os atributos que lhe são intrínsecos e com baixa volatilidade.

As informações históricas são aquelas que representam sucessivos eventos, obedecendo a uma lógica pré-definida, ocorridos com um determinado elemento num intervalo de tempo, compostas de identificação, data, horário, código de evento e atributos que restauram e descrevem o evento: com quem, quando, o que ocorreu e como ocorreu.

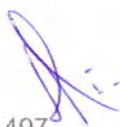
Os conceitos abaixo relacionados são focados e detalhados para o caso em análise:

- Identificação do paciente
- Cadastro de paciente
- Histórico do paciente
- Ciclo de atendimento do paciente

#### Módulo: Ambulatório

##### Funcionalidades:

- Integração a Central de Marcação de Consultas, Exames de Tratamentos;
- Registro Pré-Atendimento;
- Cadastro Único do Paciente;
- Emissão de Documentos de admissão e fichas de atendimentos;
- Relatórios de atendimento, operacionais, administrativos, estáticos e gerenciais;
- Integração ao CNS;
- Registros de perfis de alerta dos pacientes;
- Registros dos atendimentos dos pacientes;
- Emissões de termos de acompanhante, comparecimento e atestados médicos;
- Registros de atendimentos não agendados;
- Registros de diagnósticos dos atendimentos;
- Consultas e gerações de gráficos de atendimentos por dia e de atendimentos por hora;
- Estatísticas de produção;
- Captura de biometria dos pacientes;
- Captura de fotografia dos pacientes;



497

000498

#### Módulo: Central de Agendamento

##### Funcionalidades:

- Central de agendamento de consultas, exames de imagem e tratamentos;
- Criação de escalas de atendimento por prestador, por especialidade, por serviço e por recurso;
- Agendamentos de múltiplos procedimentos em tela única;
- Agendamento de Tratamentos;
- Gestão de fila de espera;
- Envio de comprovante de agendamento por SMS ou e-mail
- Validação no agendamento das proibições de acordo com as regras da Unidade de Saúde;
- Bloqueio de agenda médica por falta ou outro evento;
- Transferência de agendamento para outra data ou profissional;
- Registro de encaixes de acordo com a quantidade máxima estipulada;
- Estatísticas de produção;
- Relatórios operacionais, administrativos, gerenciais e estatísticos

#### Módulo: Internação Hospitalar

##### Funcionalidades:

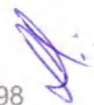
- Pré-internação automática através do agendamento cirúrgico;
- Pré-internação através da solicitação de internação no Pronto Atendimento;
- Gestão Centralizada de Leitos;
- Programação de Alta;
- Painel de internação com ocupação on-line dos leitos e lista de pacientes com entrada prevista;
- Cadastro Único do Paciente;
- Integração ao CNS;
- Relatórios operacionais, administrativos e estatísticos;
- Estatística de Produção;

#### Módulo: Urgência e Emergência

##### Funcionalidades:

- Cadastro Único do Paciente;
- Captura biometria do Paciente;
- Captura fotografia do Paciente;

498



000499

- Integração ao CNS;
- Registros de Atendimento do Paciente;
- Registros de Perfis de Alerta do Paciente;
- Emissão de documentos de admissão, fichas de atendimentos;

#### Módulo: Controle de Sala

##### Funcionalidades:

- Chamada eletrônica dos pacientes para o atendimento nas áreas assistenciais da Unidade de Saúde (sala medicação, sala de coleta de exames, sala de procedimentos, sala de nebulização, sala de imobilização, sala de exames de imagens);
- Visualiza os pacientes que estão aguardando serem chamados para atendimento na sala, organizado por prioridade de atendimento;
- Permite selecionar o paciente e acionar a chamada para atendimento;
- Emite mensagem de alerta ao usuário quando um paciente se encontra em atendimento em outra sala ao ser chamado;
- Integração aos painéis de atendimento e chamada eletrônica do paciente;
- Atualiza automaticamente o status do paciente no painel de atendimento e chamada;
- Registro de cancelamento dos procedimentos e medicações não realizadas nos pacientes com respectivo modo;
- Registra que o paciente se encontra em atendimento na sala;
- Registro eletrônico da conclusão do atendimento do paciente na sala;
- Registro de checagem dos procedimentos realizados nos pacientes;
- Registro do aprazamento dos horários de realização dos procedimentos e medicações;

#### Módulo: Gestão de Fluxo

##### Funcionalidades:

- Análise em tempo real (on-line) da quantidade de senhas distribuídas, quantidade de pacientes classificados, quantidade de pacientes com classificações em aberto, quantidade de classificações finalizadas, quantidade de pacientes cadastrados e a quantidade de pacientes em atendimento médico;
- Apresenta de maneira gráfica e on-line os indicadores para fazer análise do tempo de espera para cadastro e triagem indicando a senha com maior tempo de espera no momento, o tempo de espera alvo e o tempo de espera com tolerância;
- Análise do tempo médio de espera entre processos do atendimento;
- Indicador da quantidade e percentual de senhas normal e senhas preferenciais distribuídas;

499



000500

- Indicador com a quantidade e percentual de pacientes reclassificados;
  - Indicador com a quantidade e percentual de pacientes com atendimento médico por especialidade e por prioridade;
  - Indicador com a quantidade e percentual de pacientes cadastrados por usuário e tempo médio para cadastro;
  - Indicador com a quantidade e percentual de mortes de pacientes por especialidade e por prioridade
- Análise do tempo médio de espera entre processos do atendimento;

#### Módulo: Painel de Atendimento/Recepção

##### Funcionalidades:

- Chamada eletrônica dos pacientes em atendimento;
- Possibilita a configuração da fila que o painel irá fazer a gestão do atendimento;
- Permite a configuração/habilitação de quais campos serão apresentados na tela/painel de atendimento para a chamada dos pacientes;
- Permite configurar se os processos de atendimento serão controlados e utilizados pelo painel de atendimento e chamada;
- Chamada com som e com a leitura da senha ou do nome do paciente;
- Chamada do paciente em tela cheia;
- Visualização das últimas senhas chamadas;
- Recurso Multimídia nos painéis de atendimento como programação de televisão, vídeos, apresentações ou outros tipos;
- Informa a quantidade de pacientes em atendimento e o tempo estimado de espera para atendimento;
- Informa a quantidade de pacientes em espera por classificação de prioridade;
- Gerenciamento de Senhas;

#### Módulo: Totem e Senha

##### Funcionalidades:

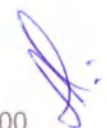
- Emissão de senhas de atendimento normais e atendimentos prioritários para a gestão das filas de espera de atendimento;
- Configuração das filas que terão suas senhas emitidas pelo totem;
- Integrado com os painéis de atendimento e para a chamada dos pacientes;

#### Módulo: Acolhimento e Classificação de Risco

##### Funcionalidades:

- Abordagem inicial;

500





000501

- Aferição dos sinais vitais do paciente;
- Avaliação do paciente;
- Classificação do nível de urgência do atendimento do paciente;
- Atendimento Social;
- Auditoria de Classificação;
- Reclassificação do Paciente;
- Painel de Recepção;
- Painéis de chamada;
- Integração do funcionamento do painel com TV;
- Gerenciamento das pendências do setor de urgência nas salas;
- Registro de alergias do paciente;
- Gerenciamento do fluxo de atendimento;

#### Módulo: Atenção Primária a Saúde

##### Funcionalidades:

- Cadastro de CIAP estruturado em capítulos e componentes com detalhamento da definição, critérios de inclusão, critérios de exclusão, CID's frequentes e CID's possíveis (conforme tabela padrão do CIAP);
- Criação de atendimento de SOAP com indicação da criticidade, motivo da consulta, relacionamento ao CIAP. Objetivo da consulta com informações específicas conforme sexo, vacinação, itens de aferição, dados antropométricos, fórmulas, resultado de exames solicitados e realizados fora da instituição. Avaliação da consulta com detalhamento de informações sobre diagnóstico tendo como base o subjetivo e objetivo da consulta, informações específicas conforme sexo, problemas detectados (CIAP e CID). Plano da consulta com detalhamento dos procedimentos necessários e CIAP específico para procedimentos;
- Cadastro de equipe e a respectiva unidade de referência;
- Cadastro de famílias com responsável e seus membros;
- Cadastro de motivos de alteração do médico referência quando solicitado pelo paciente;
- Cadastro de pontuação do paciente conforme definição da Unidade de Saúde;
- Cadastro de pontuação do prestador conforme capacidade de atendimento aos pacientes;
- Monitoramento de todos os pacientes da atenção primária da carteira do médico ou de todos os pacientes assistidos por outros médicos, número de pacientes com e sem programa de saúde, número de pacientes internados, relação de programas de saúde ativos e número de pacientes associados aos programas conforme riscos;

501



000502

- Configuração de exames de análises clínicas e imagem para utilização no processo de SOAP;
- Configuração de questionários com grupo de perguntas obrigatórias ou não e respostas possíveis, com definição do nível de classificação de risco;
- Configuração de SOAP para Enfermeiro e Médico;
- Configurações de tipos de aferição para utilização no processo SOAP com detalhamento de exibição, obrigatoriedade, entre outros;
- Visualização do histórico de alterações do médico referência da família;
- Criação de planos de cuidados individualizados baseados na classificação de risco do paciente;
- Definição do médico referência da equipe;
- Definição dos prestadores participantes da equipe;
- *Inclusão/alteração de médico referência para todos ou para determinados membros da família;*
- Manutenção de problemas com inativação através de tela de visualização;
- Visualização de resumo da família com todas as informações referentes a unidade de referência, médico referência, enfermeira referência, equipe e membros da família. Informações sobre membros da família internados e visualização do prontuário de outros membros da família;
- Preenchimento de questionário conforme modelos previamente definidos com atribuição de score ao longo do processo;
- Visualização da relação de pacientes por prestador, com pontuação do paciente, pontuação do prestador, pontuação total dos pacientes vinculados e pontuação disponível do prestador;
- Configuração da criticidade (baixa, média e alta) do atendimento SOAP conforme resposta do enfermeiro ou do médico para sinalização na lista de atendimento ambulatorial;

Módulo: Centro Cirúrgico e Obstétrico

Funcionalidades:

- Registro de solicitação de agendamento cirúrgico;
- Registro de pré-atendimento cirúrgico;
- Agendamento cirúrgico;
- Reserva de salas e equipamentos;
- Registro de transferência do paciente do leito para centro cirúrgico
- Registro de transferência do paciente do centro cirúrgico para RPA;
- Registro de descrição de cirurgia;
- Reserva de kits cirúrgicos;

502

000503

- Reserva de caixas cirúrgicas;
- Revisão de agendamento cirúrgico;
- Consulta de produtividade e agenda cirúrgica;
- Cadastramento de cirurgia de emergência;
- Confirmação de cirurgia agendada;
- Lançamento de gasto de sala;
- Registro de devolução de gasto de sala;
- Registro de conferência de itens de checagens e confirmação do consumo de OPME;
- Registro de Transferência do paciente RPA para leito;
- Registro do ato anestésico;
- Bloqueio e interdição de sala de cirurgia;
- Relatórios operacionais, administrativos, gerenciais e estatísticos;

#### Módulo: Controle de Infecção Hospitalar (CIH)

##### Funcionalidades:

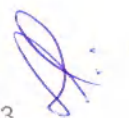
- Cadastro de infecções;
- Cadastro dos procedimentos invasivos;
- Auditoria da prescrição de antimicrobianos;
- Auditoria da prescrição de precauções;
- Monitoramento do perfil de resistência de bactérias multirresistentes;
- Monitoramento do consumo de antimicrobianos;
- Geração de indicadores de controle;
- Ativação e desativação do processo de vigilância;
- Geração de indicadores NNIS;
- Integração com o prontuário do paciente;
- Gerenciamento da média de permanência por especialidade;

#### Módulo: Diretoria Clínica

##### Funcionalidades:

- Registro do tipo de prestadores;
- Registro dos horários contratados dos prestadores;
- Registro dos conselhos;
- Registro dos prestadores da instituição;
- Registro das especialidades médicas e de enfermagem;

503





000504

- Registro de ocorrências médicas;
- Registro das licenças médicas;

#### Módulo: Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

##### Funcionalidades:

- Permite a configuração da Prescrição Eletrônica do Paciente por tipo de atendimento, setor, especialidade e por tipo de profissional;
- Registro de Sinais Vitais;
- Registro das fichas de admissão e demais documentos que compõem o Prontuário Eletrônico do Paciente em formulários eletrônicos totalmente configuráveis;
- Permite integração com portais de conteúdo clínico, ajudando o profissional na Prescrições médicas e assistenciais;
- Registro de Evolução Médica;
- Registro de Evolução de Enfermagem;
- Registro da Evolução Multidisciplinar;
- Prescrição de Medicamentos;
- Solicitação eletrônica de exames de imagem;
- Solicitação eletrônica de exames de laboratório;
- Solicitação eletrônica de dietas;
- Prescrição de cuidados e procedimentos;
- Prescrição eletrônica baseada em Protocolos Clínicos parametrizáveis;
- Criação/configuração de prescrições padronizadas;
- Emissão de alertas de reações alérgicas a substâncias;
- Emissão de alertas de interações medicamentosas;
- Registro de alergias do paciente;
- Evolução do paciente;
- Aferição dos sinais vitais do paciente;
- Emissão de comprovantes de comparecimento;
- Emissão de laudos;
- Cálculo automático da dose do medicamento baseado na superfície corpórea;
- Registro eletrônico da ficha de anestesia;
- Solicitação eletrônica de parecer médico;
- Registro de vacinas do paciente;
- Configuração das funcionalidades de acordo com o perfil de cada usuário através de cargo/função;

504





- Registro de encaminhamento do paciente a outras especialidades;
- Registro de receituário;
- Emissão de termo de consentimento;
- Emissão de parecer médico;
- Encaminhamento do paciente;
- Avaliação do Paciente;
- Visualização do resumo clínico;
- Registro eletrônico da descrição cirúrgica;

000505

#### Módulo: Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)/ (SAE)

##### Funcionalidades:

- Registro do diagnóstico de enfermagem baseado na tabela NANDA;
- Visualização do prontuário do paciente;
- Registro de aferição de sinais vitais;
- Registro da avaliação do paciente;
- Registro do histórico de enfermagem;
- Seleção de prescrição padrão de acordo com o diagnóstico de enfermagem;
- Informações de características relacionadas e fatores de risco;
- Prescrição de enfermagem;
- Anotação de enfermagem;
- Checagem de itens;
- Evolução de enfermagem;
- Registro de balança hídrico;

#### Módulo: Diagnóstico por Imagem (RIS)

##### Funcionalidades:

- Pedidos de exames;
- Predefinição de textos;
- Formatação dos laudos de ecocardiograma;
- Formatação de laudos;
- Atendimento a pacientes internos e externos;
- Integração com sistemas RIS;
- Integração com o prontuário do paciente internado;
- Contabilização de gastos de exames;

505



000506

- Gerenciamento de Insumos (filmes e contrastes);
- Geração e manutenção de agendas;
- Envio e controle de laudos externos a Unidade de Saúde;

#### Módulo: Laboratório de Análises Clínicas (Laudo Web)

##### Funcionalidades:

- Acesso aos exames via Web;
- Informações do pedido, data de solicitação, prestador solicitante e exames;
- Visão agrupada do status dos pedidos de exames solicitados (sem resultado, com resultados completos e com resultado parcial) e totalizadores por status;
- Visualização detalhada dos exames com situação do resultado e previsão de entrega;
- Possibilidade de abrir os resultados para visualização on-line;
- Acesso restrito ao paciente e médico autorizado;
- Possibilidade de executar a pesquisa por período, código ou nome do solicitante;
- Possibilidade de salvar os resultados na máquina pessoal para abertura, impressão ou encaminhamento por e-mail;
- O médico pode visualizar a relação de todos os pacientes para os quais solicitou exames;
- O médico pode realizar pesquisa de paciente por nome;

#### Módulo: Almoxarifado e Farmácia

##### Funcionalidades:

- Cadastro de produtos de todas as espécies em tela única com características específicas;
- Gerenciamento de produtos OPME do agendamento da cirurgia até o lançamento na conta do paciente;
- Reserva de saldo de itens em kits;
- Controle de processos de empréstimo;
- Notificação de estoque máximo e mínimo de produtos;
- Classificação de produtos por curva ABC e demanda;
- Manipulação de itens;
- Controle de movimentação por etiquetas de código de barras;
- Utilização de consumo previsto por cotas por setor;
- Gerenciamento de movimentações de produtos entre empresas do mesmo grupo;
- Gerenciamento de inventários por usuário e consolidação dos dados digitados;

506

000507

- Montagem de kits por checagem ou montagem livre;
- Restrição de produtos em solicitações, para pacientes vinculadas a prescrição;
- Integração de informações com os sistemas financeiro e contábil;
- Controle de materiais consignados;
- Rastreabilidade de lote;
- Registro de materiais e medicamentos de uso controlado;

#### Módulo: Compras

##### Funcionalidades:

- Solicitação automática de compras através de parâmetros de movimentação de produtos;
- Solicitação de compras;
- Recebimento, agrupamento e cancelamento de solicitação de compras;
- Coleta de preços;
- Realização de ordem de compra;
- Cancelamento de ordem de compra;
- Autorização de ordem de compra por níveis hierárquicos;
- Integração com OPMENEXO e BIONEXO;
- Centralização de compras entre matriz e filiais;
- Integração com portal de compras web;
- Avaliação de fornecedores;
- Cadastro de perguntas;
- Configuração do critério de avaliação;
- Cadastro de ranking de pontuação;
- Cadastro de catálogo de produtos por fornecedor;
- Consulta de dados consolidados de entradas e saídas;

#### Módulo: Auditoria e Glosas

##### Funcionalidades:

- Controle de lançamentos de glosas;
- Registro de entrega de recursos de glosa;
- Lançamento de glosa por procedimento;
- Lançamento de glosa por grupo de procedimento;
- Lançamento de glosa por grupo de faturamento;

507





000508

- Lançamento de glosa retroativa;
- Aceite de glosa por setor;
- Repasse de glosa para prestador;
- Controle de motivos de glosas ativa(auditoria);
- Controle de motivos de glosas aceitas;
- Baixa automática de recebimento detalhado;
- Auditoria de conta hospitalar;
- Auditoria de conta ambulatorial;
- Controle de recebimento de recurso;

#### Módulo: Faturamento SUS

##### Funcionalidades:

- Importação tabela SIGTAP;
- Importação do arquivo CNES;
- Importação do arquivo de CEP's;
- Lançamento automático da produção ambulatorial na BPA;
- Lançamento automático da produção de procedimentos de alta complexidade na APAC;
- Lançamento automático na AIH dos procedimentos dispensados e executados no atendimento ao paciente durante a internação;
- Realiza em tempo real todas as críticas da conta referente à compatibilidade dos procedimentos do SUS em relação ao sexo, idade, diagnóstico, permanência, CEP e habilidades dos profissionais e credenciamento da instituição;
- Cálculo e lançamento automático na AIH da permanência maior;
- Arquivos no formato do faturamento de procedimentos APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo;
- Emissão do laudo de AIH;
- Emissão de laudo APAC por tipo de APAC;
- Emissão do espelho da conta AIH;
- Emissão de Boletim de Produção Ambulatorial;
- Geração de arquivo de entrega da produção ambulatorial no padrão e layout DATASUS;
- Realiza controle e crítica em relação a quantidade de diárias permitidas e faturadas;
- Geração de arquivo de entrega da produção dos atendimentos de internação (AIH) no padrão e layout DATASUS;

508

000509

- Geração do arquivo de entrega da produção dos procedimentos de alta complexidade APAC no padrão e layout DATASUS;
- Integração com o sistema de Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), para atender a Portaria Nº1.171, de 19/05/2011;
- Controle de pacientes homônimos;

#### Módulo: Controle de Caixa

##### Funcionalidades:

- Controle de abertura, reabertura e fechamento do caixa
- Controle de caixa x usuário
- Controle de histórico de movimentações dos documentos
- Controle de adiantamento de recebimento
- Controle de caixa por lote
- Movimentação de receita e despesa direta
- Devolução/renegociação de cheques
- Controle de movimentações retroativas

#### Módulo: Financeiro (Contas a Pagar/Receber, Controle Bancário)

##### Funcionalidades:

- Controle de contas a pagar e adiantamentos a fornecedor e não fornecedor
- Previsões de contas a pagar
- Controle de impostos
- Pagamento entre empresas
- Realização de pagamentos
- Recebimento entre empresas
- Renegociação de contas a receber
- Aging list de fornecedor e cliente
- Previsões de contas a receber
- Controle de lotes de remessa (envio)
- Prestação de contas de fornecedor e não fornecedor
- Lançamentos de extratos
- Controle de contas a receber e de recibos e realização de recibos
- *Controle de devolução de estoque integrado com pagamento (baixa)*
- Controle de conta corrente de fornecedor e cliente

509



000510

- Geração de DIRF e carta de rendimentos
- Realização de conciliação bancária
- Geração de nota fiscal eletrônica
- Encontro de contas (contas a pagar x contas a receber)

#### Módulo: Repasse Médico

##### Funcionalidades:


- Geração de repasse de convênio
- Resumo semestral do repasse
- Geração de repasse AIH
- Conta corrente do prestador
- Geração de repasse BPA
- Análise evolutiva de repasse
- Controle de glosas e terceiros
- Repasse por centro de custo x prestador
- Pagamento geral do repasse integrado com contas a pagar
- Demonstrativo médico

#### Módulo: Contabilidade

##### Funcionalidades:

- Controle de matriz e filial
- Cadastro da tabela TIP
- LALUR com a preparação para e-LAUR
- Inventário via Palm
- Escrituração contábil digital (SPED)
- Rateio da depreciação por setor
- Conciliação de lançamento contábil na origem
- Criação de visões contábeis
- Apuração dos resultados anual, mensal e trimestral
- Compatibilização com plano de contas ANS
- Realização do balancete trimestral
- Impressão de livros fiscais: MANAD, SINCO, IN86, DMS, DIRF, DMED, DCTF e DIOPS

510





- Possibilita o registro de movimentações na esterilização.
- Emissão de relatórios gerenciais;
- Possibilita o registro de movimentações no preparo;

000514

#### Módulo: Higienização

##### Funcionalidades:

- Geração de solicitações automáticas de limpeza;
- Integração com a Central de Internações;
- Solicitações manuais de limpeza;
- Integração com estoque de materiais;
- Gerenciamento do período inicial e final da higienização;
- Liberação de leitos através da telefonia;
- Confirmação de processos de rouparia;
- Gestão de equipes através de escalas;
- Cancelamento de solicitações de limpeza;
- Gestão de agenda de higienização.

#### Módulo: Lavanderia e Rouparia

##### Funcionalidades:

- Auxilia na composição de kits;
- Aferição do percentual de aceitação de redução de peso;
- Distribuição de cotas por unidade de internação;
- Movimentação de peças para lavagem externa;
- Distribuição de cotas por setor;
- Controle de peças na rouparia.

#### Módulo: Manutenção

##### Funcionalidades:

- Gerenciar as manutenções corretivas e preventivas
- Programação da data de realização da manutenção
- Cadastro de checklist de manutenção com a programação de todos os serviços a serem executados
- Registro de requisições de itens necessários para manutenção no estoque
- Registro das solicitações de manutenção corretiva

514

000511

#### Módulo: Gestão de Alçadas

##### Funcionalidades:

- Análise de alçadas e autorização de processos
- Definição de pontos de workflow por empresa
- Análise a partir de perspectiva e demonstração gráfica
- Exibição de lista de agrupadores para restringir a geração de demandas de acordo com o valor atribuído ao agrupador
- Possibilidade de consulta a partir de filtro e visualização de status das alçadas: Todas, Aguardando, Aprovadas e reprovadas
- Cadastro e configuração de permissões para os aprovadores da alçada
- Realização de análise das configurações básicas do ponto de aprovação
- Gerenciamento de demandas e aprovações geradas pelo sistema
- Bloqueio e desbloqueio e definição de SLA para ponto de aprovação
- Acompanhamento das rubricas vinculadas aos usuários definidos como aprovadores

#### Módulo: Gestão de Contratos

##### Funcionalidades:

- Cadastro de tipo de envolvido: Assinante com Aprovação obrigatória final. Enquanto não houver essa aprovação, o contrato não será enviado para o Financeiro.
- Emissão de relatórios de contratos com filtros diversos, exemplo: Contratos por Moeda, Contratos por indicador, Contratos por Modelos, Contratos por fornecedor, Contratos por Tipo de Pagamento, Contratos por Data de Finalização etc.
- Acompanhamento da evolução do contrato desde sua entrada/minuta até a finalização e/ou renovação;
- Controle de aprovação de contratos por Alçada/Usuários;
- Fórum de pareceres e mensagens de acompanhamentos dos respectivos envolvidos nas fases de aprovação do contrato;
- Fórum para aprovação de contrato.
- Integração com o financeiro das parcelas ligadas ao contrato, tanto do processo de contas a pagar como do contas a receber;
- Gera PDF final com código de barras do número do contrato quando todos os envolvidos aprovarem.
- Opção de apontamentos de produção de acordo com o estabelecido para o contrato;
- Integração com o módulo Repasse Médico;
- Revisão de apontamentos de produção antes da liberação da ordem de compras



511



000512

- Integração com o módulo Faturamento;
- Controle de alçadas de usuários para aprovação de contratos;
- Integração com o módulo Compras;
- Relacionamento de ordens de compras e notas fiscais com o contrato;
- Integração com o módulo Materiais;
- Renovação de contratos recalculados com base em índices
- Integração com o módulo Financeiro;
- Permite acompanhamento por e-mail dos envolvidos no contrato
- Integração com o módulo Orçamento;
- Avisos automáticos com base em ocorrências no contrato, exemplo: “Contrato aprovado totalmente”; “Contrato será finalizado em n dias”; “Contrato aguardando aprovação”; etc.
- Totalmente integrado com a utilização dos mesmos cadastros de fornecedores, clientes, Serviços, Produtos, setores, usuários etc.;

#### Módulo: Gestão de Custos

##### Funcionalidades:

- Classificação dos centros de custos em centros de custos administrativos, produtivos ou de apoio
- Custo das contas de custo com o custo primário, genérico, específico e o custo total por competência e de forma gráfica
- Classificação dos custos diretos e indiretos
- Custo dos centros de custo com o custo primário, genérico, específico e o custo total por competência e de forma gráfica
- Alocação das despesas indiretas para cada centro de custos de acordo com critérios de rateio
- Resultado dos centros de custo apresentando as receitas e os custos de maneira detalhada e estratificando o resultado em valor e percentual, por competência e de forma gráfica
- Definição de pesos para cada atividade
- Custo dos procedimentos por centro de custo e competência
- Alocação das despesas diretas para cada centro de custo
- Resultado dos atendimentos do paciente, apresentando o custo, as receitas e o resultado
- Rateio automático dos custos dos centros de custos de apoio e administrativos aos centros de custos produtivos de acordo com critérios a serem definidos

512



000313

- Custo dos direcionadores e unidades de produção com o custo primário, genérico, específico e o custo total por competência e de forma gráfica
- Informação do custo de cada centro de custo
- Custo do atendimento
- Custo dos itens de produção com o custo primário, genérico, específico e o custo total
- Extrato da receita e dos custos por setor

#### Módulo: Patrimônio

##### Funcionalidades:

- Controle de recebimento de produtos para tombamento
- Cadastro de manutenção de bens
- Controle de bens com garantia e penhora
- Controle de vencimento de garantia da compra
- Controle de localização do bem
- Controle de imobilizações em andamento
- Formas de depreciação acelerada ou normal
- Opção de controle de bens de terceiro
- Bens como despesas diretas
- Projeção de depreciação de bens
- Controle de manutenção dos bens
- Mais de uma plaqueta por bem
- Checklist e calibragem de bens
- Controle de tipo de aquisição de bens

#### Módulo: Central de Material Esterilizado (CME)

##### Funcionalidades:

- Possibilita o cadastro e identificações dos instrumentais;
- Possibilita o registro de movimentações na desinfecção;
- Possibilita o controle de instrumentais próprios e de terceiros;
- Possibilita o registro de resultados de testes químicos e biológicos.
- Possibilita o controle de movimentações de instrumentais;
- Possibilita o registro de entrada e saída do arsenal por paciente e setor;
- Possibilita o registro de movimentações no expurgo;

513



000515

- Registro de solicitação para compra de um item que não tem no almoxarifado

Módulo: Nutrição

Funcionalidades:

- Cadastro de tipos de refeição
- Elaboração de cardápios para pacientes e acompanhantes
- Perfil per capita
- Cardápios de lactários
- Cadastro de tipos de dietas
- Censo por copa
- Criação de vínculos de leitos x copas
- Geração automática de cardápio
- Controle de mamadeiras/bicos
- Mapas de produção de cardápio e mamadeiras
- Opções de cardápio com valores nutricionais
- Estatísticas de refeições por copa ou destino/dieta
- Cadastro de fichas nutricionais

Módulo: Serviço de Arquivo Médico e Estático (SAME)

Funcionalidades:

- Gestão da entrada e saída de pastas do SAME
- Recebimento parcial de documentos
- Geração de um novo volume para uma determinada pasta
- Recebimento de documentos pelo protocolo
- Entrada de documentos em lote
- Transferências entre SAME e setor e vice-versa
- Saída de documentos de um paciente
- Transferência de pastas entre SAME's
- Saída de documentos de uma agenda
- Cadastro de atestados

Módulo: Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC)

Funcionalidades:

- Registro da abertura de chamados;

515





000516

- Consulta de chamados abertos;
- Cadastro dos documentos de chamado;
- Execução do gerenciamento de chamados;
- Registro da resposta da solicitação de parecer aos setores;
- Emissão de relatórios estatísticos de origens de chamados, meio de abertura, origem de chamado x tipo de chamado, níveis de chamado, motivos de chamado e tipos de chamado.
- Registro da exclusão de chamados;

Módulo: Gerenciamento do Sistema

Funcionalidades:

- Cadastro de usuários do sistema com senha;
- Cadastro de perfis de acesso;
- Gerenciamento de permissões de acessos por funcionalidade;
- Gerenciamento de integrações com o DATASUS;
- Monitoramento e gerenciamento de ações;
- Gerenciamento das impressões e falhas;
- Possibilita a criação de relatórios, termos e etiquetas personalizados;
- Permite a criação de documentos clínicos assistenciais;
- Permite o controle dos documentos através de versionamento;
- Possibilita a importação de documentos de bases com a mesma estrutura;
- Permite a criação de campos e documentos estruturados possibilitando a utilização de dados para realização de análises estatísticas;
- Possibilita a construção de documentos interativos com ativação de campos baseados em respostas anteriores.
- Possibilita a inclusão de imagens para marcação de regiões anatômicas durante o atendimento;
- Cadastro de parâmetros globais do sistema;
- Cadastro usuários por empresa;
- Cadastro de máquinas que utilizarão o sistema;
- Cadastro de CID;
- Cadastro de dados sobre o hospital;
- Cadastro de centros de custos;
- Cadastro de tabelas auxiliares (nacionalidade, religião, feriados etc.);
- Cadastro de origens de atendimento;

516





000517

- Cadastro de relatórios por tipo de atendimento;
- Cadastro de usuários por origens;
- Cadastro de bancos.

#### 4.4.6 Organização dos Recursos Humanos

Setor estratégico para condução via Sede de programas e projetos institucionais, voltados para pessoas e processos, iniciado na Sede por equipe composta de Gerente e Analista de Gente e Gestão, com a participação ativa das unidades administradas. Considerando as Unidades, a equipe de Recursos Humanos conduz e operacionaliza as práticas definidas.

##### 4.4.6.1 Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho. Sugestão de Condutas para combater absenteísmo e estimular produção.

As normas que serão utilizadas na unidade para a seleção de pessoal, para a definição do contrato de trabalho, avaliação de desempenho bem como outras rotinas do setor de Gestão de Pessoas serão definidas a seguir na proposta de regulamento de processo de seleção para admissão de pessoal.

Art. 1º. O presente Regulamento se aplica às normas gerais sobre o processo de recrutamento e de seleção para admissão de pessoal ao regular atendimento das necessidades institucionais e operacionais realizadas no gerenciamento dos CONTRATOS DE GESTÃO, definindo critérios e condições a serem observadas pelo IBGH - Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar.

Art. 2º. O pessoal do IBGH - Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar será contratado por qualquer modalidade de contratação admitido na legislação brasileira, podendo ser celetista, por meio de pessoa jurídica interposta, terceirização de mão-de-obra ou outsourcing, cabendo à Diretoria solicitante deliberar sobre a modalidade no momento da abertura do processo seletivo.

517

Art. 3º. O processo seletivo será público e deverá atender aos princípios da publicidade, da igualdade, da impessoalidade, da moralidade, da economicidade e da eficiência, devidamente compatibilizado com a natureza privada do IBGH - Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar, nos termos da lei civil, em conformidade com os padrões de mercado e a necessidade de serviço, devendo ser conduzido de forma pública, objetiva e impessoal.

Parágrafo único. É vedada, em obediência aos princípios da moralidade e impessoalidade, a ocorrência de práticas como nepotismo, tráfico de influência, apadrinhamento, troca de favores ou discriminação relacionada a etnia, cor, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, origem geográfica, condição socioeconômica e crença.

Art. 4º. Toda contratação de pessoal será precedida de processo seletivo, ressalvadas as hipóteses previstas neste Regulamento.

Art. 5º. O processo seletivo será composto de uma fase de recrutamento e outra de seleção de profissionais, dentro de padrões compatíveis com o mercado de trabalho e segundo o perfil exigido para o emprego.

## CAPÍTULO II - DO RECRUTAMENTO

Art. 6º. O recrutamento é a fase do processo em que se buscam candidatos com determinado perfil. A publicação poderá ocorrer via edital, e/ou anúncios em jornal, redes sociais, e meios afins com grande circulação, podendo, ainda, utilizar-se, de outros meios complementares nesse processo, como a divulgação por meio de disseminação de anúncio em instituições de ensino, entidades de classe, utilização de cadastros de agências especializadas em recrutamento de recursos humanos, de consultoria especializada, de avisos internos, ou, ainda, em sítios na rede mundial de computadores especializados em recrutamento.

§ 1º. O recrutamento poderá ser amplo ou interno:

I - O recrutamento amplo ocorre quando a busca dos candidatos é realizada para todos os interessados em igualdade de condições, sem prejuízo do disposto no art. 10;

II - O recrutamento interno ocorre quando a busca dos candidatos é realizada dentro do âmbito do quadro de pessoal do IBGH - Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar, observadas as condições do artigo 13, § 2º deste Regulamento.

§ 2º. No edital do processo seletivo, caso se defina como meio de divulgação, deverá constar a quantidade de vagas a serem preenchidas, a remuneração e os benefícios previstos, as condições para inscrição, o local de trabalho, a descrição das atividades a serem desempenhadas, as responsabilidades, além dos requisitos, regime e prazo de contratação. Se, divulgação convencional, deverá constar a quantidade de vagas a serem preenchidas, local de trabalho, requisitos e descrição das atividades a serem desempenhadas.

### CAPÍTULO III - DA INSCRIÇÃO

Art. 7º. O prazo para inscrição no processo seletivo será definido no edital e/ou demais meios de divulgação e será fixado conforme a complexidade da contratação.

Art. 8º. O procedimento para efetivação da inscrição consistirá em preenchimento de formulário via Internet, de forma gratuita, ou envio de currículo via e-mail previamente divulgado; exceto em casos de excepcionalidade justificada e, eventualmente, apresentação dos documentos digitalizados previstos no edital de convocação.

### CAPÍTULO IV - DA SELEÇÃO

Art. 9º. A seleção é a fase do processo referente às avaliações específicas das competências dos candidatos, consistindo em duas, ou mais, das seguintes etapas:

- I. análise curricular;
- II. testes de conhecimentos;
- III. provas gerais;
- IV. provas técnicas;
- V. provas orais;
- VI. provas práticas;
- VII. testes psicológicos;
- VIII. dinâmica de grupo;
- IX. entrevistas;
- X. outras metodologias de seleção.

§ 1º. As etapas previstas nos incisos de I a X poderão ter caráter eliminatória ou classificatória de acordo com o processo de seleção.

§ 2º. Os procedimentos, etapas e os critérios de avaliação deverão ser adequados ao perfil exigido pelo cargo e previamente informados no edital de processo seletivo.

Art. 10. Poderá ser adotado como um dos critérios de desempate no processo seletivo amplo, desde que previsto no edital, a existência de vínculo com o IBGH - Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar, observados os requisitos previstos no § 2º do artigo 13, desde que os



000520

candidatos estejam participando do processo de recrutamento e seleção, em iguais condições, pontuações e qualificações com candidato externo.

## CAPÍTULO V - DAS CONTRATAÇÕES ESPECIAIS

Art. 11. O processo seletivo poderá ser dispensado, observado o perfil requerido e os requisitos técnicos para exercício da atividade:

I. nas contratações destinadas a preencher posições de direção, gerência, coordenação, supervisão, assessoramento ou outra forma de chefia que, por natureza, são de livre contratação e demissão;

II. nos contratos de trabalho por prazo determinado de até 12 (doze) meses, para atividades transitórias ou projetos específicos, vedada a prorrogação e a recontração por prazo determinado nos seis meses subsequentes, independentemente do interstício de inatividade, observada a CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) em seus artigos 443 e seguintes;

III. nos casos de urgência, para o atendimento de situações imprevistas, sem tempo hábil para a realização do processo seletivo, ficando esse contrato limitado a 3 (três) meses de duração ou até a conclusão de processo seletivo, o que ocorrer primeiro;

IV. na contratação de profissional de notória especialização, assim entendido aquele cujo conhecimento específico de organizações sociais ou do terceiro setor, ou conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, permita inferir que o seu trabalho é o necessário ao pleno desempenho das funções a serem exercidas;

V. nos casos de contratações para atendimento a plantões extras e de sobreaviso, caso não haja disponibilidade do pessoal próprio do IBGH - Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar para garantir a completude de escalas específicas; e

VI. quando não existirem interessados no recrutamento, ou não houver candidatos aprovados na fase de seleção, e o processo seletivo não possa ser repetido sem prejuízo para o IBGH - Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar ou a operacionalização da unidade gerenciada.

§ 1º. As contratações com dispensa de processo seletivo previstas nos incisos I ao VI serão precedidas de solicitação circunstanciadamente justificada e autorizada pela Diretoria solicitante.

§ 2º. O presente regulamento não se aplica à contratação de serviços técnicos profissionais especializados e às locações de serviços, que serão conduzidas com base no Regulamento de Compras e Contratações de Obras e Serviços do IBGH - Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar.

## CAPÍTULO VI - DO PROCEDIMENTO

520





Art. 12. O processo seletivo será iniciado a partir de solicitação da área demandante da contratação que deverá justificar a sua necessidade e descrever o perfil exigido e, em consonância com a área responsável pelo recrutamento e seleção, propor os métodos do processo seletivo que serão utilizados, dentro dos previstos neste regulamento.

§ 1º. A descrição do perfil deverá contemplar as seguintes informações:

- I. escolaridade exigida;
- II. experiência profissional;
- III. conhecimentos específicos;
- IV. principais atividades a serem desempenhadas pelo profissional e suas responsabilidades.

§ 2º. Autorizada a contratação pela Diretoria solicitante, proceder-se-á ao recrutamento e seleção na forma e métodos em que foram aprovados.

Art. 13. No recrutamento interno, além dos requisitos do artigo 12, deverá haver justificativa da escolha, sendo admissível sua utilização quando preenchidas as seguintes condições:

- I. o perfil exigido mostrar-se aderente ao quadro de pessoal e ao plano de carreira do IBGH - Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar;
- II. houver demanda interna dos profissionais por vagas específicas; e
- III. mostrar-se um processo com maior possibilidade de agilidade e economicidade para o IBGH - Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar.

§ 2º. Poderão participar do processo seletivo interno os candidatos que atendam às seguintes condições, cumulativamente:

- I. contar com, no mínimo, 90 (noventa) dias de vínculo com IBGH na data do início do processo seletivo, vez que se conclui o período de experiência do colaborador;
- II. ter perfil adequado à vaga; e
- III. ter resultado satisfatório na avaliação de desempenho individual, quando for o caso.

Art. 14. A relação do(s) candidato(s) aprovado(s) será divulgada no sítio eletrônico da unidade e/ou outros meios correspondentes.

## CAPÍTULO VII - DA HABILITAÇÃO NO PROCESSO SELETIVO



000522

Art. 15. Para a habilitação no processo seletivo exigirá-se dos interessados documentação compatível com a natureza do cargo pretendido.

Art. 16. A documentação relativa à qualificação técnica do candidato deverá comprovar sua aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível com as características do emprego objeto do processo seletivo, tais como, mas não somente, diplomas, certificados, títulos ou outros documentos comprobatórios.

Art. 17. Os candidatos que participaram num processo seletivo encerrado, em prazo não superior a 12 (doze) meses, poderão, a critério da Diretoria solicitante, ser aproveitados para preenchimento de nova vaga na qual seja exigido perfil semelhante ou compatível, observada a ordem de classificação.

#### CAPÍTULO VIII - DOS RECURSOS

Art. 18. No caso dos processos seletivos realizados via edital, os candidatos poderão apresentar recurso, nos prazos e condições estabelecidos no edital do processo seletivo.

#### CAPÍTULO IX - DA CONTRATAÇÃO

Art. 19. Os candidatos serão convocados por ordem de classificação, pela área responsável pelo recrutamento e seleção, por meio de e-mail, telefone, mensagem de texto ou correspondência.

Art. 20. A inobservância, por parte do candidato, de qualquer prazo estabelecido para sua contratação, referente à entrega de documentos e realização do exame médico admissional, implicará exclusão do processo de seleção e admissão.

Art. 21. Os candidatos que foram aprovados poderão ser contratados por um período de experiência de até 90 (noventa) dias.

Art. 22. É vedada a recontração de empregado demitido por justa causa, no prazo de até 5 (cinco) anos da demissão, conforme previsto em edital.

522

Art. 23. Para os candidatos aprovados que já façam parte do quadro de pessoal para esta unidade em questão, as novas funções serão assumidas no prazo de até 30 (trinta) dias, período em que serão promovidas as devidas alterações no contrato de trabalho ou prestação de serviços, bem como demais registros acessórios.

Art. 24. O candidato, no procedimento de contratação, assinará DECLARAÇÃO em que conste a inexistência de qualquer impedimento no cumprimento da jornada de trabalho estabelecida pelo IBGH - Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar.

Parágrafo único. Os profissionais de saúde que tiverem outros vínculos de trabalho poderão acumular um ou mais cargos com o do IBGH - Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar, desde que haja compatibilidade de horários e que a soma da jornada de trabalho semanal de todos os vínculos não ultrapasse o estabelecido pelo conselho de classe ou categoria econômica, ressalvados escalas de sobreaviso e por necessidade da unidade em caráter emergencial.

Art. 25. O candidato que tiver vínculo empregatício com outra empresa, entidade ou órgão somente poderá ser contratado pelo IBGH - Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar se houver compatibilidade de horário, devendo apresentar declaração emitida pelo outro empregador, informando jornada e horário de trabalho.

## CAPÍTULO X - DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 26. A elaboração, organização e execução do processo seletivo poderá ser realizada por empresa ou entidade especializada, desde que respeitados os preceitos deste Regulamento.

Art. 27. A Diretoria solicitante poderá expedir instruções sobre procedimentos operacionais para execução do processo de seleção para admissão de pessoal previstos neste Regulamento.

Art. 28. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria solicitante do IBGH - Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar.

Art. 29. O presente Regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação.

### 4.4.6.1.1 CHECK LIST ADMISSIONAL

A seguir será apresentado o modelo de Check Lista Admissional proposto para ser utilizado no momento da contratação de pessoal.

<b>Nome:</b>			
<b>Função:</b>		<b>Data da Admissão:</b>	
<b>Salário:</b>		<b>Departamento:</b>	
<b>Horário de Trabalho:</b>			
	<b>STATUS</b>		
<b>DOCUMENTAÇÃO</b>	ENTREGUE	PENDENTE	<b>OBSERVAÇÃO</b>
Atestado de Saúde Ocupacional (ASO)			
1 Foto 3x4			
Cópia e Original da CTPS (Carteira de Trabalho) – Frente e Verso da Identificação			
Cópia do Cartão Cidadão ou Espelho do PIS			
Qualificação Cadastral do PIS – Emitir em <a href="http://consultacadastral.inss.gov.br">http://consultacadastral.inss.gov.br</a>			
Cópia do RG			
Cópia do CPF			
Comprovante de situação cadastral no CPF			
Cópia do Título de Eleitor			
Cópia do Certificado de Reservista (Homens)			
Certidão de Nascimento ou Casamento			
Cópia da Carteira de Habilitação (Se houver)			
Cópia do Comprovante de Escolaridade (Certificado de Conclusão)			

Cópia do Comprovante de Endereço com CEP – (Água, Luz ou Telefone)			
Cópia do Cartão de Vacina Atualizado			
Cópia do Registro do Conselho de Classe e Comprovante Quitação			
Registro de Nascimento dos Filhos menores de 14 anos			
Cópia do CPF dos Dependentes			
Cartão de Vacina dos Filhos de até 6 anos			
Frequência Escolar dos Filhos maiores de 7 anos			
Conta bancária pessoal – Banco Itaú			
Responsável:			Data:

#### 4.4.6.2 Proposta para registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho

O registro do colaborador é realizado através de sua folha ponto (manual ou eletrônica). Os dias de trabalho estão escalonados de acordo com o modelo do contrato de trabalho (horário comercial, 12x36 etc.). A alteração da escala poderá ser realizada, desde que avisada com antecedência de 72 horas, para que o colaborador possa se programar para realizar suas atividades. Abaixo um modelo de escala, para caso de 12x36:

ESCALA DE HORÁRIO																																				
Setor				Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta		
Período	março-22																																			
Qtdd	Nome do Colaborador	Cargo	Horário																																	
1	Colaborador 1	Enfermeiro	07:00 às 19:00	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	
2	Colaborador 2	Enfermeiro	19:00 às 07:00	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
3	Colaborador 3	Enfermeiro	07:00 às 19:00	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	
4	Colaborador 4	Enfermeiro	19:00 às 07:00	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
5	Colaborador 5	Técnico de Enfermagem	07:00 às 19:00	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	
6	Colaborador 6	Técnico de Enfermagem	19:00 às 07:00	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
7	Colaborador 7	Técnico de Enfermagem	07:00 às 19:00	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	
8	Colaborador 8	Técnico de Enfermagem	19:00 às 07:00	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
9	Colaborador 9	Técnico de Enfermagem	07:00 às 19:00	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	
10	Colaborador 10	Técnico de Enfermagem	19:00 às 07:00	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
11	Colaborador 11	Técnico de Enfermagem	07:00 às 19:00	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	
12	Colaborador 12	Técnico de Enfermagem	19:00 às 07:00	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
Legenda:																																				
Díurno				07:00 às 19:00	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
Noturno				19:00 às 07:00	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Figura 83 – Modelo de Escala que será utilizado

A escala é formulada para que o setor não fique desfalcado, assim, o seu andamento de atividades/atendimentos será realizado com mais excelências.

A assiduidade e pontualidade são consideradas imprescindíveis para a execução da rotina de trabalho, visando o não comprometimento do labor e, em consequência, garantindo o foco na segurança do paciente. Nos períodos de Férias, Auxílio-Doença, Acidente de Trabalho, Licença Maternidade, Adoção ou Paternidade, o registro de ponto ficará em branco a fim de que as tratativas necessárias e anotações sejam realizadas no Tratamento de Ponto, para impressão posterior e validações necessárias.

Alterações de horários de trabalho somente podem ser realizadas com prévia autorização do Gestor.

O Espelho de Ponto mensal deverá ser assinado exclusivamente pelo respectivo empregado e validado pelo gestor.

### Faltas

Serão consideradas faltas, conforme cenário apresentado e análise realizada:

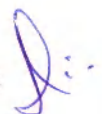
-Faltas abonadas: Licença Médica, Licença Nojo (Falecimento pai, mãe, filhos e irmãos.), Licença Paternidade, Participação em Processos Judiciais, Serviço Militar, dentre outros conforme disposto no art. 473 da CLT.

-Faltas Justificadas: Aquelas que não previstas na CLT ou em Convenção Coletiva de Trabalho, requerendo comprovante ou declaração de comparecimento para desconto em Folha de Pagamento sem perda do período de gozo de férias e 13º. Salário.

-Faltas Injustificadas: Aquelas sem comprovação gerando desconto em Folha de Pagamento, e quando superior a 05 (cinco) faltas dentro do Período Aquisitivo, com perda no 13º. Salário e período de gozo de férias.

### Programação de Férias

A programação de férias dos colaboradores será realizada através de uma projeção anual, cabendo ao gestor programação anual, na qual seus colaboradores poderão informar seu registro de interesse. Avaliadas as datas e repassadas à Gerência para conhecimento e

526 

programação do quantitativo que poderão sair por mês (conforme área). O critério de liberação de férias será feito pela maior data de vencimento, seguindo até o mais recente vencimento, de forma que, não chegue até o limite de férias para a determinada ausência. Para o agendamento de férias será avaliado os seguintes critérios: Após cada período de 12 (doze) meses de vigência do contrato de trabalho, o empregado terá direito a férias, na seguinte proporção:

- I – 30 (trinta) dias corridos, quando não houver faltado ao serviço mais de 5 (cinco) vezes;
- II – 24 (vinte e quatro) dias corridos quando houver tido 6 (seis) a 14 (quatorze) faltas;
- III – 18 (dezoito) dias corridos, quando houver tido de 15 (quinze) a 23 (vinte e três) faltas;
- IV – 12 (doze) dias corridos, quando houver tido de 24 (vinte e quatro) a 32 (trinta e duas) faltas.

As férias poderão ser divididas em até 3 vezes, sendo que 1 (uma) tenha no mínimo 14 dias corridos e as demais não sejam inferiores há 5 dias corridos, desde que acordado com a Gerência.

Para que todos os procedimentos possam ser executados, o prazo mínimo para solicitação de férias será de 60 dias.

O pagamento será realizado em até 2 (dois) dias que antecedem o início do gozo de férias.

#### 4.4.6.3 Convênio de Cooperação Técnica com Entidades de Ensino Para Desenvolvimento de Estágios Curriculares e Treinamentos

Como eficaz instrumento de aperfeiçoamento da qualidade do serviço público de saúde, além de constituir alternativa estratégica de ampliação da mão de obra legítima e qualificada para o atendimento universal à saúde, os convênios de cooperação técnica com entidades de ensino para o desenvolvimento de estágios curriculares e treinamentos há tempos vêm sendo objeto de fomento na gestão hospitalar pelo IBGH. Isso porque a prática hospitalar tem revelado que a formulação de pactos de cooperação técnica, além de permitirem a inserção efetiva de alunos da área da saúde nas dependências do Hospital (o que contribui para a efetiva qualificação desses futuros profissionais através da apresentação da prática hospitalar), permite também o importante compartilhamento de experiências profissionais, de ideias, o aumento de resultados, e, por via oblíqua, a concretização do princípio da universalização da saúde, ou seja, concretização de política pública de responsabilidade do Poder Público com assento constitucional.

Como benefício oriundo desta espécie de relação cooperativa, mostra-se oportuno destacar ainda a possibilidade de capacitação dos profissionais da saúde através de cursos e treinamentos que podem ser ministrados pelas instituições de ensino conveniadas.

Nesta perspectiva, o IBGH, mediante prévia solicitação e cumprimento do devido processo legal, tem intenção de, além de manter a referida linha de gestão organizacional, aumentar

cada dia mais a realização dos citados convênios com faculdades, universidades, cursos técnicos, sejam estes de natureza pública ou privada, a fim de sempre perseguir a melhoria na qualificação dos profissionais da saúde e aumento do alcance do serviço público de saúde.

#### 4.4.6.4 Apresentação de Projeto de Educação no Trabalho em Saúde com Vista à Capacitação da Equipe Interprofissional.

Segundo Marx (1983) o trabalho é a capacidade que o homem tem de transmitir significado à natureza por meio de uma atividade planejada, consciente e que envolve uma dupla transformação entre o homem e a natureza. Pensando desta forma, é possível refletir sobre a possibilidade de o ato de “trabalhar” ter tido seu início já nos primórdios da espécie humana, quando o homem passou a modificar a natureza para seu benefício e segurança. Um exemplo disso, seria a fabricação de artefatos, armas e demais objetos, a produção/descoberta do fogo, dentre outras ações.

No decorrer dos anos essa habilidade de transformação da natureza, que aqui chamamos de trabalho, passou a não ser mais realizada para meios autossuficientes em benefício próprio direto, ou seja, o homem passou a trocar o seu trabalho, sua mão de obra, por outros objetos, questões, ou situações de seu interesse, a curto, médio e longo prazo. O que obviamente não se aplica ao trabalho forçado (escavidão) no geral.

Na atualidade, a palavra “trabalho” é compreendida como atividade profissional, remunerada ou não, produtiva ou criativa, exercida para determinado fim (BOCK, 2006). Assim, podemos dizer que o trabalho a princípio, era menos complexo e mais repetitivo, entretanto, com o passar dos anos e o desenrolar das novas tecnologias, há uma exigência de que o trabalho seja cada vez mais qualificado. Na busca dessa qualificação para o trabalho, é preciso estudar durante toda a vida profissional, agregando cursos e capacitações no decorrer da trajetória laboral. Nessa linha de pensamento, várias formas de “educação” foram surgindo, “educação na saúde”, “educação continuada” e “educação permanente”.

Para entender a respeito das vertentes supracitadas, entrando um pouco mais na perspectiva do trabalho em saúde, torna-se relevante salientar que por volta dos anos 2000, em um contexto nacional, começou a surgir uma preocupação, de forma mais intensa, com a interação saúde e educação com o objetivo de qualificação do trabalho na saúde. Com isso, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, que foi instituída em 2003, tornou-se um marco para o desenvolvimento dessa construção intersetorial.

Dessa forma, a título de contextualização, torna-se importante apresentar o conceito de educação na saúde. De acordo com o glossário eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), a educação na saúde “consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (Brasil, 2012). Essa vertente educacional também é popularmente conhecida como educação no trabalho em saúde. E embora muitas pessoas não saibam, a educação na saúde apresenta duas modalidades:



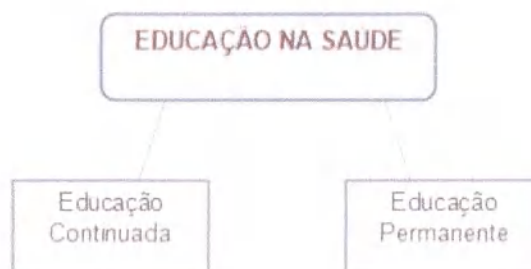


Figura 84 – Vertentes Educacionais Voltadas ao Trabalho em Saúde.

Ou seja, a Educação Continuada, assim como a Educação Permanente são vertentes educacionais no processo de Educação na Saúde. Adentrando na diferenciação entre a Educação Permanente e a Educação Continuada, vale ressaltar que em 1978, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) conceituou Educação Continuada como um processo permanente que se inicia após a formação básica e tem o objetivo de melhorar e atualizar a capacidade da pessoa ou do grupo frente às evoluções técnico-científicas e sociais (Brasil, 2004).

Portanto, é possível compreender que a Educação Continuada e a Educação Permanente são duas vertentes educacionais de grande importância e peso para o desenvolvimento profissional, porém não são sinônimas.

De forma breve, a Educação Continuada é mais tecnicista, voltada ao complemento e a atualização acadêmico profissional, que pode resultar no empoderamento e aumento da autoestima do profissional.

Já Educação Permanente, assim como a Educação continuada, também é aplicada no contexto do trabalho e aborda certos aspectos da prática. Porém, é mais voltada ao desenvolvimento do pensamento crítico referente a realidade institucional, a problematização, a identificação de nós críticos e a transformação dos processos de trabalho, sem deixar de relevar a necessidade das ações de Educação Continuada. Podendo assim, resultar no aumento da capacidade de enfrentamento de adversidades, e na autoestima profissional do público-alvo das intervenções.

A qualificação da prestação de serviços do IBGH é marcada pela estratégia de Capacitação em Processos Educacionais Permanentes em Saúde para a obtenção de profissionais qualificados na assistência à saúde segura. O IBGH investe constantemente em projetos de capacitação da equipe multiprofissional objetivando proporcionar efetiva articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes, fortalecendo seus valores e padronizando os processos administrativos e assistenciais através de metodologias de ensino, pesquisa e capacitação.

O projeto em questão busca alterar os processos tradicionais na aquisição de saberes e na conquista de competências imprescindíveis ao exercício profissional, fortalecendo a imagem do Serviço de Saúde pela prestação da assistência qualificada voltada ao Ensino, Pesquisa, Inovação Tecnológica e Profissionais Qualificados.

Adotamos, assim, novas formas de ensino-aprendizagem na perspectiva de integrar teoria/prática nas diferentes áreas da saúde.

#### 1. Funcionamento Do Serviço de Educação no Trabalho em Saúde





000530

Para o sucesso da implantação e posterior implementação de um Serviço de Educação no trabalho em saúde, é imprescindível que o primeiro passo é ser dado seja a conquista do apoio da alta liderança e demais gestores, visto que esses são peças-chave para a sensibilização de suas equipes. Além disso, as lideranças de cada equipe saberão pontuar de forma assertiva quais são as necessidades de tratamento/desenvolvimento de suas equipes.

Posto isto, os gestores das equipes farão o levantamento das necessidades de treinamento de suas equipes, via formulário LNT (Levantamento de Necessidade de treinamento). Posteriormente, o Serviço de Educação no Trabalho em Saúde acordará a melhor data para a entrega desses levantamentos.

Após a entrega dos LNT'S, o Serviço de Educação no Trabalho em Saúde pactuará os melhores dias e horários para as intervenções juntamente com as equipes de cada categoria profissional. Com essas informações, o Cronograma Anual de Treinamentos Planejados será montado, e posteriormente validado junto as lideranças que posteriormente devem instruir suas equipes.

Vale ressaltar que o cronograma a ser realizado, trata-se apenas de um planejamento, portanto poderá sofrer alterações de acordo com as demandas emergências dos setores envolvidos. Dessa forma, serão realizados todos os encaixes e reagendamentos necessários.

Para a execução dos treinamentos, o IBGH acredita no empoderamento dos gestores das equipes, dessa forma, o Serviço de Educação no Trabalho em Saúde caracteriza-se por um setor que deverá:

- Concentrar todas as informações e evidências relativas as intervenções de educação no trabalho em saúde realizadas e a serem realizadas;
- Apresentar as evidências das intervenções, assim como os relatórios das mesmas, de forma mensal, semestral e sempre que for solicitado.
- Atuar na logística das intervenções;
- Elaborar o cronograma anual das intervenções de educação no trabalho em saúde;
- Fazer a gestão do cronograma anual das intervenções;
- Acompanhar a execução das intervenções;
- Prestar apoio para a execução das intervenções;
- Apresentar facilitadores para ministrar as intervenções (quando solicitado pelo gestor em questão);
- Formar multiplicadores para as intervenções;
- Trabalhar a Educação Permanente através da formação de Grupos de Trabalho;
- Acompanhar a avaliação da eficácia das intervenções, identificando se há necessidade de g o público-alvo;
- Gerenciar indicadores de Educação no Trabalho em Saúde;
- Elaborar a Política de Educação Permanente da Unidade; e etc.

Mediante o exposto, o IBGH deseja aperfeiçoar e replicar o modelo de Educação No trabalho em Saúde já utilizado com sucesso por essa OSS no Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia.

530

## Plano de Ação

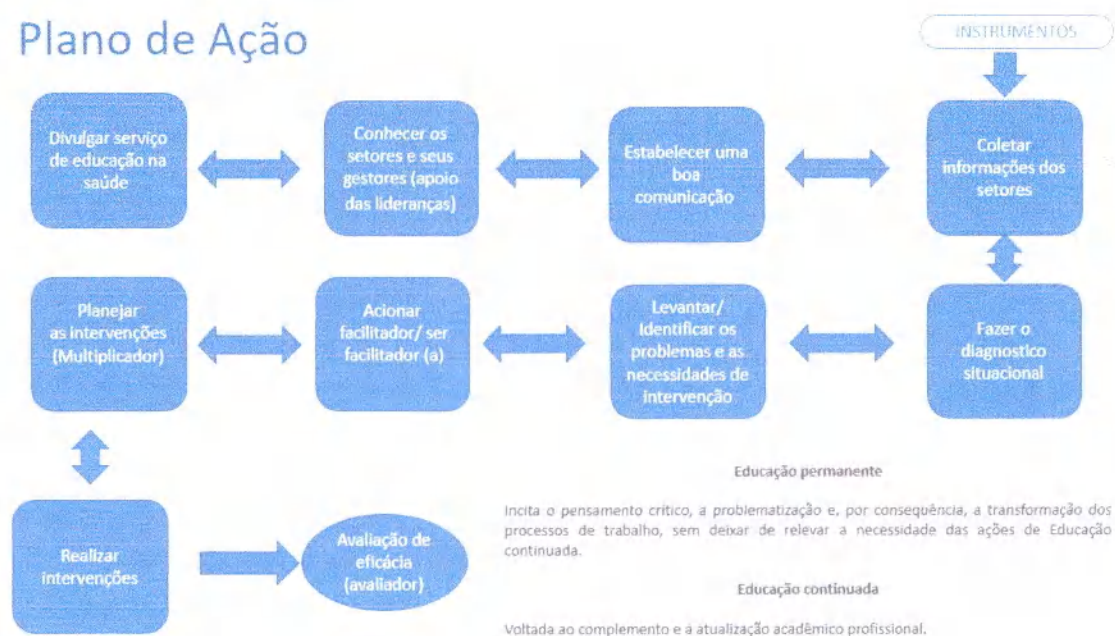


Figura 85 - Desenho do Plano de Ação ser Implantado na Unidade para o Serviço de Educação no Trabalho em saúde.

## PONTOS A SEREM AVALIADOS



Figura 86 - Desenho dos pontos a serem avaliados durante a execução do plano de ação.

*Handwritten signature*



000532

1. Recursos Humanos do Serviço de Educação no Trabalho em Saúde (SETS):  
Para a execução adequada desse serviço, entende-se que seja necessário o seguinte recurso humano:

- 01 Coordenador (a) Enfermeiro (a) especialista em Educação Permanente, com experiência comprovada de 2 (dois) anos na área de atuação. Sugere-se que tenha título de pós-graduação nas áreas: Licenciatura ou Educação em Saúde.
- 01 Enfermeiro (a) Administrativo. Sugere-se que tenha título de pós-graduação nas áreas: Licenciatura ou Educação em Saúde.

1. Núcleo de Apoio ao Serviço de Educação no Trabalho em Saúde.

Para apoiar o Serviço de Educação no Trabalho em Saúde, também será implantado o Núcleo de Apoio ao Serviço de Educação no Trabalho em Saúde.

O Núcleo de Apoio ao Serviço de Educação no Trabalho em Saúde (NASETS) da unidade hospitalar se constituirá como espaço de saber interinstitucional de formação, qualificação profissional e educação permanente dos trabalhadores da saúde na instituição.

Atribuições do (NASETS) no apoio ao SETS:

- I. Promover programas de formação e qualificação profissional de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente, instituída pelas Portarias GM/MS nº 198/2004 e nº 1.996/2007 (PCR nº 2, 2017), considerando as necessidades de cada setor/serviço;
- I. Ser um núcleo multiplicador e estimular a criação de equipes multiplicadoras do conhecimento em cada serviço/setor;
- I. Identificar profissionais com experiência prática e/ou teórica em temas pertinentes para o serviço, criando a possibilidade de compartilhamento de saberes, conhecimento e conteúdo relevante para outros profissionais da unidade, potencializando a capacidade educacional de cada unidade de saúde;
- I. Participar das reuniões dos Grupos de Trabalhos;
- I. Participar da elaboração da Política Educação Permanente da unidade de saúde, contendo as capacitações, treinamentos e todas as atividades de qualificação profissional, planejadas em conjunto com os coordenadores responsáveis pelos diferentes setores/serviços da instituição;
- I. Propor inovações educacionais;
- I. Apoiar o Serviço de Educação no Trabalho em Saúde no que desrespeito ao desafio de se implementar a cultura organizacional de valorização pelo saber; e etc.

1. Composição do Núcleo:

- I. Equipe mínima de 05 profissionais, sendo que a equipa do SETS deve estar inserida no núcleo, que poderão estar sob a mesma gestão.

#### 4.4.6.5 Apresentação de Projeto de valorização e qualidade de vida profissional

O objetivo está para alinhar relação laboral entre capital intelectual e Organização, definindo padrões para os subsistemas e operação no IBGH e unidades administradas. Tal proposta

532

visa o apoio no alcance de metas, desenvolvimento e implementação de ações integradas à estratégia do negócio, contribuindo para o desenvolvimento de cultura de alto desempenho e incentivando a aplicação de abordagem ética à gestão de pessoas.

O Programa Gente e Gestão 4.0 visa o acompanhamento e desenvolvimento ampliado do corpo funcional, impactando diretamente a organização de forma orgânica e sistêmica. São grandes projetos em elaboração para potencialização de resultados, como:

-Canal **VOCÊ – Gente e Gestão**: canal direto entre corpo funcional e setor de gente e gestão para participação anônima ou identificada, podendo formalizar elogios, sugestões, críticas e outros.

-**Desenvolver**: desenvolvimento de líderes e equipes, com treinamentos bimestrais e temas pontuais conforme necessidade organizacional.

-Campanha Respeito: processo a ser realizado no período de um ano, a proposta pauta-se na integração entre áreas, equipes, realidades distintas, particularidades, propósitos, promovendo o sentimento de pertencimento e engajamento a partir da participação ativa na campanha. Todos os departamentos da Organização serão parte do projeto e assumirão 1 dos 12 temas previamente apresentados, definido via sorteio, mantendo a ordem apresentada.

-(RE)conhecer: projeto para reconhecimento amplo de colaboradores que completarem 2 anos de casa, valorizando sua trajetória e conquistas.

-Projeto Crescer: condução de processos seletivos internos, como start do preenchimento de vagas, valorizando o quadro funcional, avaliando pontos de desenvolvimento e competências para ascensão.

-IBGH itinerante: proposta de sensibilização dos colaboradores tanto da sede quanto das Unidades administradas, participando de uma visita direcionada para conhecimento da unidade hospitalar, suas atividades técnicas e assistenciais, trabalho humanizado praticado e outras ações de modo que todos entendam a importância de sua atividade e o impacto no atendimento e assistência ao paciente.

-Líder em Ação: levantamento de líderes potenciais para uma gestão participativa de desempenho, realizando trabalho de preparação ampliada para possível sucessão.

### Plano de cargos e salários

A seguir será apresentado organograma até terceiro nível e plano de cargos e salário proposta para os respectivos cargos descritos.

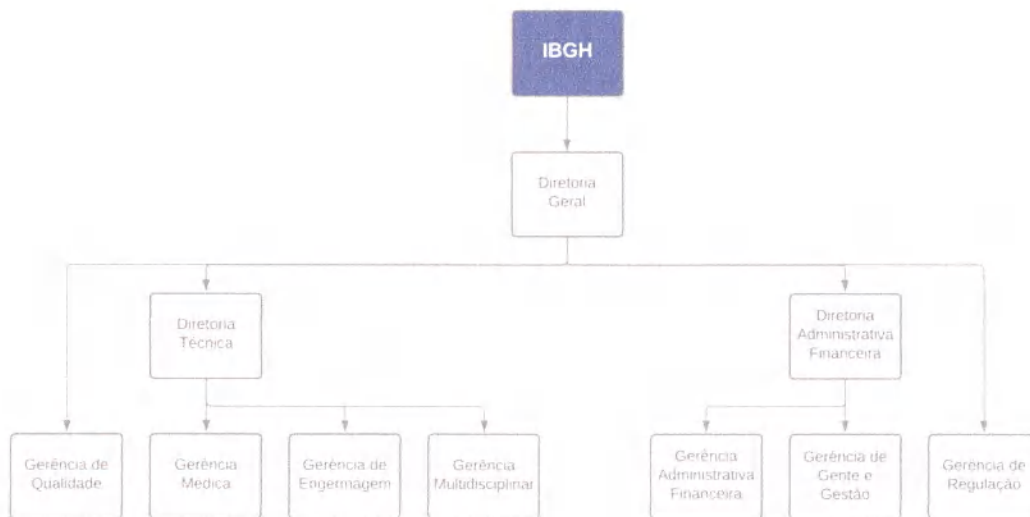
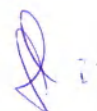


Figura 87 - Organograma até terceiro nível da unidade

INFORMAÇÕES DO CARGO	
<b>CARGO/FUNÇÃO:</b>	Diretoria Geral
<b>ÁREA:</b>	Diretoria Geral
MISSÃO	
Dirigir, planejar, organizar e controlar as atividades de diversas áreas da instituição, fixando políticas de gestão dos recursos financeiros, administrativos, estruturação, racionalização, e adequação dos serviços diversos.	
ATRIBUIÇÕES	
<p>Dirigir e coordenar atividades realizadas no ambiente hospitalar;</p> <p>Planejar e organizar a(s) gerência(s), supervisionar o desempenho das questões burocráticas e administrativas da Instituição Hospitalar;</p> <p>Controlar o quadro de funcionários lotadas na Unidade;</p> <p>Cuidar da manutenção dos equipamentos e dos estoques de materiais;</p> <p>Estimular a pesquisa e a educação na área da saúde, participar de programas de saúde comunitária, pesquisar, analisar e propor métodos e rotinas de simplificação e racionalização dos procedimentos administrativos e seus respectivos planos de ação, no âmbito da Instituição Hospitalar;</p> <p>Elaborar relatórios técnicos e emitir pareceres em assuntos de natureza administrativa;</p> <p>Elaborador projetos e planos de trabalho a serem apresentados a instituições públicas e privadas e suas</p>	

00053.0

respectivas prestações de contas; executar outras tarefas correlatas à área.				
<b>REQUISITOS</b>				
<b>FORMAÇÃO ACADÊMICA:</b>	Ensino Superior Completo			
<b>CURSO:</b>	Administração, Direito, Ciências Contábeis, e áreas afins.			
<b>ESPECIALIZAÇÃO:</b>	Gestão Hospitalar			
<b>EXPERIÊNCIA DESEJÁVEL:</b>	6 meses de experiência na função			
<b>OUTROS:</b>	Desejável Pós-gestão em Saúde			
<b>COMPETÊNCIAS</b>				
<b>TÉCNICAS</b>	<b>RESOLUTIVIDADE</b>	Básico	Intermediário	Avançado
	<b>PROATIVIDADE</b>	Básico	Intermediário	Avançado
	<b>PACOTE OFFICE</b>	Básico	Intermediário	Avançado
<b>COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS</b>	<b>COMPORTAMENTO</b>		<b>IMPRESCINDIVEL</b>	<b>DESEJÁVEL</b>
	COMPROMETIMENTO		X	
	COMUNICAÇÃO		X	
	DINAMISMO			X
	PROATIVIDADE		X	
	RELAÇÕES INTERPESSOAIS		X	
<b>PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO INICIAL</b>				
Integração; Treinamento Sin-Processos; Tasy e e-mail.				
<b>INFORMAÇÕES DO CARGO</b>				
<b>CARGO/FUNÇÃO:</b>	Diretoria Administrativa e Financeira			
<b>ÁREA:</b>	Administrativa Financeira			
<b>MISSÃO</b>				
Planeja, organiza, dirige e controla as atividades financeiras da empresa, fixando políticas para a gestão dos recursos disponíveis e para a estruturação, racionalização e adequação dos serviços de apoio.				
<b>ATRIBUIÇÕES</b>				
Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades administrativas e financeiras.				
Realizar o gerenciamento completo da área administrativa e financeira.				
Planejar, analisar e acompanhar as execuções orçamentárias, de custo e estudos econômico-financeiros;				
Gerir as áreas contábil, financeira e fiscal;				
Realizar análise e apuração de impostos, acompanhar rotinas fiscais, contábil, obrigações trabalhistas e previdenciárias;				



**000536**

Dar suporte às áreas assistenciais quanto ao cumprimento das metas quantitativas e qualitativas em consonância com as metas estabelecidas na contratualização, firmada com a direção do SUS, tendo como base o planejamento assistencial;

Criar métodos, planejar atividades, organizar o funcionamento dos vários setores administrativos e financeiro, no intuito de garantir a perfeita circulação de informações e orientações;

Exercer outras atribuições inerentes ao cargo e/ou determinadas pela Organização Social responsável pela gestão e operacionalização.

**REQUISITOS**

<b>FORMAÇÃO ACADÊMICA:</b>	Ensino Superior Completo
<b>CURSO:</b>	Administração, Economia, Ciências Contábeis e áreas afins.
<b>ESPECIALIZAÇÃO:</b>	Gestão Hospitalar
<b>EXPERIÊNCIA DESEJÁVEL:</b>	6 meses de experiência na função
<b>OUTROS:</b>	Desejável Pós-gestão em Saúde e Gestão Financeira

**COMPETÊNCIAS**

TÉCNICAS	RESOLUTIVIDADE	Básico	Intermediário	<b>Avançado</b>
	PROATIVIDADE	Básico	Intermediário	<b>Avançado</b>
	PACOTE OFFICE	Básico	<b>Intermediário</b>	Avançado
COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS	COMPORTAMENTO		<b>IMPRESCÍNDIVEL</b>	<b>DESEJÁVEL</b>
	COMPROMETIMENTO		X	
	COMUNICAÇÃO		X	
	DINAMISMO			X
	PROATIVIDADE		X	
	RELAÇÕES INTERPESSOAIS		X	

**PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO INICIAL**

Integração; Treinamento, e-mail, acesso ao sistema de processos e sistema de gestão.

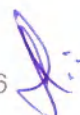
**INFORMAÇÕES DO CARGO**

<b>CARGO/FUNÇÃO:</b>	Diretoria Técnica
<b>ÁREA:</b>	Diretoria Técnica

**MISSÃO**

Planejam, coordenam e avaliam ações de saúde; definem estratégias para unidades de saúde; administram recursos financeiros; gerenciam recursos humanos e coordenam interfaces com entidades sociais e profissionais

536







000537

**ATRIBUIÇÕES**

- Contribuir para o desempenho profissional adequado dos profissionais da equipe multidisciplinar da Unidade;
- Supervisionar as ações das gerências médicas;
- Promover as ações das gerências médicas.
- Promover e colaborar com o aperfeiçoamento dos profissionais da equipe multidisciplinar da Instituição;
- Promover e estimular o ensino e a produção científica dentro da Unidade;
- Colaborar com a administração da Unidade visando a melhora da assistência prestada aos Usuários;
- Pautar sua atuação em obediência aos Códigos de ética Profissionais, aos Estatutos, ao Regimento do Corpo Clínico e ao Regimento Interno da Unidade;
- Assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis de boa prática da equipe multidisciplinar, zelando ao mesmo tempo pelo fiel cumprimento dos princípios éticos;
- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis na prática de cada profissão, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da Unidade;
- Assegurar o pleno funcionamento das Comissões de ética;
- Cientificar à Mesa Administrativa da Instituição das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina hospitalares;
- Executar e fazer a orientação dada pela Unidade em matéria administrativa;
- Representar a Unidade em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem a legislação em vigor;
- Manter perfeito o relacionamento com os membros do Corpo Clínico da Unidade;
- Supervisionar a execução das atividades de assistência multidisciplinar da Unidade;
- Assegurar para que as categorias profissionais subordinadas à sua esfera de atuação estejam regulares perante os Conselhos de Classe;
- Planejar escalas administrativas dos profissionais subordinados à sua esfera de atuação;
- Participar do processo de seleção de médicos e outros que julgar necessários;
- Realizar avaliações de desempenho dos profissionais médicos, em conjunto com os que julgar necessário;
- Elaborar escala de férias anuais dos profissionais médicos, em conjunto com os que julgar necessário; demais atividades correlatas.

**REQUISITOS**

<b>FORMAÇÃO ACADÊMICA:</b>	Ensino Superior Completo
<b>CURSO:</b>	Medicina
<b>ESPECIALIZAÇÃO:</b>	Gestão Hospitalar
<b>EXPERIÊNCIA DESEJÁVEL:</b>	6 meses de experiência na função
<b>OUTROS:</b>	Desejável Pós-gestão em saúde

537





Acompanhar as atividades de todos os setores da Unidade;

Acompanhar os processos de ressurgimentos; e executar outras tarefas correlatas à área.

**REQUISITOS**

<b>FORMAÇÃO ACADÊMICA:</b>	Ensino Superior Completo.
<b>CURSO:</b>	Administração, Economia, Ciências Contábeis e áreas afins
<b>ESPECIALIZAÇÃO:</b>	Desejável Gestão Hospitalar
<b>EXPERIÊNCIA DESEJÁVEL:</b>	6 meses de experiência na função
<b>OUTROS:</b>	Desejável Gestão Financeira

**COMPETÊNCIAS**

<b>TÉCNICAS</b>	<b>RESOLUTIVIDADE</b>	Básico	Intermediário	<b>Avançado</b>
	<b>PROATIVIDADE</b>	Básico	Intermediário	<b>Avançado</b>
	<b>PACOTE OFFICE</b>	Básico	<b>Intermediário</b>	Avançado
<b>COMPETÊNCIAS COMPORTEMENTAIS</b>	<b>COMPORTEMENTO</b>		<b>IMPRESCÍNDIVEL</b>	<b>DESEJÁVEL</b>
	COMPROMETIMENTO		X	
	COMUNICAÇÃO		X	
	DINAMISMO			X
	PROATIVIDADE		X	
	RELAÇÕES INTERPESSOAIS		X	

**PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO INICIAL**

Integração; Treinamento, e-mail, acesso ao sistema de processos e sistema de gestão.

**INFORMAÇÕES DO CARGO**

<b>CARGO/FUNÇÃO:</b>	Gerência de Qualidade
<b>ÁREA:</b>	Núcleo de Qualidade

**MISSÃO**

Elaborar e implementar modelos e ferramentas da qualidade, com foco na adoção de políticas e técnicas de melhoria contínua.

**ATRIBUIÇÕES**

Responder pela política e gestão da qualidade de empresa onde atua de forma a buscar a melhoria contínua em todos os processos de trabalho para assegurar a excelência de resultados.

Assegurar o desenvolvimento e desempenho da equipe de colaboradores sob sua responsabilidade, por meio da correta ação de liderança exigida para o seu cargo e das ferramentas de gestão de RH, alinhando



000540

o estabelecimento de metas e práticas que propiciem os resultados esperados, através de feedbacks recorrentes, comunicação objetiva, treinamentos, reciclagens e atualizações técnicas.

Responder pela elaboração, padronização, documentação técnica, divulgação e implantação dos documentos, políticas e procedimentos que compõem o Sistema de Gestão da Qualidade do instituto.

Promover ações preventivas, de melhoria contínua pontuais ou corporativas e de combate a não conformidades que possam interferir na qualidade dos serviços e operações do instituto.

Buscar o alinhamento permanente das ações de qualidade, por meio de indicadores e resultados apresentados à Diretoria, de forma a corrigir desvios, melhorar os índices de padronização e controle da qualidade.

Promover pesquisas de satisfação dos clientes internos, externos e fornecedores, com o objetivo a apurar o nível de conformidade das ações de qualidade e propor novas ferramentas, treinamentos, programas de conscientização e mudanças de processos que visem a evolução do padrão de qualidade.

Responder pelo atendimento e acompanhamento de auditorias internas e externas dos Sistema da Qualidade em toda a Organização e unidades geridas, de forma a assegurar a sua plena aplicação e eliminação de não conformidades.

Participar de comissões internas da qualidade e coordenar reuniões do Comitê Gestor, visando atuar como agente de transformação e multiplicação da política da qualidade em todas as áreas junto aos gestores e prover soluções para o aumento da produtividade, qualidade e redução de custos.

Buscar interna e externamente, recursos e fornecedores de treinamentos especializados sobre a gestão e melhoria da qualidade, de modo a propiciar aos colaboradores o conhecimento e as melhores práticas de melhoria contínua em seus processos de trabalho.

Atuar como agente de fiscalização e prevenção interna junto às diversas áreas que sofrem não conformidades e mudanças em seus processos, de forma a assegurar que todas as correções e aperfeiçoamentos sejam realizados dentro dos prazos e condições obrigatórias para a continuidade de suas operações; executar outras tarefas correlatas à área.

**REQUISITOS**

<b>FORMAÇÃO ACADÊMICA:</b>	Ensino Superior Completo
<b>CURSO:</b>	Enfermagem, Farmácia e/ou áreas afins.
<b>ESPECIALIZAÇÃO:</b>	Gestão de Qualidade e Acreditação
<b>EXPERIÊNCIA DESEJÁVEL:</b>	Mínimo 6 meses com processo de gestão da qualidade e acreditação hospitalar.
<b>OUTROS:</b>	Domínio em ferramentas da qualidade e gestão de projetos.

**COMPETÊNCIAS**

<b>TÉCNICAS</b>	<b>PRODUÇÃO DE CONTEÚDO</b>	Básico	Intermediário	<b>Avançado</b>
	<b>DIGITAÇÃO E ORTOGRAFIA</b>	Básico	Intermediário	<b>Avançado</b>
	<b>PACOTE OFFICE</b>	Básico	<b>Intermediário</b>	Avançado
<b>COMPETÊNCIAS</b>	<b>COMPORTAMENTO</b>		<b>IMPRESCINDÍVEL</b>	<b>DESEJÁVEL</b>

540



000541

	COMPROMETIMENTO	X	
	COMUNICAÇÃO	X	
	DINAMISMO		X
	PROATIVIDADE	X	
	RELAÇÕES INTERPESSOAIS	X	
<b>PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO INICIAL</b>			
Integração; Treinamento, e-mail, acesso ao sistema de processos e sistema de gestão.			

<b>INFORMAÇÕES DO CARGO</b>	
<b>CARGO/FUNÇÃO:</b>	Gerência de Enfermagem
<b>ÁREA:</b>	Multi Assistencial
<b>MISSÃO</b>	
Planejam, coordenam e avaliam ações de saúde; definem estratégias para unidades de saúde; administram recursos financeiros; gerenciam recursos humanos e coordenam interfaces com entidades sociais e profissionais.	
<b>ATRIBUIÇÕES</b>	
<p>Representar, junto à administração, a gerência de enfermagem;</p> <p>Definir junto com RH o perfil mais adequado do profissional de enfermagem e participar do processo seletivo;</p> <p>Estruturar, organizar e dirigir a gerência de enfermagem, assegurando a qualidade da assistência, desenvolvendo, preservando e mantendo atualizados os sistemas de segurança do cliente e do colaborador;</p> <p>Prever, elaborar e distribuir o quadro da equipe de enfermagem, qualitativamente e quantitativamente, nas unidades por turno de trabalho. Estabelecer um regime de trabalho eficaz, visando o melhor atendimento ao paciente e à satisfação do funcionário;</p> <p>Analisar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes. Valorizar ao máximo o profissional, acreditando em sua capacidade de trabalho e lealdade à instituição;</p> <p>Manter um plano estratégico de contínua atualização da equipe, prevendo ascensão e crescimento pelo plano de cargos, salários e carreira, previamente estabelecidos pela gerência do RH;</p> <p>Visitar regularmente, todas as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe;</p> <p>Respeitar a especialidade do profissional, facilitando-lhe o exercício. Motivar a equipe a uma visão holística do paciente, que deve ser cuidado de forma integral e personalizado.</p> <p>Prever materiais e equipamentos necessários ao funcionamento das diversas unidades, junto às chefias do serviço;</p> <p>Manter uma inter-relação com os demais serviços do hospital para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente;</p> <p>Desenvolver atividades de pesquisa em assuntos de enfermagem. Controlar e avaliar o material e o equipamento em uso solicitando reposição. Apresentar relatórios mensais ou anuais das atividades realizadas.</p>	

541





000543

Realização de treinamentos com as equipes;  
 Treinamento do sistema;  
 Elaboração das escalas;  
 Conduzir reuniões e apresentações;  
 Definir processos operacionais referentes a área de atuação;  
 Coordenação da regulação de pacientes internos e externos;  
 Coordenação do ambulatório;  
 Participação na gestão dos leitos;  
 Definir metas do setor de atuação;  
 Participação nas reuniões de monitoramento de metas e indicadores;  
 Interagir com as demais áreas/setores da Instituição;  
 Atualização de rotinas com o intuito de garantir a qualidade na assistência aos usuários;  
 Avaliação e acompanhamento de atendimento da equipe;  
 Realização de relatórios pertinentes a área de atuação;  
 Elaboração de documentos internos e externos pertinentes à área de atuação; executar outras tarefas correlatas à área.

**REQUISITOS**

<b>FORMAÇÃO ACADÊMICA:</b>	Ensino Superior Completo.
<b>CURSO:</b>	Enfermagem
<b>ESPECIALIZAÇÃO:</b>	Gestão Hospitalar, desejável auditoria e política e gestão pública.
<b>EXPERIÊNCIA DESEJÁVEL:</b>	6 meses de experiência na função
<b>OUTROS:</b>	Desejável Pós-gestão em saúde

**COMPETÊNCIAS**

TÉCNICAS	RESOLUTIVIDADE	Básico	Intermediário	<b>Avançado</b>
	PROATIVIDADE	Básico	Intermediário	<b>Avançado</b>
	PACOTE OFFICE	Básico	<b>Intermediário</b>	Avançado
COMPETÊNCIAS COMPORAMENTAIS	COMPORTAMENTO		IMPRESCÍNDIVEL	DESEJÁVEL
	COMPROMETIMENTO		X	
	COMUNICAÇÃO		X	
	DINAMISMO			X
	PROATIVIDADE		X	
	RELAÇÕES INTERPESSOAIS		X	

543



PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO INICIAL
Integração; Treinamento, e-mail, acesso ao sistema de processos e sistema de gestão.

INFORMAÇÕES DO CARGO				
<b>CARGO/FUNÇÃO:</b>	Gerência de Gente e Gestão			
<b>ÁREA:</b>	Gente e Gestão			
MISSÃO				
Gerenciar a área de gente e gestão, planejar e desenvolver estratégias de recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, planos de cargos e salários, administração pessoal e relações trabalhistas e sindicais, de acordo com as exigências legais e políticas da empresa.				
ATRIBUIÇÕES				
<p>Gerir processos de recrutamento e seleção;</p> <p>Gerir e promover treinamento e o desenvolvimento dos colaboradores;</p> <p>Elaborar plano de remuneração e benefícios;</p> <p>Desenvolver a gestão de políticas de recursos humanos;</p> <p>Acompanhar processos de rescisões;</p> <p>Acompanhar o controle das informações de acesso e encaminhar dados à prestação de contas;</p> <p>Manter o dossiê de colaboradores atualizados de acordo com as obrigações previdenciárias;</p> <p>Garantir a entrega das informações de E-social;</p> <p>Responder solicitações do jurídico sobre informações de processos trabalhistas;</p> <p>Desenvolver relatórios para subsídio à alta gestão; executar outras tarefas correlatas à área.</p>				
REQUISITOS				
<b>FORMAÇÃO ACADÊMICA:</b>	Ensino Superior Completo.			
<b>CURSO:</b>	Psicologia, Pedagogia, Recursos Humanos, e afins.			
<b>ESPECIALIZAÇÃO:</b>	N/A			
<b>EXPERIÊNCIA DESEJÁVEL:</b>	Gestão de recursos humanos e subsistemas			
<b>OUTROS:</b>				
COMPETÊNCIAS				
<b>TÉCNICAS</b>	<b>RESOLUTIVIDADE</b>	Básico	Intermediário	Avançado
	<b>PROATIVIDADE</b>	Básico	Intermediário	Avançado
	<b>PACOTE OFFICE</b>	Básico	Intermediário	Avançado
<b>COMPETÊNCIAS</b>	<b>COMPORTAMENTO</b>		IMPRESCINDÍVEL	DESEJÁVEL



000545

	COMPROMETIMENTO	X	
	COMUNICAÇÃO	X	
	DINAMISMO		X
	PROATIVIDADE	X	
	RELAÇÕES INTERPESSOAIS	X	
<b>PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO INICIAL</b>			
Integração; Treinamento, e-mail, acesso ao sistema de processos e sistema de gestão.			

INFORMAÇÕES DO CARGO	
<b>CARGO/FUNÇÃO:</b>	Gerência Médica
<b>ÁREA:</b>	Gerência Médica
MISSÃO	
Planejam, coordenam e avaliam ações de saúde; definem estratégias para unidades de saúde; administram recursos financeiros; gerenciam recursos humanos e coordenam interfaces com entidades sociais e profissionais.	
ATRIBUIÇÕES	
Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor; Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da Instituição; Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica; Cientificar à Mesa Administrativa da Instituição das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina hospitalares; Executar e fazer a orientação dada pela Instituição em matéria administrativa; Representar a Instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem a legislação em vigor; Manter perfeito relacionamento com os membros do Corpo Clínico da Instituição; Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da Instituição; Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição; Executar outras atividades inerentes ao cargo, conforme solicitação do gestor imediato.	
REQUISITOS	
<b>FORMAÇÃO ACADÊMICA:</b>	Ensino Superior Completo.
<b>CURSO:</b>	Medicina
<b>ESPECIALIZAÇÃO:</b>	Gestão Hospitalar

545





**000546**

<b>EXPERIÊNCIA DESEJÁVEL:</b>		6 meses de experiência na função		
<b>OUTROS:</b>		Desejável Pós-gestão em saúde		
<b>COMPETÊNCIAS</b>				
<b>TÉCNICAS</b>	<b>RESOLUTIVIDADE</b>	Básico	Intermediário	<b>Avançado</b>
	<b>PROATIVIDADE</b>	Básico	Intermediário	<b>Avançado</b>
	<b>PACOTE OFFICE</b>	Básico	<b>Intermediário</b>	Avançado
<b>COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS</b>	<b>COMPORTAMENTO</b>		<b>IMPRESCINDÍVEL</b>	<b>DESEJÁVEL</b>
	COMPROMETIMENTO		X	
	COMUNICAÇÃO		X	
	DINAMISMO			X
	PROATIVIDADE		X	
	RELAÇÕES INTERPESSOAIS		X	
<b>PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO INICIAL</b>				
Integração; Treinamento, e-mail, acesso ao sistema de processos e sistema de gestão.				

<b>INFORMAÇÕES DO CARGO</b>	
<b>CARGO/FUNÇÃO:</b>	<b>Gerência Multidisciplinar</b>
<b>ÁREA:</b>	Multi Assistencial
<b>MISSÃO</b>	
Estudar e propor medidas que visem à melhoria técnica e/ou administrativa dos serviços prestados; acompanhar e avaliar o cumprimento das metas assistenciais; confeccionar e revisar protocolos. Realizar outras tarefas correlatas.	
<b>ATRIBUIÇÕES</b>	
Direcionar cada setor a uma linha de comando, de modo a organizar e fazer com que os processos se tomem mais céleres;	
Cumprimento de metas envolvendo a equipe de enfermagem e equipe multidisciplinar, conforme o contrato de Gestão nº 1095/2018;	
Para a condução do bom andamento do serviço envolvendo a Gerência de Enfermagem e equipe multidisciplinar sendo: Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Serviço Social, Psicologia e Odontologia.	
Acompanhamento e monitoramento dos indicadores relacionados a qualidade da assistência a Gerência de Enfermagem e equipe multidisciplinar;	
Alinhamento para desenvolvimento das atividades assistenciais, com objetivo de resultados esperados com qualidade, eficiência, efetividade, envolvendo os serviços de Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Serviço Social, Psicologia e Odontologia e Terapia Ocupacional;	

Participação das comissões hospitalares, que envolvem diretamente a qualidade assistencial ao paciente; executar outras tarefas correlatas à área.				
<b>REQUISITOS</b>				
<b>FORMAÇÃO ACADÊMICA:</b>	Ensino Superior Completo.			
<b>CURSO:</b>	Enfermagem			
<b>ESPECIALIZAÇÃO:</b>	MBA Gestão e Auditoria em Sistemas de Saúde			
<b>EXPERIÊNCIA DESEJÁVEL:</b>	6 meses de experiência na função			
<b>OUTROS:</b>	Gestão Hospitalar, desejável Gestão em Saúde			
<b>COMPETÊNCIAS</b>				
<b>TÉCNICAS</b>	<b>RESOLUTIVIDADE</b>	Básico	Intermediário	<b>Avançado</b>
	<b>PROATIVIDADE</b>	Básico	Intermediário	<b>Avançado</b>
	<b>PACOTE OFFICE</b>	Básico	<b>Intermediário</b>	Avançado
<b>COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS</b>	<b>COMPORTAMENTO</b>		<b>IMPRESCÍNDIVEL</b>	<b>DESEJÁVEL</b>
	COMPROMETIMENTO		X	
	COMUNICAÇÃO		X	
	DINAMISMO			X
	PROATIVIDADE		X	
	RELAÇÕES INTERPESSOAIS		X	
<b>PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO INICIAL</b>				
Integração; Treinamento, e-mail, acesso ao sistema de processos e sistema de gestão.				

#### 4.4.6.6 Planilha de dimensionamento de Pessoal

A tabela que aponta a categoria de profissionais, carga horaria de trabalho e salários (em reais) por perfil de profissional, acompanhada de tabela detalhada com os percentuais de encargos sociais e provisionamentos adotados está apresentada no APÊNDICE VIII.



#### 4.4.6.7 Política de Gente e Gestão

As normas que serão utilizadas na unidade para a seleção de pessoal, para a definição do contrato de trabalho, avaliação de desempenho bem como outras rotinas do setor de Gestão de Pessoas serão definidas a seguir na proposta de política de Gestão de Pessoas.

### 1. INTRODUÇÃO

A Gestão de Pessoas compreende um conjunto de técnicas e procedimentos de Recursos Humanos, com vistas à condução ampliada de aspectos estratégicos, relacionados às pessoas. O objetivo ímpar está no desenvolvimento do capital humano na Organização, estando o processo na melhoria do desempenho tanto do quadro funcional quanto da empresa. Neste cenário, outros subsistemas se integram, garantindo um fluxo fluido desde o provimento de pessoas até a manutenção humanizada, incluindo recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, remuneração, plano de cargos e salários, avaliação de desempenho, processos sucessórios, entre outros.

Tem-se um compromisso firmado, pautado na gestão saudável e subjetiva, eficaz e assertivo quanto aos aspectos legais, maximizando assertividade processual, em busca de competitividade e produtividade com qualidade.

### 2. OBJETIVO

Alinhar relação laboral entre capital intelectual e Organização, definindo padrões para os subsistemas e operação no IBGH e Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz. Tal proposta visa o apoio no lance de metas, desenvolvimento e implementação de ações integradas à estratégia do negócio, contribuindo para o desenvolvimento de cultura de alto desempenho e incentivando a aplicação de abordagem ética à gestão de pessoas.

### 3. POLÍTICA

Os procedimentos adotados para trâmites de provimento de pessoal serão realizados pelo setor de Gente e Gestão Corporativo e/ou Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz, incluindo processos de divulgação para captação/recrutamento, seleção e contratação de pessoal. Para este fim, considerar-se-á equipe capacitada para condução processual e avaliação específica e/ou situacional, obedecidas diretrizes desta política e regulamento vigente.

A Gerência de Gente e Gestão é responsável pela orientação e validação dos procedimentos para contratação de pessoal, sendo obrigatória na solicitação de pessoal a aprovação da gestão imediata da área, gestão de RH (unidade e Sede) e Diretoria Administrativa (Sede).

Ressalta-se que para o preenchimento dos cargos de confiança, a saber: diretoria, gerência, coordenação, supervisão, encarregado, assessoria e responsável técnico, previstos no

organograma, vez que configuram atividades de liderança e/ou gestão, será de livre escolha da Superintendência Executiva do IBGH, mediante formalização do Ato Designatório.

### 3.1 Definições

**Recrutamento:** conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da Organização. A etapa pode ocorrer de forma externa, com a captação de candidatos no mercado, interna com a captação no quadro funcional, de pessoas já pertencentes à Instituição, ou mista, oportunizando a todos os públicos.

**Cargo:** conjunto de atribuições e responsabilidades de mesma natureza e nível de complexidade, considerando requisitos técnicos e comportamentais, compondo o organograma institucional.

**Função:** conjunto de atividades e suas especificidades, tarefas sistemáticas a serem desenvolvidas pelo colaborador.

**Triagem:** análise comparativa entre informações registradas pelo candidato no formulário de cadastro do currículo e requisitos solicitados na publicação/divulgação da vaga.

**Seleção:** atividade desenvolvida para a escolha de profissionais que melhor atendem aos requisitos divulgados na vaga ofertada, dentre os candidatos pré-aprovados em processo de triagem.

**Remanejamento:** movimentação de pessoal entre setores ou entre unidades, mantendo mesmo cargo ocupado.

**Promoção:** alteração de cargo ou função, em linha ascendente, de profissional já lotado no IBGH ou unidades administradas, que, tendo participado de processo seletivo, for considerado aprovado para novo cargo ou função.

**Solicitação de Pessoal:** documento institucional para abertura de vaga conforme necessidade do Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz. A mesma pode ocorrer em substituição - quando a posição já é/foi ocupada por outro colaborador, sendo necessária cobertura da vacância gerada pela ausência do mesmo, não havendo aumento no quadro funcional; ou aumento de quadro - quando nova oportunidade é criada havendo necessidade de ampliação do quadro funcional.

Fica sob responsabilidade do gestor da área verificar a necessidade setorial, procedendo com o preenchimento do Formulário de Solicitação de Pessoal – específico do Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz – inserindo todas as informações componentes do documento. Cabe ainda a análise criteriosa da justificativa de solicitação bem como do perfil solicitado em conformidade com o Manual de Descrição de Cargos. A solicitação deve ser inserida para trâmites de autorização via SIN Processos para assinatura de Gestor Imediato, RH, Diretoria Administrativa e/ou Geral (Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz) e, sendo autorizada, segue para análise e aprovação do setor de Gente e Gestão e Diretoria Administrativa (Sede).

### 3.2 Processo para Recrutamento



000530

Consideradas as definições de recrutamento e seus tipos, o processo ocorre imediatamente após a autorização da vaga. Considerando vagas de operação e, em conformidade ao regulamento vigente, elabora-se edital de seleção contendo obrigatoriamente: cargo, número de vagas, carga horária, salário, benefícios, perfil técnico exigido, etapas do processo, conceitos/pesos atribuídos a cada uma das etapas, endereço e prazos para cadastro do currículo no próprio site e demais etapas.

A divulgação do edital de seleção dar-se-á por meio do sítio eletrônico do IBGH e/ou Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz, bem como comunicado e demais divulgações,

não apenas no site, mas também nos canais de divulgação do instituto, a critério do setor de Gente e Gestão e Diretorias.

As vagas publicadas ficarão abertas para inscrição de candidatos pelo período mínimo de 2 (dois) dias podendo se estender à 4 (quatro) dias corridos, cabendo ainda prorrogação a critério do setor de Gente e Gestão e Diretorias, desde que devidamente justificado.

Os interessados deverão acessar o sítio eletrônico, cabendo aos mesmos o cadastro de inscrição e acompanhamento das etapas bem como realização de quaisquer atividades propostas em caráter avaliativo, conforme divulgação prévia.

### 3.3 Processo para Seleção

A seleção dos candidatos dar-se-á em conformidade com critérios tecnicamente admitidos, considerando obrigatoriamente uma etapa de caráter objetivo e mensurável para atribuição de nota e escalonamento conforme classificação. A análise curricular ocorrerá a partir da comprovação de experiência e/ou habilitação técnica operacional e/ou avaliação situacional, podendo ser conjugada a outros instrumentos como: avaliação psicológica e/ou testes psicológicos, entrevista individual ou coletiva, entre outros legalmente admitidos, desde que previamente previstos e divulgados no edital. As etapas de avaliação poderão ocorrer separada ou simultaneamente, a depender das exigências da contratação, do cargo em seleção, conforme avaliado pelo setor de Gente e Gestão e Diretorias e descritos/divulgados em edital.

O Processo de Seleção de Pessoal, poderá conter as seguintes etapas:

- **Triagem Curricular:** etapa de caráter eliminatório e obrigatório em todos os processos seletivos. A ausência de informações capazes de qualificar o candidato em face dos requisitos exigidos para o cargo ensejará na não convocação do candidato para as etapas subsequentes. A relação dos candidatos, cujos currículos foram triados para a vaga, será publicada no sítio eletrônico do IBGH e/ou Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz;
- **Análise Curricular:** etapa de caráter eliminatório e classificatório, obrigatório em todos os processos seletivos para verificação da habilitação e/ou qualificação profissional e da experiência para o cargo pretendido. Nesta fase o currículo é pontuado conforme tabela disposta no edital, considerando pesos e métricas atribuídas em divulgação, compatíveis ao nível de escolaridade e cargo. Os documentos solicitados para fins de pontuação são anexados via site no momento da inscrição, conforme edital. Em não havendo inserção de documentos ou pontos atribuídos, o candidato é eliminado do processo seletivo;

550



000551

- **Avaliação Técnica e/ou Situacional:** etapa de caráter eliminatório e classificatório, mas não obrigatória, sendo adotada apenas nos processos e cargos que exigem a aferição de conhecimentos geral e/ou específicos, vinculadas à área de trabalho. Composta por questões objetivas e/ou subjetivas, sendo necessária pontuação mínima de 50% (cinquenta por cento) para aprovação na etapa. A etapa de avaliação é aplicada em dia, horário e local previamente informados no sítio eletrônico do IBGH e/ou Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz;
- **Avaliação Psicológica e/ou Testes Psicológicos:** etapa de caráter eliminatório, mas não obrigatória, sendo adotada apenas nos processos e cargos que exigem levantamento de perfil psicológico e/ou comportamental, sendo considerado apto ou inapto cada candidato avaliado. Avaliação realizada exclusivamente pelo RH e profissional habilitado (Psicólogo) para condução da atividade. Necessário o status de apto para aprovação na etapa, a qual é aplicada em dia, horário e local previamente informados no sítio eletrônico do IBGH e/ou Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz;
- **Entrevista:** etapa de caráter eliminatório e classificatório, mas não obrigatória, sendo adotada apenas nos processos e cargos que exigem levantamento de perfil comportamental e avaliação de competências específicas. E, ainda, para avaliação de capacidade técnica e conhecimentos específicos da área de atuação, verificando domínio da área pretendida e conformidade às exigências do cargo.

Em casos nos quais ocorram empate na pontuação atribuída a candidatos, o edital terá *previamente os critérios de desempate, garantindo classificação adequada à proposta de legalidade e transparência.*

O IBGH e Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz poderão, conforme necessidade e critério, convocar os candidatos aprovados em processo seletivo, cujo resultado tenha sido publicado a menos de 12 (doze) meses para o mesmo cargo. A utilização do cadastro de reserva é uma faculdade do IBGH e da unidade, que, para tanto, avaliará as especificidades da vaga para a sua utilização.

O candidato que, ao ser convocado, não comparecer no dia, horário e local determinados na convocação, será automaticamente desclassificado.

A promoção de colaborador é modalidade de preenchimento de cargos, desde que observados os seguintes critérios:

- Colaborador com habilitação profissional exigida na descrição de cargos;
- Solicitação de aumento e/ou otimização de quadro de pessoal ou reposição de pessoal, quando for o caso, autorizada pelo Superintendência Executiva;
- Identificação e indicação do colaborador a ser promovido pelo responsável da área cujo cargo vago a ser preenchido esteja subordinado, mediante avaliação de desempenho, análise da gerência de Gente e Gestão, conhecimento e concordância da Superintendência Executiva;
- Colaborador contratado há no mínimo 3 (três) meses;
- Preenchimento de cargos quando da extinção ou criação de serviços, com a finalidade de aproveitar o capital intelectual constituído.

### 3.4 Processo para Admissão

551

É vedada, em obediência aos princípios da moralidade e impessoalidade, a ocorrência de práticas como nepotismo, tráfico de influência, apadrinhamento, troca de favores ou discriminação relacionada a etnia, cor, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, origem geográfica, condição socioeconômica e crença.

Sobre a admissão de ex colaboradores, é permitida a readmissão daqueles que tiveram a rescisão de contrato de trabalho sem justa causa, após o período de 90 (noventa) dias a partir da data do desligamento.

É vedada a recontração de colaborador demitido por justa causa, no prazo de até 5 (cinco) anos da demissão, conforme previsto em edital.

A contratação do candidato selecionado se efetivará mediante:

- Conveniência administrativa e operacional;
- Disponibilidade financeira;
- Entrega da documentação completa, conforme lista de documentos para contratação;
- Apresentação do Atestado de Saúde Ocupacional - ASO, declarando apto o candidato a exercer as funções que dele serão exigidas;
- Participação no Treinamento Introdutório;
- Demais dispositivos estatutários e previsão legal.

Os colaboradores, quando admitidos, passarão por um período de experiência de 45 (quarenta e cinco) dias prorrogáveis pelo mesmo período, se aptos na avaliação de desempenho a ser realizada ao final deste período.

Para a contratação de colaboradores na Instituição, estabelece-se as seguintes modalidades:

- CLT contrato de prazo indeterminado - Lei N° 5.452/1943;
- CLT contrato de prazo determinado - Lei N° 229/1967 - em caso de acréscimo extraordinário de trabalho ou substituição de colaboradores afastados por auxílio-doença, após o décimo quinto dia de afastamento e com previsão de afastamento superior a 30 dias no mínimo, auxílio maternidade ou acidente do trabalho;
- Jovens Aprendizizes - Lei No 10.097/2000;
- Estagiários - Lei No 11.788/2008;
- Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - Contratação dos serviços de um profissional autônomo que não atue sob o sistema da Consolidação das Leis Trabalhistas;
- Contratação de Pessoa Jurídica (PJ) - Contratação dos serviços de pessoa jurídica, em conformidade com o objeto, o qual se dá via contrato de prestação de serviço.

A admissão de prestadores de serviços, sejam eles terceirizados, estagiários, residentes e demais, também terão por obrigatoriedade do encaminhamento de documentação com mínimo de 7 (sete) dias de antecedência para o Setor de Gente e Gestão, a fim de que sejam realizados trâmites de cadastro e agendamento de integração.

### 3.5 Processo para Integração



000553

A Integração tem por objetivo admitir todo o corpo funcional do IBGH e Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz, independente da via de contratação, proporcionando conhecimento nos âmbitos operacionais e comportamentais, para que desenvolvam uma visão contextualizada da Instituição, e que no decorrer do desempenho de suas funções, possam ser parte integrante e responsável pelo seu fazer e de seu local de trabalho.

Objetiva-se o acolhimento e integração dos colaboradores com informações sobre visão, missão, diretrizes organizacionais, normas e procedimentos da Instituição, benefícios oferecidos, informações sobre a gestão de pessoas e processos, avaliações entre outras rotinas proporcionando melhor adaptação do colaborador à equipe de trabalho:

- Gestão de Pessoas: História do IBGH e da unidade; normas e condutas éticas;
- Segurança Patrimonial e de Equipamentos: Uso seguro e consciente de equipamentos e mobiliários;
- Tecnologia da Informação: Uso de computadores, LGPD;
- Controle de Infecção Hospitalar: Higienização das Mãos e Infecção Hospitalar;
- SESMT: Fluxo de Acidente de Trabalho, Uso de EPI's e EPC, Rota de Fuga, NR 32 e Normas e Condutas para prevenção de acidentes;
- Segurança do Paciente: 6 protocolos básicos de segurança do paciente, notificações de incidentes;
- Qualidade: Planejamento Estratégico; Gestão de Documentos e Acreditação;
- Gerenciamento de Resíduos: RDC 222/2018;
- Departamento Pessoal: Treinamento exclusivo para os colaboradores com vínculo de CLT e RPA para informações sobre registro de jornada de trabalho, férias, benefícios e pagamentos.

Ao término do processo de integração é realizada avaliação dos participantes, registrando conhecimento alcançado no treinamento, para a qual tem-se como nota mínimo 5 pontos para aprovação. Em caso de não atingimento faz-se necessária nova avaliação. As avaliações são encaminhadas para o Setor de Gente e Gestão, para arquivamento na pasta do colaborador.

Finalizados os trâmites de integração, a gestão imediata tem liberdade para condução de treinamento com conteúdo específico de sua área de lotação, considerando programa teórico-prático que considere as atividades a serem desenvolvidas.

Todo treinamento deve possuir lista de presença com evidência do treinamento, sendo a cópia do documento de armazenamento da área e original de responsabilidade do Setor de Gente e Gestão para arquivamento.

### 3.6 Processo para Avaliação de Desempenho

Avaliação periódica, de caráter anual, a ser realizada pelo gestor imediato para uma análise do desempenho individual do quadro funcional da Instituição. Realizada via formulário desenvolvido para este fim, após análise ampliada, as tratativas se dão diretamente entre avaliador e avaliado para apresentação e discussão dos itens, em um ambiente reservado.



553

000554

O intuito é a apresentação do cenário atual em análise comparativa às metas e planos traçados para aquele ano, definindo nova proposta para o ano seguinte, pactuando parâmetros de análise, Plano de Desenvolvimento Individual, comportamento e ação esperada para o novo período de avaliação.

O momento também se dá para oportunizar retroação por parte do colaborador, de forma a pontuar sua visão sobre a Instituição, a gestão e outros componentes na relação laboral.

### 3.6 Processo para Desenvolvimento

O processo de desenvolvimento tem por objetivo capacitar, qualificar e promover crescimento técnico/operacional bem como habilidades no corpo funcional, com vistas ao alcance da missão institucional e à excelência nos serviços prestados.

Cabe ao Setor de Gente e Gestão o levantamento periódico das competências individuais requeridas para o alcance dos objetivos institucionais e das necessidades de treinamento (LNT), estruturando capacitações para a formação de lideranças e grupos de operação, conforme especificidades.

Para o plano de capacitação anual, considera-se:

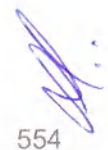
- Metas das Unidades estabelecidas no Contrato de Gestão;
- Processos de trabalhos conforme exigência de órgãos fiscalizadores, certificadores e financiadores (Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, Vigilância Sanitária, processo de Certificação ONA e outros);
- Resultado da Pesquisa de Satisfação do Cliente Interno e Externo;
- Resultado das notificações de incidentes;
- Resultado do gerenciamento dos riscos dos processos;
- Resultado da Avaliação de Desempenho;
- Elaboração de cronograma de execução das ações;
- Registro de todas as ações de capacitação/educação realizadas;
- Avaliação da aplicabilidade das ações de capacitação nos processos de trabalho;
- Monitoramento dos indicadores de resultados referentes à capacitação.

O LNT e o cronograma de ações anual devem ser encaminhados ao Setor de Gente e Gestão para validação e posterior envio para qualidade para padronização e divulgação. Além da aplicação anual o LNT, pode ser realizado sempre que o gestor verificar a necessidade.

### 3.8 Processo para Retenção e Valorização do Corpo Funcional

Visando promover a retenção e valorização do corpo funcional a Gente e Gestão realizará múltiplas atividades, como:

- Aniversariantes: cartão personalizado/individualizado;
- Visibilidade nos processos seletivos internos;



554



000555

- Canal VOCÊ – Gente e Gestão para oportunizar ao colaborador a participação nos processos organizacionais a partir de elogios, apontamentos de melhorias, entre outras possibilidades de manifesto;
- Reuniões semanais entre diretoria e gestores/líderes de área para tratativas diversas e equalização das demandas;
- Pesquisa de clima anual, para levantamento do nível de satisfação do corpo funcional e elaboração de planos/projetos para o ano seguinte, considerando as informações registradas na pesquisa;
- Planos de treinamento e desenvolvimento para ampliação da capacidade técnica e comportamental do quadro, conforme nível e segmento de atuação.

### 3.9 Processo de Desligamento:

O desligamento consiste na demissão voluntária ou involuntária do colaborador, sendo que, quando de iniciativa do empregador, posterior a análises verticalizadas sobre os motivos desencadeadores, propostas e intervenções realizadas e resultados alcançados.

Os procedimentos de desligamento ocorrem em ação conjunta do gestor imediato do colaborador, gerência/diretoria da unidade e setor de Gente e Gestão, considerando o acompanhamento do colaborador em vias de desligamento, no que tange aos itens indicados na Avaliação de Desempenho.

Para trâmites de desligamento por parte do empregador faz-se necessário preenchimento de formulário específico para este fim, validado pelo setor de Gente e Gestão e autorizado pelas diretorias envolvidas.

Quando ocorrer o desligamento voluntário caberá ao profissional o preenchimento do formulário específico, solicitando e informando cumprimento ou não do aviso prévio, para que de posse desta formalidade o gestor imediato possa seguir com os trâmites necessários via Formulário de Solicitação de Desligamento.

A comunicação de desligamento se dá pelo gestor imediato com a participação do setor de Gente e Gestão, buscando sempre o esclarecimento de dúvidas e apresentação dos trâmites de rescisão.

Em todos os casos de desligamento faz-se necessária a condução da entrevista de desligamento com registro em formulário próprio, excetuando casos de objeção por parte do colaborador. Esta ação tem por objetivo o levantamento de pontos a serem trabalhados, levantamento de indicadores, visão do colaborador sobre a unidade e/ou Sede, e afins.

## 4. SIGLAS

ASO: Atestado de Saúde Ocupacional

IBGH: Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar

LNT: Levantamento de Necessidade de Treinamento

ONA: Organização Nacional de Acreditação

555

PJ: Pessoa Jurídica

RH: Recursos Humanos

RPA: Recibo de Pagamento Autônomo

SUS: Sistema Único de Saúde

### Manual do Colaborador

A seguir será apresentado o manual do colaborador do Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar, nele o colaborador encontra informações como identidade organizacional, Organograma, Atuação, informações importantes, benefícios e outras informações pertinentes para o colaborador.

## Bem-vindo(a) ao IBGH!

**Parabéns!** Agora você faz parte do nosso time IBGH e juntos trilharemos um caminho de sucesso com a nossa instituição. Com isso, preparamos este material que irá apoiá-lo na compreensão dos princípios e dos objetivos que norteiam o nosso instituto, esclarecendo algumas dúvidas, entre outras informações importantes para o desempenho de suas atividades.

Este material irá subsidiá-lo com as principais informações, para nortear e sanar dúvidas que poderão ocorrer a partir do momento da integração.

### Quem Somos?

Somos uma OS (Organização Social), uma associação privada, com personalidade jurídica, sem fins lucrativos, que recebe recursos Federais, Estaduais e Municipais para prestar serviços de relevância ao interesse público.

Nosso foco é realizar uma gestão eficiente e transparente de unidades de saúde, compondo nossas diretorias por médicos, administradores e especialistas em gestão hospitalar, realizando o cumprimento de metas, com o comprometimento aos

556 

princípios básicos e critérios legais do Sistema Único de Saúde (SUS), valorizando o atendimento universal, integral e humanizado com atenção à qualidade.

## Missão, Visão e Valores

**Missão:** Promover saúde para a sociedade com equidade, transparência e práticas humanizadas.

**Visão:** Ser referência em gestão de saúde impactando o cenário nacional através da excelência e trabalho humanizado.

**Valores:** Humanização, Ética, Transparência, Respeito e Compromisso com eficiência.

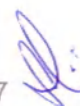
## Nossa Atuação



- **Goiânia – GO**
  - Sede IBGH.
- **Aparecida de Goiânia – GO**
  - HMAP – Hospital Municipal de Aparecida Iris Rezende Machado.
- **Macapá – AP**
  - Centro de Atendimento Clínico COVID-19 Zona Sul.
  - Centro COVID-19 - Santana.

## Informações importantes

Hoje você está recebendo o seu contrato de trabalho. É importante que você o leia atentamente e sane suas dúvidas, caso haja.





000558

O contrato de trabalho possui período de experiência dividido em 2 períodos, sendo o primeiro de 45 (quarenta e cinco) dias, podendo ser prorrogado por mais 45 (quarenta e cinco) dias, completando um total de 90 (noventa) dias.

A jornada de trabalho será especificada na Ficha de Registro do Colaborador e o registro será realizado no ponto eletrônico.

A realização de hora extra será permitida somente em casos em que o gestor imediato autorizar, sendo a mesma, compensada através de banco de horas.

O direito às férias ocorre a cada período de 12 (doze) meses de vigência do contrato de trabalho (conforme Art. 130 da CLT), seguindo a proporção:

- 30 (trinta) dias corridos, quando não houver faltado ao serviço mais de 5 (cinco) vezes;
- 24 (vinte e quatro) dias corridos quando houver de 6 (seis) a 14 (quatorze) faltas;
- 18 (dezoito) dias corridos, quando houver de 15 (quinze) a 23 (vinte e três) faltas;
- 12 (doze) dias corridos, quando houver de 24 (vinte e quatro) a 32 (trinta e duas) faltas.

De acordo com a Reforma Trabalhista, a partir de 11/11/2017 as férias poderão ser usufruídas em até 3 (três) períodos, sendo que 1 (um) deles não poderá ser inferior a 14 (quatorze) dias corridos, e os demais não poderão ser inferiores a 5 (cinco) dias corridos cada desde que haja concordância do empregado e empregador.

As justificativas para ausências, deverão ser previamente notificadas ao gestor imediato, e em caso de atestados, o mesmo deverá ser entregue ao Departamento Pessoal em até 48 horas de sua data de emissão.

Faltas e atrasos não **JUSTIFICADOS** estão propensos a desconto em folha de pagamento, como também, a medidas disciplinares definidas pela instituição;

Não serão consideradas faltas, os casos que estiverem enquadrados nos artigos 131 e 473 da CLT, desde que observado as devidas justificativas e mediante a comprovação.

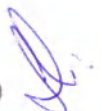
558



O uso de crachá é obrigatório nas dependências do instituto e de suas unidades.

## Ausências/Afastamentos

- ▽ **Licença Maternidade:** Conforme artigo 392 da CLT, a gestante tem o direito de licença por até 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo ao emprego e do salário.
- ▽ **Licença Paternidade:** Prevê a licença de 5 (cinco) dias consecutivos à data de nascimento. A licença-paternidade de 5 (cinco) dias foi concedida pela Constituição Federal/88 em seu artigo 7º, XIX e art. 10, § 1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias - ADCT, o que até então era de 1 (um) dia conforme estabelecia o artigo 473, III da CLT.
- ▽ **Casamento:** Conforme artigo 473 da CLT, colaborador que vai se casar tem direito a 3 (três) dias consecutivos de folga.
- ▽ **Falecimento:** Conforme artigo 473 da CLT, no caso de falecimento de um familiar (seja cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa sob sua dependência) reserva-se o direito de ausência à função em até 2 (dois) dias seguidos.
- ▽ **Aborto Não Criminoso:** Conforme artigo 395 da CLT, em caso de aborto não criminoso, comprovado por atestado médico oficial, a mulher terá um repouso remunerado de 2 (duas) semanas, ficando-lhe assegurado o direito de retornar à função que ocupava antes de seu afastamento.
- ▽ **Doação de Sangue:** Conforme artigo 473 da CLT, inciso IV, a cada 12 meses de trabalho, reserva-se o direito por 1 (um) dia, em caso de doação voluntária de sangue devidamente comprovada.
- ▽ **Comparecimento em Juízo:** Pelo tempo que se fizer necessário, quando tiver que comparecer em juízo, conforme artigo 473 da CLT, inciso VIII.
- ▽ **Acompanhamento de Filho (até 6 anos) em Consulta Médica:** Por 1 (um) dia por ano para acompanhar filho de até 6 (seis) anos em consulta médica. Conforme artigo 473 da CLT, inciso XI.
- ▽ **Exames Preventivos de Câncer:** Até 3 (três) dias, em cada 12 (doze) meses de trabalho, em caso de realização de exames preventivos de câncer devidamente comprovada. Conforme artigo 473 da CLT, inciso XII.
- ▽ **Consulta de Gravidez de Companheira:** até 2 (dois) dias para acompanhar consultas médicas e exames complementares durante o período de gravidez de sua esposa/companheira. Conforme artigo 473 da CLT, inciso X.





000560

- ▽ **Provas de Vestibular:** Nos dias em que estiver comprovadamente realizando provas de exame vestibular para ingresso em estabelecimento de ensino superior. Conforme artigo 473 da CLT, inciso VII.
- ▽ **Serviço Militar:** No período em que tiver de cumprir as exigências do Serviço Militar referidas na letra c do art. 65 da Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964 (Lei do Serviço Militar).
- ▽ **Situação Eleitoral:** Até 2 (dois) dias consecutivos ou não, para este fim, nos termos da lei respectiva. Conforme artigo 473 da CLT, inciso V.

## Benefícios

- ✦ **Salário Família:** É um benefício concedido aos trabalhadores celetistas que possuem filhos de até 14 anos, ou filhos com algum tipo de deficiência, conforme determinado pelos artigos 65 a 70 da Lei nº 8213/91, e é.
- ✦ **Vale Transporte:** É determinado pelo artigo 4º da CLT para deslocamento trabalho/casa e vice-versa, obtendo desconto de até 6% do salário.
- ✦ **Vale Alimentação/Vale Refeição:** É concedido para os colaboradores onde não há alimentação disponibilizada pela unidade.
- ✦ **Plano de Saúde/Plano Odontológico:** É disponibilizado pela empresa parceira, sendo opcional e custeado pelo colaborador.
- ✦ **Parceria SESC:** Nossos colaboradores possuem como benefício o acesso ao SESC. Basta realizar seu cadastro junto ao parceiro.
- ✦ **Day Off:** Projeto, integrante do Programa de Gente e Gestão 4.0, visa presentear nossos colaboradores/prestadores (sede) com 1 dia de folga, a ser gozada no mês do seu aniversário.

## Segurança do Trabalho

O IBGH fundamenta suas normas de segurança no trabalho através da NR 32, embasado pela prevenção de acidentes a partir do resultado de avaliação prevista no PPRA. Com isso, orientamos algumas ações, para prevenção de possíveis acidentes:

Transitar nas dependências da empresa com crachá em local de fácil visualização;

Respeitar as sinalizações e demarcações feitas pelas equipes de limpeza e manutenção;

É proibido improvisar extensões elétricas ou fazer gambiarras elétricas;

É proibido adentrar a instituição alcoolizado, e/ou sob o efeito de drogas e/ou ingerir ou fazer uso das mesmas no referido local;

Não é permitido fumar nas dependências da empresa;

É proibido a realização de tarefas as quais o colaborador não foi treinado e autorizado, como por exemplo reparos por conta própria em máquinas energizadas;

Manter os extintores desobstruídos e conhecer o seu manejo;

560



000561

Respeitar as normas, procedimentos, diretrizes, sinalização e demarcação de segurança;

Submeter-se aos exames previstos nas normas regulamentadoras;

Colaborar com a organização e higiene no trabalho;

Relatar todo e qualquer acidente ou incidente no trabalho ao superior e/ou SESMT e/ou CIPA;

Realizar os exames obrigatórios conforme determina a NR 07 e sempre que convocado pela empresa;

Mantenha sempre a postura correta ao realizar suas atividades;

Se identificar situações como piso molhado ou escorregadio, solicitar apoio aos colaboradores da limpeza;

Em caso de problemas com a parte predial/estrutural como lâmpadas queimadas, tomadas com defeito etc., solicitar intervenção da manutenção.

## Processos

Todos os nossos processos internos são inseridos e tramitados pelo sistema Sin - PROCESSO, ferramenta utilizada para abrir solicitações de compras, gestão de pessoas, gestão de contratos, financeiro, ofício e outros. Uma das suas principais funções é promover a assinatura de documentos de forma digital.

O acesso ao sistema é individual e intransferível.

A liberação de acesso ou modificação de rota, será realizado com a solicitação e autorização do superior imediato.

Em caso de dúvidas ou outros assuntos relacionados ao Sin - PROCESSO procure o setor de Processos e/ou seu superior imediato.

## Tecnologia da Informação

O uso de login e senha tem caráter pessoal e intransferível, cabendo ao seu titular total responsabilidade quanto seu sigilo.

Para maior segurança, utilize somente os canais internos disponíveis para compartilhamento de informações (e-mail, Teams, SharePoint, Sin-PROCESSO);

O uso de WhatsApp não é válido como meio de comunicação institucional, não havendo a governança do mesmo.

561



Os equipamentos (computadores, telefone fixo, impressoras etc.) são de uso exclusivo do instituto, não podendo sua utilização para uso pessoal.

Atenção nos acessos a sites, uso de programas específicos e downloads de arquivos, pois podem conter alguma vulnerabilidade passível a invasão por hackers (piratas da internet), vírus de computador e outros perigos virtuais.

Em caso de necessidade de instalação de softwares (programas), solicite ao setor de TI para que possa ser avaliada sua instalação.

### Canais de Comunicação

O IBGH possui três canais oficiais de comunicação, são eles: e-mail, TV corporativa e teams. Esses canais são utilizados para o compartilhamento de informações internas e/ou externas. O Núcleo de Comunicação, doravante NCOM, tem como finalidade *filtrar e mapear com segurança o fluxo de propagação das informações*, tencionando à objetividade, identidade, clareza e transparência das informações. O e-mail deve estar configurado para seu uso estreitamente institucional, constando a assinatura fornecida pelo NCOM.

Todos os materiais visuais como peças gráficas e digitais, devem ser produzidos/analizados pelo NCOM, em prol da assertividade ao alinhamento da identidade visual da instituição e das informações contidas. Quando demandados por outro setor, as informações direcionadas ao NCOM, deverão ser encaminhadas através do Briefing.

De maneira objetiva, o briefing é um documento informativo e norteador que atuará como guia para a execução de um projeto, atividade, peça ou tarefa. A partir desse material, a equipe de comunicação terá um direcionamento mais claro para a produção das demandas solicitadas.

O solicitante deverá encaminhar o Briefing para o endereço eletrônico do NCOM: [comunicacao@ibgh.org.br](mailto:comunicacao@ibgh.org.br).



## Termo de Convivência

**Respeito:** Trate as pessoas com todo respeito, seja seu gestor imediato ou não. Todos merecemos ser bem tratados.

**Compromisso:** Tenha compromisso com suas atividades e horário, lembrando que sua ausência sem necessidade, possa acarretar sobrecarga de trabalho ao seu colega.

**Mudanças:** Esteja apto a mudanças, pois algumas delas são realizadas em busca de melhorias ou por necessidade maior.

**Empatia:** Se colocar no lugar do outro é a melhor maneira de analisar e realizar a tratativa sobre determinados assuntos.

**Segurança:** Cumpra as medidas de segurança estipuladas pela instituição, as mesmas foram planejadas por profissionais qualificados, atentos ao bem-estar coletivo e individual.

**Limpeza:** Mantenha o seu local de trabalho limpo e organizado. Outras pessoas poderão utilizá-lo ou apresentarem alergias a locais empoeirados.

**Otimização:** Otimize o tempo de realização de suas atividades, considerando os processos institucionais.

**Vestimenta:** É imprescindível o uso de vestimenta adequada para o ambiente de trabalho. Lembre-se, sua imagem é o seu currículo na empresa.

## Dicas!!!

O zelo pelas condições de trabalho depende de cada um de nós, portanto, mantenha sua mesa e seus pertences de trabalho organizados e limpos.

Pratique o Termo de Convivência, mantendo o clima organizacional da melhor forma possível, trate bem as pessoas. Empatia sempre em primeiro lugar.

Conserve a limpeza do local de trabalho, áreas comuns, banheiros etc. Outras pessoas utilizarão o mesmo espaço.

Utilize nosso **Canal VOCÊ – Gente e Gestão** para elogios, indicações de ações organizacionais, oportunidades de melhorias, reclamações, sugestões e outros.

Caso deseje aprofundar em alguns dos temas, acesse nossas políticas disponíveis no SharePoint, pasta de Gestão de Documentos ou procure seu gestor imediato.

Conheça e participe das ações promovidas pela instituição.

000564

## 4.4.6.8 Planilha De Dimensionamento De Pessoal

A seguir será apresentada a planilha com o dimensionamento de Recursos Humanos estimados, apontado, por categoria, quantidade de profissionais, carga horária de trabalho e o salário (em reais) por perfil de profissional, acompanhada de tabela detalhada com os percentuais de encargos sociais e provisionamento adotados. Neste tópico, solicita-se um quadro resumo do perfil de todos os profissionais que irão trabalhar na Unidade Hospitalar, que estejam ou não contratados, e com a expressão da carga horária semanal distribuída pelos dias da semana e com o enunciado do horário de trabalho.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL								
Área	Cargo	Categoria	CH	Qtd	Valor salarial Unitário	Valor salarial Total	Horário	Custo
Diretoria	Diretoria Geral	Diretor(a) Geral	44	1	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	08h - 18h	R\$ 42.965,58
Assessoria das Diretorias	Assessoria Executiva	Assessor(a) Executivo	44	1	R\$ 3.853,46	R\$ 3.853,46	08h - 18h	R\$ 7.390,51
Dados	Dados	Encarregado(a) de Dados (DPO)	44	1	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	08h - 18h	R\$ 34.554,02
Assessoria de Comunicação	Comunicação	Analista de Comunicação	44	1	R\$ 2.672,90	R\$ 2.672,90	08h - 18h	R\$ 5.404,44
Gerência de Regulação	Gerência de Regulação	Gerente de Regulação	44	1	R\$ 4.500,00	R\$ 4.500,00	08h - 18h	R\$ 8.478,19
Gerência de Regulação	NIR	Coordenador(a)	44	1	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	08h - 18h	R\$ 6.795,88
Gerência de Regulação	NIR	Enfermeiro(a)	44	2	R\$ 3.250,11	R\$ 6.500,22	08h - 18h	R\$ 12.250,98
Gerência de Regulação	NIR	Auxiliar Administrativo	44	1	R\$ 1.217,12	R\$ 1.217,12	08h - 18h	R\$ 2.955,37
Gerência de Regulação	Ambulatório	Coordenador(a)	44	1	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	08h - 18h	R\$ 6.795,88
Gerência de Regulação	Ambulatório	Enfermeiro(a)	44	1	R\$ 3.250,11	R\$ 3.250,11	08h - 18h	R\$ 6.375,49
Gerência de Regulação	Ambulatório	Técnico(a) em Enfermagem	44	1	R\$ 1.670,00	R\$ 1.670,00	08h - 18h	R\$ 3.717,25
Gerência de Regulação	SADT	Supervisor(a)	44	1	R\$ 3.250,00	R\$ 3.250,00	08h - 18h	R\$ 6.375,30
Gerência de Regulação	SADT	Auxiliar Administrativo	44	1	R\$ 1.217,12	R\$ 1.217,12	08h - 18h	R\$ 2.955,37
Gerência de Regulação	Serviço de Atendimento ao Cliente e Telefonia	Coordenador(a)	44	1	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	08h - 18h	R\$ 6.795,88
Gerência de Regulação	Serviço de Atendimento ao Cliente e Telefonia	Analista Administrativo	44	1	R\$ 2.520,10	R\$ 2.520,10	08h - 18h	R\$ 5.147,39
Gerência de Qualidade	Qualidade	Gerente de Qualidade	44	1	R\$ 4.500,00	R\$ 4.500,00	08h - 18h	R\$ 8.478,19
Gerência de Qualidade	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	Supervisor(a)	44	1	R\$ 3.250,00	R\$ 3.250,00	08h - 18h	R\$ 6.375,30
Gerência de Qualidade	Núcleo de Qualidade e	Auxiliar Administrativo	44	1	R\$ 1.217,12	R\$ 1.217,12	08h - 18h	R\$ 2.955,37

564



000565

	Segurança do Paciente							
Gerência de Qualidade	Serviço de Gerenciamento de Resíduos	Analista Administrativo	44	1	R\$ 2.520,10	R\$ 2.520,10	08h - 18h	R\$ 5.147,39
Gerência de Qualidade	SCIRAS	Supervisor(a)	44	1	R\$ 3.250,00	R\$ 3.250,00	08h - 18h	R\$ 6.375,30
Gerência de Qualidade	SCIRAS	Médico	30	1	R\$ 6.068,18	R\$ 6.068,18	6h / dia	R\$ 11.116,36
Gerência de Qualidade	SCIRAS	Enfermeiro(a)	44	1	R\$ 3.250,11	R\$ 3.250,11	08h - 18h	R\$ 6.375,49
Gerência de Qualidade	Monitoramento e Metas	Supervisor(a)	44	1	R\$ 3.250,00	R\$ 3.250,00	08h - 18h	R\$ 6.375,30
Gerência de Qualidade	Monitoramento e Metas	Analista Administrativo	44	1	R\$ 2.520,10	R\$ 2.520,10	08h - 18h	R\$ 5.147,39
Gerência de Qualidade	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia	Supervisor(a)	44	1	R\$ 3.250,00	R\$ 3.250,00	08h - 18h	R\$ 6.375,30
Gerência de Qualidade	Ouvidoria	Ouvidor(a)	44	1	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	08h - 18h	R\$ 5.954,73
Gerência de Qualidade	Ouvidoria	Analista Administrativo	44	1	R\$ 2.520,10	R\$ 2.520,10	08h - 18h	R\$ 5.147,39
Diretoria	Diretoria Administrativa Financeira	Diretor(a) Administrativo(a) Financeiro	44	1	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	08h - 18h	R\$ 26.142,46
Assessoria das Diretorias	Assessoria Administrativa	Assessor(a) Administrativo(a)	44	1	R\$ 3.853,46	R\$ 3.853,46	08h - 18h	R\$ 7.390,51
Gerência de Gente e Gestão	Gente e Gestão	Gerente de Gente e Gestão	44	1	R\$ 4.500,00	R\$ 4.500,00	08h - 18h	R\$ 8.478,19
Gerência de Gente e Gestão	Recursos Humanos	Coordenador(a)	44	1	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	08h - 18h	R\$ 6.795,88
Gerência de Gente e Gestão	Recursos Humanos	Encarregado(a)	44	1	R\$ 2.900,00	R\$ 2.900,00	08h - 18h	R\$ 5.786,50
Gerência de Gente e Gestão	Recursos Humanos	Analista Administrativo	44	1	R\$ 2.520,10	R\$ 2.520,10	08h - 18h	R\$ 5.147,39
Gerência de Gente e Gestão	Departamento Pessoal	Supervisor(a)	44	1	R\$ 3.250,00	R\$ 3.250,00	08h - 18h	R\$ 6.375,30
Gerência de Gente e Gestão	Departamento Pessoal	Encarregado(a)	44	1	R\$ 2.900,00	R\$ 2.900,00	08h - 18h	R\$ 5.786,50
Gerência de Gente e Gestão	Departamento Pessoal	Analista Administrativo	44	2	R\$ 2.520,10	R\$ 5.040,20	08h - 18h	R\$ 9.794,77
Gerência de Gente e Gestão	SESMT	Encarregado(a)	44	1	R\$ 2.900,00	R\$ 2.900,00	08h - 18h	R\$ 5.786,50
Gerência de Gente e Gestão	SESMT	Técnico(a) Segurança do Trabalho	44	1	R\$ 2.233,00	R\$ 2.233,00	08h - 18h	R\$ 4.664,39
Gerência Administrativa Financeira	Administrativo Financeiro	Gerente Administrativo Financeiro	44	1	R\$ 4.500,00	R\$ 4.500,00	08h - 18h	R\$ 8.478,19
Gerência Administrativa Financeira	Financeiro	Coordenador(a)	44	1	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	08h - 18h	R\$ 6.795,88
Gerência Administrativa Financeira	Financeiro	Encarregado(a)	44	1	R\$ 2.900,00	R\$ 2.900,00	08h - 18h	R\$ 5.786,50
Gerência Administrativa Financeira	Financeiro	Analista Administrativo	44	2	R\$ 2.520,10	R\$ 5.040,20	08h - 18h	R\$ 9.794,77

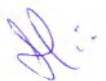


000566

Gerência Administrativa Financeira	Suprimentos	Coordenador(a)	44	1	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	08h - 18h	R\$ 6.795,88
Gerência Administrativa Financeira	Suprimentos	Encarregado(a)	44	1	R\$ 2.900,00	R\$ 2.900,00	08h - 18h	R\$ 5.786,50
Gerência Administrativa Financeira	Suprimentos	Analista Administrativo	44	2	R\$ 2.520,10	R\$ 5.040,20	08h - 18h	R\$ 9.794,77
Gerência Administrativa Financeira	SAME	Coordenador(a)	44	1	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	08h - 18h	R\$ 6.795,88
Gerência Administrativa Financeira	SAME	Analista Administrativo	44	2	R\$ 2.520,10	R\$ 5.040,20	08h - 18h	R\$ 9.794,77
Gerência Administrativa Financeira	SAME / Faturamento	Analista Administrativo	44	1	R\$ 2.520,10	R\$ 2.520,10	08h - 18h	R\$ 5.147,39
Gerência Administrativa Financeira	Patrimônio e Frotas	Coordenador(a)	44	1	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	08h - 18h	R\$ 6.795,88
Gerência Administrativa Financeira	Patrimônio e Frotas	Motorista Ambulância	12x36	4	R\$ 1.521,40	R\$ 6.085,60	07h - 19h / 19h - 07h	R\$ 12.369,04
Gerência Administrativa Financeira	Patrimônio e Frotas	Analista Administrativo	44	3	R\$ 2.520,10	R\$ 7.560,30	08h - 18h	R\$ 14.442,16
Gerência Administrativa Financeira	TI	Coordenador(a)	44	1	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	08h - 18h	R\$ 6.795,88
Gerência Administrativa Financeira	TI	Encarregado(a)	44	1	R\$ 2.900,00	R\$ 2.900,00	08h - 18h	R\$ 5.786,50
Gerência Administrativa Financeira	TI	Analista Administrativo	44	1	R\$ 2.520,10	R\$ 2.520,10	08h - 18h	R\$ 5.147,39
Gerência Administrativa Financeira	Coordenação de Serviços de Apoio	Coordenador(a)	44	1	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	08h - 18h	R\$ 6.795,88
Gerência Administrativa Financeira	Coordenação de Serviços de Apoio	Encarregado(a)	44	1	R\$ 2.900,00	R\$ 2.900,00	08h - 18h	R\$ 5.786,50
Gerência Administrativa Financeira	Coordenação de Serviços de Apoio	Controlador(a) de Acesso	12x36	8	R\$ 1.212,00	R\$ 9.696,00	07h - 19h / 19h - 07h	R\$ 20.074,03
Gerência Administrativa Financeira	Coordenação de Serviços de Apoio	Auxiliar Administrativo	44	2	R\$ 1.217,12	R\$ 2.434,24	08h - 18h	R\$ 5.410,73
Diretoria	Diretoria Técnico(a)	Diretor(a) Técnico(a)	44	1	R\$ 35.000,00	R\$ 35.000,00	08h - 18h	R\$ 59.788,69
Assessoria das Diretorias	Assessoria Técnica	Assessor(a) Técnico(a)	44	1	R\$ 3.853,46	R\$ 3.853,46	08h - 18h	R\$ 7.390,51
Gerência Médica	Gerência Médica	Gerente Médico	44	1	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	08h - 18h	R\$ 26.142,46
Gerência de Enfermagem	Gerência de Enfermagem	Gerente de Enfermagem	44	1	R\$ 4.500,00	R\$ 4.500,00	08h - 18h	R\$ 8.478,19
Gerência Multidisciplinar	Gerência Multidisciplinar	Gerente Multidisciplinar	44	1	R\$ 4.500,00	R\$ 4.500,00	08h - 18h	R\$ 8.478,19
Gerência Médica	Coordenação Médica	Coordenador(a) Médico(a)	44	2	R\$ 10.000,00	R\$ 20.000,00	08h - 18h	R\$ 34.961,81
Gerência Médica	Coordenação Médica	Médico(a) - Auditor(a)	44	1	R\$ 8.900,00	R\$ 8.900,00	08h - 18h	R\$ 15.880,36
Gerência Médica	Coordenação Médica	Médico(a) - Clínico Geral	30	6	R\$ 6.068,18	R\$ 36.409,08	07h - 13h	R\$ 64.198,16
Gerência Médica	Coordenação Médica	Médico(a) - Clínico Geral	30	4	R\$ 6.068,18	R\$ 24.272,72	13h - 19h	R\$ 42.965,44

000567

Gerência Médica	Coordenação Médica	Médico(a) - Clínico Geral	12x36	2	R\$ 7.281,60	R\$ 14.563,20	19h - 07h	R\$ 25.815,42
Gerência Médica	Coordenação Médica	Médico(a) - Cirurgião(ã) Geral	30	6	R\$ 6.068,18	R\$ 36.409,08	07h - 13h / 13h - 19h	R\$ 64.198,16
Gerência Médica	Coordenação Médica	Médico(a) - Cirurgião(ã) Geral	12x36	2	R\$ 7.281,60	R\$ 14.563,20	19h - 07h	R\$ 25.815,42
Gerência Médica	Coordenação Médica	Médico(a) - Cardiologista	20	2	R\$ 4.045,45	R\$ 8.090,90	4h / dia	R\$ 14.927,00
Gerência Médica	Coordenação Médica	Médico(a) - Cardiologista	20	2	R\$ 4.045,45	R\$ 8.090,90	4h / tarde	R\$ 14.927,00
Gerência Médica	Coordenação Médica	Médico(a) - Cardiologista	12x36	2	R\$ 7.281,60	R\$ 14.563,20	19h - 07h	R\$ 25.815,42
Gerência Médica	Coordenação Médica	Médico(a) - Geriatria	40	1	R\$ 8.090,90	R\$ 8.090,90	08h - 18h	R\$ 14.519,21
Gerência Médica	Coordenação Médica	Médico(a) - Geriatria	12x36	2	R\$ 7.281,60	R\$ 14.563,20	19h - 07h	R\$ 25.815,42
Gerência Médica	Infectologia	Médico(a) - Infectologista	44	1	R\$ 8.900,00	R\$ 8.900,00	08h - 18h	R\$ 15.880,36
Gerência Médica	Infectologia	Médico(a) - Infectologista	12x36	2	R\$ 7.281,60	R\$ 14.563,20	19h - 07h	R\$ 25.815,42
Gerência de Enfermagem	Enfermagem	Enfermeira (o) - Auditor(a)	44	1	R\$ 3.250,11	R\$ 3.250,11	08h - 18h	R\$ 6.375,49
Gerência de Enfermagem	Enfermagem	Enfermeira (o) - Plantonista	12x36	14	R\$ 2.659,18	R\$ 37.228,52	07h - 19h	R\$ 68.839,05
Gerência de Enfermagem	Enfermagem	Enfermeira (o) - Plantonista	12x36	14	R\$ 2.659,18	R\$ 37.228,52	19h - 07h	R\$ 68.839,05
Gerência de Enfermagem	Enfermagem	Técnico(a) em Enfermagem	12x36	34	R\$ 1.366,36	R\$ 46.456,24	07h - 19h	R\$ 92.518,80
Gerência de Enfermagem	Enfermagem	Técnico(a) em Enfermagem	12x36	34	R\$ 1.366,36	R\$ 46.456,24	19h - 07h	R\$ 92.518,80
Gerência de Enfermagem	Coordenação de Enfermagem	Coordenador(a) de Enfermagem	44	2	R\$ 3.500,00	R\$ 7.000,00	08h - 18h	R\$ 13.091,76
Gerência Multidisciplinar	Fisioterapia	Fisioterapeuta	30	20	R\$ 3.000,00	R\$ 60.000,00	07h - 13h / 13h - 19h	R\$ 109.594,53
Gerência Multidisciplinar	Fisioterapia	Fisioterapeuta	30	4	R\$ 3.000,00	R\$ 12.000,00	19h - 01h / 01h - 07h	R\$ 22.318,91
Gerência Multidisciplinar	Fonoaudiologia	Fonoaudiólogo(a)	30	2	R\$ 2.603,63	R\$ 5.207,26	07h - 13h / 13h - 19h	R\$ 10.075,82
Gerência Multidisciplinar	Psicologia	Psicólogo(a)	30	2	R\$ 2.638,83	R\$ 5.277,66	07h - 13h / 13h - 19h	R\$ 10.194,25
Gerência Multidisciplinar	Assistência Social	Assistente Social	30	8	R\$ 2.537,60	R\$ 20.300,80	07h - 13h / 13h - 19h	R\$ 37.914,60
Gerência Multidisciplinar	Assistência Social	Assistente Social	12x60	4	R\$ 2.537,60	R\$ 10.150,40	19h - 01h / 01h - 07h	R\$ 19.207,30
Gerência Multidisciplinar	Nutrição	Nutricionista - Produção	44	2	R\$ 3.417,07	R\$ 6.834,14	07h - 17h / 09h - 19h	R\$ 12.812,74
Gerência Multidisciplinar	Nutrição	Nutricionista - Clínica	30	6	R\$ 2.329,82	R\$ 13.978,92	07h - 13h / 13h - 19h	R\$ 26.463,65
Gerência Multidisciplinar	Nutrição	Nutricionista - Clínica	30	6	R\$ 2.329,82	R\$ 13.978,92	19h - 01h / 01h - 07h	R\$ 26.463,65
Gerência Multidisciplinar	Farmácia	Coordenador(a) de Farmácia	44	1	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	08h - 18h	R\$ 6.795,88
Gerência Multidisciplinar	Farmácia	Farmacêutico(a)	44	1	R\$ 3.225,44	R\$ 3.225,44	08h - 18h	R\$ 6.333,99
Gerência Multidisciplinar	Farmácia	Farmacêutico(a)	12x36	2	R\$ 2.639,00	R\$ 5.278,00	07h - 19h	R\$ 10.194,82
Gerência Multidisciplinar	Farmácia	Farmacêutico(a)	12x36	2	R\$ 2.639,00	R\$ 5.278,00	19h - 07h	R\$ 10.194,82
Gerência Multidisciplinar	Farmácia	Auxiliar de Farmácia	12x36	4	R\$ 1.218,00	R\$ 4.872,00	07h - 19h	R\$ 10.327,39
Gerência Multidisciplinar	Farmácia	Auxiliar de Farmácia	12x36	4	R\$ 1.218,00	R\$ 4.872,00	19h - 07h	R\$ 10.327,39
Gerência Multidisciplinar	Radiologia	Técnico(a) em Radiologia	24	6	R\$ 2.102,51	R\$ 12.615,06	4h / dia	R\$ 24.169,21



000568

Gerência Multidisciplinar	Radiologia	Técnico(a) em Radiologia	24	2	R\$ 2.102,51	R\$ 4.205,02	24 h plantão	R\$ 8.389,74
Gerência Médica	Radiologia	Médico(a) - Radiologista	30	1	R\$ 6.068,18	R\$ 6.068,18	6h / dia	R\$ 11.116,36
Gerência Médica	Radiologia	Médico(a) - Radiologista	30	1	R\$ 6.068,18	R\$ 6.068,18	6h / tarde	R\$ 11.116,36
Gerência Médica	Radiologia	Médico(a) - Radiologista	12x36	2	R\$ 7.281,60	R\$ 14.563,20	19h - 07h	R\$ 25.815,42
Gerência Médica	Nefrologia	Médico(a) - Nefrologista	30	2	R\$ 6.068,18	R\$ 12.136,36	6h / dia	R\$ 21.732,72
Gerência Médica	Nefrologia	Médico(a) - Nefrologista	30	2	R\$ 6.068,18	R\$ 12.136,36	6h / tarde	R\$ 21.732,72
Gerência Médica	Nefrologia	Médico(a) - Nefrologista	12x36	2	R\$ 7.281,60	R\$ 14.563,20	19h - 07h	R\$ 25.815,42
Gerência de Enfermagem	Nefrologia	Enfermeiro(a) - RT	44	1	R\$ 3.250,11	R\$ 3.250,11	08h - 18h	R\$ 6.375,49
Gerência de Enfermagem	Nefrologia	Enfermeiro(a)	12x36	4	R\$ 2.659,18	R\$ 10.636,72	07h - 19h / 19h - 07h	R\$ 20.025,44
Gerência de Enfermagem	Nefrologia	Técnico(a) em Enfermagem	12x36	5	R\$ 1.366,36	R\$ 6.831,80	07h - 19h (3) / 19h - 07h (2)	R\$ 14.032,18
Gerência Médica	Neurologia	Médico(a) - Neurologista	12x36	4	R\$ 7.281,60	R\$ 29.126,40	07h - 19h / 19h - 07h	R\$ 51.130,84
Gerência Médica	Nutrologia	Médico(a) - Nutrólogo(a)	12x36	4	R\$ 7.281,60	R\$ 29.126,40	07h - 19h / 19h - 07h	R\$ 51.130,84
Gerência Médica	Banco de Sangue	Médico(a) - Hematologista	30	2	R\$ 6.068,18	R\$ 12.136,36	6h / dia	R\$ 21.732,72
Gerência Médica	Banco de Sangue	Médico(a) - Hematologista	30	2	R\$ 6.068,18	R\$ 12.136,36	6h / tarde	R\$ 21.732,72
Gerência Médica	Banco de Sangue	Médico(a) - Hematologista	12x36	2	R\$ 7.281,60	R\$ 14.563,20	19h - 07h	R\$ 25.815,42
Gerência de Enfermagem	Banco de Sangue	Enfermeiro(a)	44	1	R\$ 3.250,11	R\$ 3.250,11	08h - 18h	R\$ 6.375,49
Gerência de Enfermagem	Banco de Sangue	Enfermeiro(a)	12x36	4	R\$ 2.659,18	R\$ 10.636,72	07h - 19h / 19h - 07h	R\$ 20.025,44
Gerência de Enfermagem	Banco de Sangue	Técnico(a) em Enfermagem	12x36	5	R\$ 1.366,36	R\$ 6.831,80	07h - 19h (3) / 19h - 07h (2)	R\$ 14.032,18

4.4.6.9 Descrição da Política de Gestão de Pessoas, incluindo o sistema de qualificação profissional, bem como os critérios de remuneração direta e indireta, identificação de pessoal e uniformização.

#### 4.4.6.9.1 Política de Gestão de Pessoas.

Tratado no item 4.4.6.7 com o título de Política de Gente e Gestão, foi utilizada esta nomenclatura por ser a forma mais atual de tratar o setor.

568





000569

#### 4.4.6.9.2 Sistema de Qualificação Profissional

Consta nos itens 4.4.6.1, 4.4.6.4 e 4.4.6.5, anteriormente expostos.

#### 4.4.6.9.3 Remuneração Direta e Indireta

Consta nos itens 4.4.6.6, 4.4.6.7 e 4.4.6.8, anteriormente expostos.

#### 4.4.6.9.4 Identificação de Pessoal

Documento de Identificação Funcional, com uso obrigatório durante a jornada de trabalho. O crachá permite acesso às dependências da unidade, reconhecimento do profissional no contato com outros profissionais e a identificação por parte da população atendida.

#### 4.4.6.9.5 Uniformização

A instituição fornecerá aos empregados uniforme para cada categoria profissional, para realização de suas atividades sem nenhum custo. Este uniforme será fornecido após a aprovação do candidato no período de experiência. Após o período de experiência, o empregado deve estar devidamente uniformizado para iniciar suas atividades, sendo que, a falta de qualquer item do uniforme implicará em medida disciplinar.



## 4.4.6.10 Cronograma de implantação

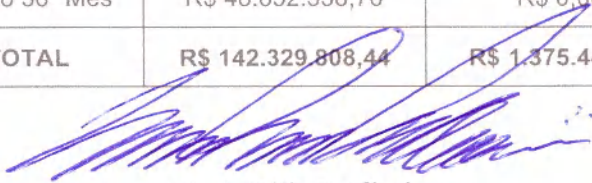
000570

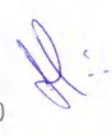
PROPOSTA DE CRONOGRAMA PARA IMPLANTAÇÃO E PLENA ATIVIDADE DOS SERVIÇOS													
AÇÕES	RESPONSÁVEL	Revisão QUADRIMESTRAL											
		30 dias	60 dias	90 dias	120 dias	150 dias	180 dias	210 dias	240 dias	270 dias	300 dias	330 dias	365 dias
Assunção na unidade	Equipe IBGH												
Implantação de Gestão, Fluxos e Processos	Equipe IBGH												
Recrutamento, seleção e contratação de colaboradores (sem prejuízo do	Equipe IBGH												
Integração institucional e capacitação de colaboradores	Equipe IBGH												
Uniformização de todos os colaboradores	Equipe IBGH												
Seleção e contratação de empresas terceirizadas	Equipe IBGH												
Integração institucional e capacitação para prestadores de serviços (terceirizados)	Equipe IBGH												
Implantação dos Fluxos das Terceirizações (Coleta de resíduos, manutenção)	Equipe IBGH												
Implantação de comunicação visual	Equipe IBGH e SCSA AP												
Implantação no Fluxo de Recebimento de Pacientes, via regulação	Equipe IBGH e SCSA AP												
Implantação no Núcleo Interno de Regulação	Equipe IBGH e SCSA AP												
Implantação do Sistema de Classificação de Risco	Equipe IBGH												
Implantação das Comissões Técnicas Permanentes	Equipe IBGH												
Implantação das Comissões Técnicas Recomendadas	Equipe IBGH												
Implantação do PGRSS	Equipe IBGH												
Implantação da Comissão de Segurança do Paciente	Equipe IBGH												
Implantação do Sistema de Gestão Estratégica	Equipe IBGH												
Implantação do Sistema de Custos	Equipe IBGH												
Implantação dos Indicadores	Equipe IBGH												
Avaliação de Desempenho Contratual segundo Matriz de Indicadores	Equipe IBGH e SCSA AP												
Implantação do SAIJ	Equipe IBGH												
Capacitação Segundo Plano de Educação Permanente	Equipe IBGH												
Recebimento de todas as Comissões	Equipe IBGH												
Vista de avaliação do RAG	Equipe IBGH												

## 4.5 PROPOSTA ECONÔMICA-FINANCEIRA

A proposta econômico-financeira considerou um total de **R\$ 3.837.334,55** (três milhões, oitocentos e trinta e sete mil, trezentos e trinta e quatro reais e cinquenta e cinco centavos) mensais atribuídos à prestação dos serviços (custeio) no primeiro ano e **R\$ 1.375.440,00** (um milhão, trezentos e setenta e cinco mil, quatrocentos e quarenta reais) para investimento imediato. As despesas de investimento serão alocadas para a aquisição de equipamentos, móveis e utensílios.

DETALHAMENTO DA PROPOSTA ECONÔMICA FINANCEIRA				
Nº	DESCRIÇÃO	DESPESA DE CUSTEIO	INVESTIMENTOS	TOTAL
01	1º ao 12º Mês	R\$ 46.048.014,60	R\$ 1.375.440,00	R\$ 47.423.454,60
02	13º ao 24º Mês	R\$ 47.429.455,08	R\$ 0,00	R\$ 47.429.455,08
03	25º ao 36º Mês	R\$ 48.852.338,76	R\$ 0,00	R\$ 48.852.338,76
	<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 142.329.808,44</b>	<b>R\$ 1.375.440,00</b>	<b>R\$ 143.705.248,44</b>

  
**Sérvio Túlio P. Oliveira**  
 Presidente  
 Instituto Brasileiro de  
 Gestão Hospitalar - IBGH

*Macapá, 28/03/2022* 570 

## 5 ANEXOS

000571 

Segue relação de anexos da proposta.

- ANEXO I – FERRAMENTAS DA QUALIDADE
- ANEXO II – PROTOCOLOS
- ANEXO III – DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS
- ANEXO IV – COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA
- ANEXO V - COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DO CORPO CLÍNICO EM UNIDADE HOSPITALAR E DE UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DE MÉDIA A ALTA COMPLEXIDADE
- ANEXO VI - COMPROVAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO ONDE ESTÁ LOCALIZADA A SEDE DA OSS.
- ANEXO VII - COMPROVANTE DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO DE ESPECIALIZAÇÃO
- ANEXO VIII – DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL
- ANEXO IX – PROPOSTA ECONÔMICO-FINANCEIRA
- ANEXO X- PROPOSTA DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POPS) E FORMULÁRIOS
- ANEXO XI – PROPOSTA DE MANUAIS
- ANEXO XII – PROPOSTA DE ORGANOGRAMA
- ANEXO XIII - PROPOSTA DE REGIMENTO CORPO CLÍNICO
- ANEXO XIV – PROPOSTA DE REGIMENTO DE ENFERMAGEM
- ANEXO XV – PROPOSTA DE REGIMENTO DA UNIDADE
- ANEXO XVI – REGIMENTO CORPO CLÍNICO MULTIDISCIPLINAR
- ANEXO XVII – PROPOSTA DE MANUAL FATURAMENTO
- ANEXO XVIII – PROPOSTA DE MÉTODO PARA ANÁLISE DE RISCO
- ANEXO XIV -PROPOSTA DE POLÍTICA GENTE E GESTÃO
- ANEXO XX - MANUAL DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
- ANEXO XXI - PROPOSTA DE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO

571 

## 5.1 ANEXO I

Esse documento visa padronizar as ferramentas para análise e gerenciamento de processos utilizados na instituição. Esse modelo de gestão, foi adotado no Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar - IBGH, tendo em vista inúmeros benefícios relatados na literatura, entre eles: aumento da satisfação dos clientes, redução de custos dos processos e otimização das atividades dos colaboradores.

É sabido que as organizações de saúde possuem vários processos que se interagem, e para garantir o sinergismo destes é necessário um gerenciamento eficaz. Para essa gestão eficiente é primordial a utilização de metodologias validadas, que consigam gerenciar e otimizar esses processos.

Neste contexto, entende-se que processo agrega valor a alguma informação, transforma uma matéria de uma entrada (entregue por um fornecedor) resultando em um produto final que será entregue para um cliente, conforme demonstrado na Figura 1.



**Figura 1: Definição de processo**

As técnicas validadas utilizadas para definir, medir, analisar e propor soluções no gerenciamento do processo, são comumente chamadas de Ferramentas da Qualidade.

572

000573

A seguir estas ferramentas serão definidas, com as suas devidas orientações para utilização. Deste modo, visando otimizar a leitura, dividiremos em:

- a) Ferramentas básicas da qualidade;
- b) Gestão de Projetos;
- c) Gestão por processo;
- d) Gestão de Projetos;
- e) Planejamento Estratégico;
- f) Protocolo de Londres;

## 1. FERRAMENTAS BÁSICAS DA QUALIDADE

Item no documento	Ferramenta	Quando utilizar
2.1	Brainstorming	Para levantar ideias/ fragilidades sobre um problema/ evento.
2.2	Diagrama de Pareto	Para priorização das causas de uma fragilidade e, assim, definir o plano de ação.
2.3	Ishikawa	Para levantar todas as causas de um problema.
2.4	5W3H's	Para elaborar planos de ação.
2.5	GUT	Priorizar ação ou atividade.
2.6	Matriz Esforço x impacto	Priorizar ação ou atividade.
2.7	ALARP	Priorizar tratativas de ocorrências.


Tabela 1: Ferramentas básicas da qualidade e sua utilização

### 1.1. Brainstorming

É uma ferramenta conhecida como geração espontânea de ideias, é utilizada para levantar ideias/fragilidades sobre um problema/evento. Pode ser utilizada no início de uma investigação, logo seguida pela ferramenta Ishikawa (item 2.3).

Para utilizar essa metodologia deve-se seguir os seguintes passos:

- a) Definir o tema/problema da reunião;
- b) Convidar todos os envolvidos/ conhecedores do processo/problema, é indicado, no mínimo 05 a 10 pessoas;

  
573

000574

- c) Selecionar um coordenador, ele que conduzirá a reunião;
- d) Expor o problema/evento e solicitar as ideias de cada um, registrando-as;
- e) Perguntar um a um até se esgotarem as ideias. Deve estimular que todos os participantes contribuam e todas as opiniões devem ser consideradas;
- f) Agrupar as ideias semelhantes e assim selecionar as que devem permanecer, após o término da discussão.
- g) Utilizar uma ferramenta de priorização (item 2.5 ou 2.6), para classificar as ideias prioritárias.

Com essa técnica, são alcançadas soluções criativas e inovadoras para diferentes problemas, permitindo a participação daqueles que posteriormente executarão as ações sugeridas.

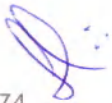
## 1.2. Diagrama de Pareto

O diagrama de Pareto é uma ferramenta que consiste em um gráfico de barras que sinaliza as frequências de ocorrência de um evento, do maior para o menor, com um gráfico de linha demonstrando as frequências acumuladas em %. Tem por finalidade demonstrar a importância de todas as possíveis causas de um problema, a fim de escolher o ponto inicial para sua solução.

Ela consiste na teoria 80:20, quer dizer que 80% das consequências de um problema correspondem a 20% das causas. Ou seja, deve se concentrar as ações nas fragilidades com maior frequência.

Para realizar o Diagrama de Pareto, deve seguir as seguintes etapas:

- a) Determinar o tipo de perda/problema que você quer investigar;
- b) Especificar o aspecto de interesse do tipo de perda que você quer investigar;
- c) Organizar uma folha de verificação com as categorias do aspecto que você decidiu investigar;
- d) Preencher a folha de verificação;



574



- e) Realizar as contagens, organize as categorias por ordem decrescente de frequência, agrupe aquelas que ocorrem com baixa frequência sob denominação "outros" e calcule o total;
- f) Ordenar os valores por ordem decrescente de grandeza;
- g) Calcular as frequências relativas e as frequências acumuladas;
- h) Construir um gráfico misto, com o valor absoluto em gráfico de barras e a frequência acumulada em gráfico de linhas.

### 1.3. Ishikawa

O Ishikawa ou diagrama de causa e efeito é uma ferramenta utilizada para explorar e relacionar todas as possíveis causas que possam contribuir para a ocorrência de um problema. Na exploração das causas estas são agrupadas por temática, seguindo a regra dos seis M: método, mão de obra, material, máquinas, medições e/ou meio ambiente.

Esta ferramenta foi adaptada para área da saúde, acrescentando aos parâmetros (seis M) as causas relacionadas ao paciente (P), figura 2.

Para iniciar essa metodologia deve-se seguir os seguintes passos:

- a) Definir o tema/problema da reunião;
- b) Convidar todos os envolvidos/ conhecedores do processo/problema, é indicado, no mínimo 05 a 10 pessoas;
- c) Selecionar um coordenador. Este conduzirá a reunião;
- d) Realizar a técnica brainstorming (item 2.1);
- e) Instigar a equipe a pensar nas fragilidades que podem acontecer, hipóteses, dentro de cada grupo dos 6M e 1P, figura 2. Nem sempre haverá causa relacionada a cada um dos grupos, todavia, é importante estimular a reflexão quanto seguimentos do processo.

575

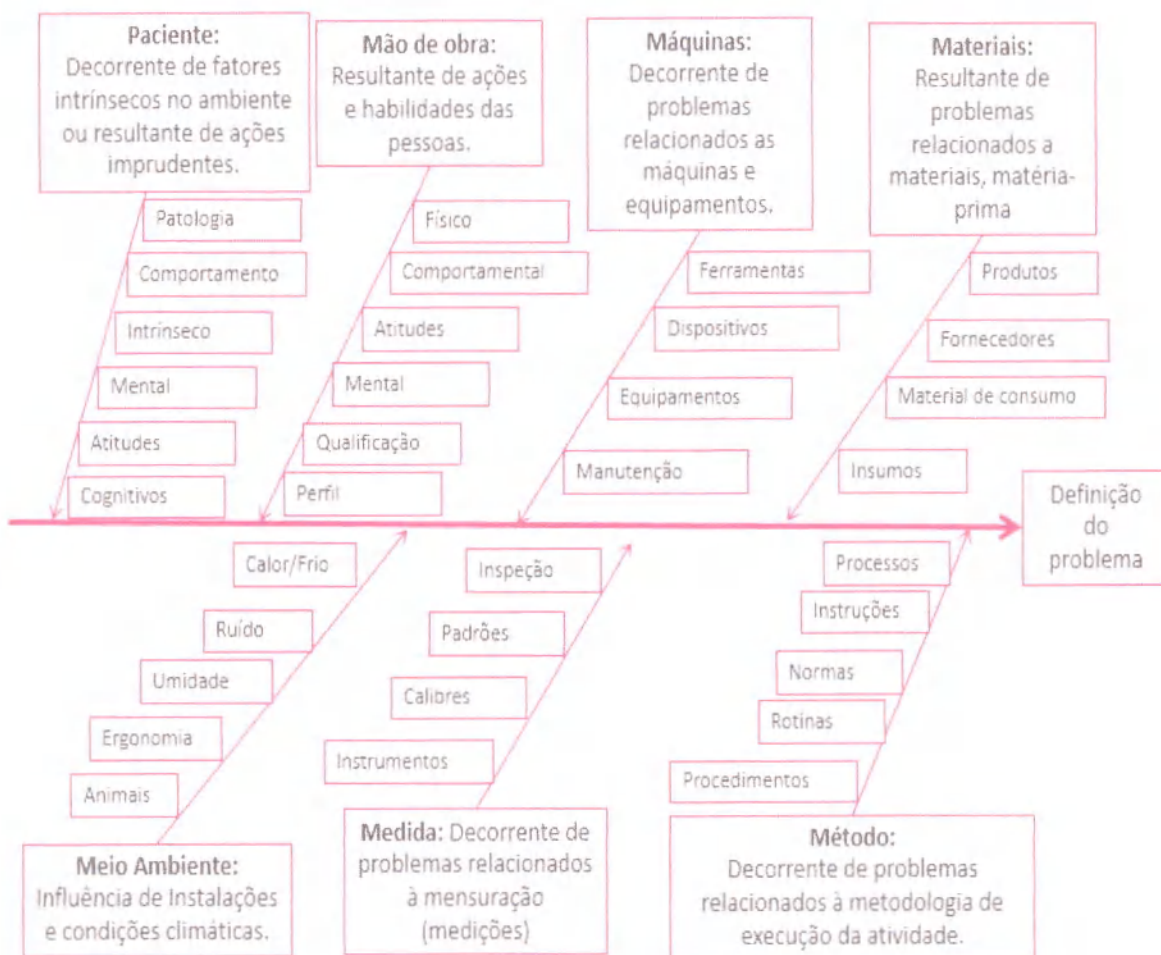
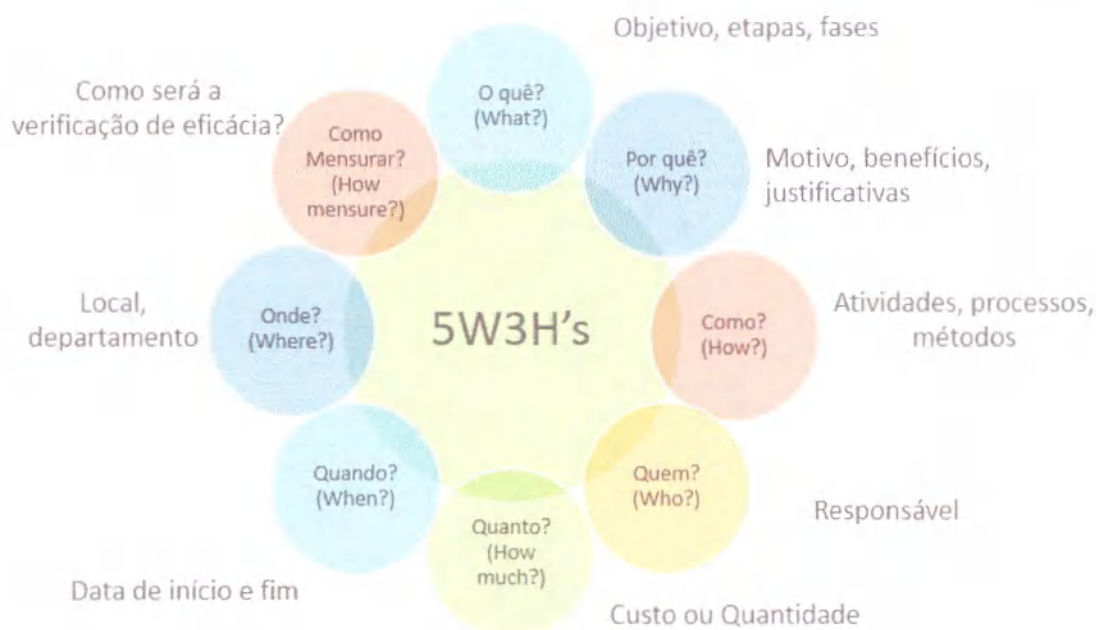


Figura 2: Diagrama de Ishikawa Hospitalar

#### 1.4. 5W3H's





**Figura 3: Ferramenta 5W'3H's**

É uma ferramenta utilizada para elaborar planos de ação. Obrigatoriamente, após definir as causas utilizando o Ishikawa (item 2.3) ou outra ferramenta de análise de causa, deve-se fazer um plano de ação. Todas as causas elencadas ou aquelas definidas como prioridade deveram ter uma ação corretiva.

O 5W3H's é a abreviação das palavras em inglês What (O quê), Where (Onde), When (Quando), Why (Porque), Who (Quem), How (Como), How much (Quanto custa) e How Mensuare (Como mensurar). Essa ferramenta possui a proposta de planejar uma ação respondendo a essas oito perguntas.

### 1.5. GUT

A ferramenta GUT é utilizada para priorizar ações. Origina-se das palavras Gravidade (G), Urgência (U) e Tendência (T). Ela deve ser utilizada após realizar a técnica Brainstoming, item 2.1, para priorizar as ideias/ problemas levantados.

Para realizar a matriz GUT, devem ser respondidas as seguintes perguntas:

577

000578

- a) Qual a **gravidade** do caso a ser atendido/ problema a ser resolvido?
- b) Qual a **urgência** do caso a ser atendido ou do problema a ser resolvido?
- c) Qual a **tendência** do caso a ser atendido ou do problema a ser resolvido? Deixado por si só ele terá tendência a desaparecer ou exige intervenção?

Essas perguntas devem ser respondidas utilizando as seguintes pontuações:

MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO GUT			
	Gravidade	Urgência	Tendência
1	Sem gravidade	Pode esperar	Irá piorar em longo prazo ou não irá piorar
2	Com certa gravidade	Merece atenção em curto prazo	Irá piorar em médio prazo
3	Extremamente grave	Precisa de ação imediata	Irá piorar rapidamente

**Tabela 2: Classificação da matriz de priorização**

Após colocar a pontuação deve se multiplicar os fatores GxUxT, essa será a priorização.

### 1.6. Matriz de Esforço e Impacto

A ferramenta *Matriz de Esforço e Impacto*, deve ser utilizada após realizar a técnica Brainstoming, item 2.1, para priorizar as ideias/ fragilidades levantadas.

Para cada ideia/problema deve-se perguntar:

- a) Qual o esforço que essa atividade exige para ser realizada;
- b) Qual o impacto dela nos processos;
- c) Depois deve correlacioná-las na matriz abaixo, figura 4;
- d) A priorização é o Quadrante I primeiro e IV por último.

As tarefas do Quadrante I são as mais produtivas, por impactarem um maior resultado com menor esforço.

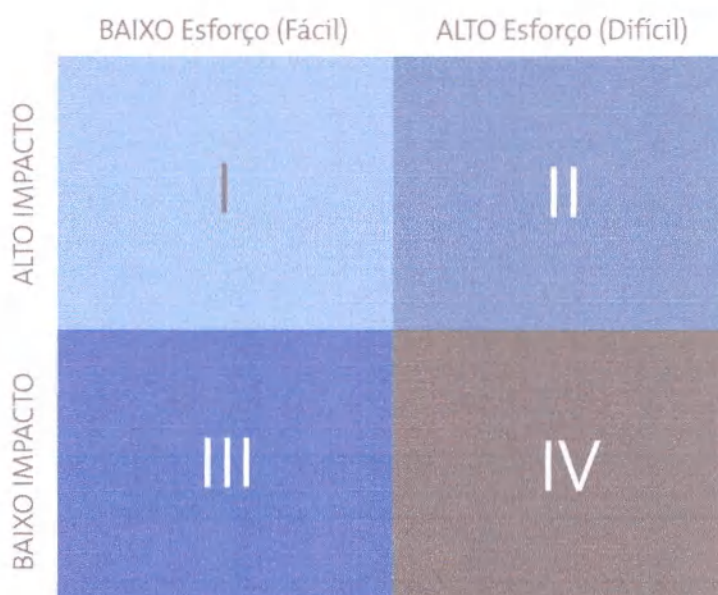
As ações do Quadrante II são importantes por trazerem resultados relevantes, mas com a desvantagem da difícil execução.



578

As tarefas do Quadrante III precisam ser tratadas com cuidado, pois apesar do pouco esforço, seus resultados são de baixo impacto.

O Quadrante IV é certamente o mais crítico, pois não há nada mais desestimulante do que se dedicar a tarefas que exigem muito esforço e rendem pouco resultado.




**Figura 4: Matriz de esforço e impacto**

### 1.7. ALARP

A ferramenta ALARP, ou Limite Aceitável de Risco, significa "tão baixo quanto razoavelmente praticável" (As Low as Reasonably Practicable = ALARP). É uma ferramenta visual que possibilita ver rapidamente quais são os riscos que devem receber mais atenção, o que torna muito mais fácil o entendimento e engajamento das equipes no processo.

Na unidade padronizamos o uso desta ferramenta para classificar as notificações. Toda notificação é categorizada, conforme demonstrado na tabela 3, cada notificação é colocada a sua probabilidade (quantas vezes ocorreu no mês) e a severidade (o grau de dano do incidente). Após a pontuação desses itens que vai de 1 a 5, multiplica os vetores e assim, a notificação pode ser:

579 

- a) Intolerável: Controlar e gerenciar em reunião de análise crítica;
- b) Alarme: Abrir plano de ação Monitorar e Acompanhar mensal;
- c) Tolerável: Monitorar e acompanhar mensalmente;

PROBABILIDADE		ANÁLISE PRELIMINAR DE RISCO				
Frequente (5x ou mais por mês)		5	10	15	20	25
Ocasional (4x ao mês)		4	8	12	16	20
Incomum (3x ao mês)		3	6	9	12	15
Remoto (2x ao mês)		2	4	6	8	10
Nunca (1x ao mês)		1	2	3	4	5
		Sem Dano	Dano Leve	Dano Moderado	Dano Grave	Óbito
	RISCO	GRAVIDADE				

	MEDIDAS	SEGMENTO
<b>≥ A 12 INTOLERÁVEL</b>	Nível de risco tão alto que requer ação significativa e urgente para reduzir a magnitude	Controlar e gerenciar Reunião de análise crítica
<b>5 A 10 ALARME</b>	Esforços devem ser feitos para reduzir os riscos (custo x benefício)	Abrir plano de ação Monitorar e Acompanhar mensal
<b>1 A 4 TOLERÁVEL</b>	Nível de risco que é baixo, mas deve ser gerenciado	Monitorar Acompanhamento mensal

Tabela 3: Matriz Alarp

## 2. GESTÃO POR PROCESSO

A Gestão por Processo permite identificar, entender e gerenciar os processos inter-relacionados como um sistema contribui para a eficácia e eficiência da organização no sentido desta atingir os seus objetivos.

Para uma gestão de processos eficaz deve-se entender a sua cadeia de valores e definir quais são os seus processos Gerenciais, Estratégicos e de Apoio, após isso precisa mapear o processo e seus ramos e realizar contratos e todo esse processo deve ser monitorado.

Na tabela 4, descrevemos as principais ferramentas que auxiliam na gestão por processo.

Item no documento	Ferramenta	Quando utilizar
3.1	Matriz de Priorização de Processo	Para definir a cadeia de valores
3.1	Fluxograma	Elaboração de fluxo de atividades.
3.2	SIPOC	Mapeamento de processos e definição de cadeia de valores.
3.3	HFMEA	Mapeamento de riscos.

**Tabela 4: Ferramentas apoiadoras a Gestão por processo**

## 2.1. Matriz de Priorização de Processo

A Matriz de Priorização de Processos (MPP) é uma ferramenta simples e prática que vai auxiliar a sua empresa na gestão das ações de melhoria organizacional, uma vez que serão definidos os processos estratégicos da organização. Ela auxilia a instituição a entender a forma como a organização apresenta seus processos com o objetivo de criar valor para partes interessadas e assegurar a execução da estratégia.

A MPP baseia-se nas na avaliação das seguintes perspectivas:

a) Impacto na sustentabilidade do negócio;

O processo que está sendo analisado gera impacto (alto, médio ou baixo) na sustentabilidade da organização? Pode ser entendida como o objetivo

000582

principal da organização (como contribuir para o hospital ser referência na região).

b) Impacto na assistência ao paciente;

O processo que está sendo analisado gera impacto (alto, médio ou baixo) na assistência ao paciente nessa organização? Por exemplo: um processo de internação em cuidado crítico repercute muito na assistência ao paciente se não for bem executado (alto impacto). Comparando esse processo com um processo de cuidado ambulatorial observa-se que esse tem menor impacto (médio).

c) Impacto no cliente interno;

O processo que está sendo analisado gera impacto (alto, médio ou baixo) ao cliente interno? Entende-se aqui por cliente interno os outros processos com os quais o processo em análise faz interface. Por exemplo: um processo de internação em cuidado crítico faz intensa interface com muitos outros processos?


d) Contribuição para a estratégia (missão e visão): O processo que está sendo analisado contribui com a estratégia na organização? (alto, médio ou baixo impacto) Por exemplo: atender pacientes em cuidado crítico faz parte da estratégia da organização? Essa organização tem como estratégia ser de alta complexidade?

De acordo com o impacto causado no processo por cada uma das perspectivas é dado uma pontuação:

- Alto impacto: 3
- Médio impacto: 2
- Baixo impacto: 1

Após avaliação faz-se a soma dos pontos obtidos por cada processo e obtém-se a priorização do mesmo:

- Alta priorização:  $\geq 9$  pontos
- Média priorização: 5 a 8 pontos
- Baixa priorização: 0 a 4 pontos

582 

Os processos estratégicos, ou finalísticos, são os de alta priorização.

## 2.2. Fluxograma

O fluxograma é uma ferramenta gráfica utilizada para identificar o caminho real e ideal para um processo. É uma ilustração sequencial de todas as etapas de um processo, mostrando todas as suas relações.

Para a padronização dos fluxos dentro da instituição deverá ser utilizado o Software Bizagi. Todo fluxograma, possui uma linguagem padrão, isso facilita o entendimento de todos, torna o fluxo mais visível e unificado. A figura 5 representa os símbolos mais utilizados no Bizagi.

Para elaboração do fluxograma deve-se seguir algumas regras:

- a) Toda tarefa, é uma ação e deve-se iniciar com um verbo no infinitivo;
- b) As caixas correspondentes as tarefas, obrigatoriamente, devem conter uma ligação sequencial. De cada tarefa pode-se obter apenas uma ligação;
- c) As tomadas de decisão/questionamentos devem ser seguidas de duas vias;
- d) Os caminhos paralelos devem, obrigatoriamente, conter no mínimo 2 vias;
- e) Todas as pessoas envolvidas no processo devem participar dessa construção;
- f) O fluxograma deve ser validado na prática antes de ser finalizado.



Figura 5: Símbolos padronizados para o fluxograma

### 2.3. SIPOC

<b>MAPEAMENTO DO PROCESSO</b>				PROCESSO:
				PRINCIPAL PRODUTO:
FORNECEDOR	ENTRADA	FLUXO DE ATIVIDADES	SAÍDA	CLIENTE

Figura 6: Modelo de mapeamento de processo- SIPOC

O SIPOC, demonstrado na figura 6, é uma ferramenta de mapeamento de processos e definição de cadeia de valores, nela é possível identificar todas as entradas e saídas, bem como os fornecedores e clientes de um processo.

SIPOC é a abreviação das palavras em inglês, **Suppliers (fornecedores), Inputs (insumos), Process (processo), Outputs (saídas) e customers (clientes).**

Para aplicar essa metodologia deve-se seguir os seguintes passos:

- a) Definir qual o processo que será mapeado e qual o principal produto;





- b) Convocar todos os envolvidos no processo, inclusive os fornecedores e clientes;

**2.4. HFMEA**

Mapeamento de Risco - HFMEA												
Fluxo de Processos	Modo de Falha:	Risco/ Efeito:	Causa/ Perigos:	Controle:	Contingência:	Documentos envolvidos:	Gerenciamento de Risco					
							Ocorrência	Severidade	Deteção	Índice de Risco (RPN) = OxSxD	Classificação	Indicador relacionado

**Figura 7: Modelo de mapeamento de risco - HFMEA**

O HFMEA, (Hospital Failure Mode Effects Analysis), demonstrado na figura 7, é uma ferramenta para identificar os tipos e efeitos de falhas das atividades de um processo. Em cada etapa do processo deve-se verificar:

- a) **Modo de falha:** O que poderá falhar nesta atividade e quais tipos de falhas poderão ocorrer?
- b) **Risco/Efeito:** O que pode acontecer se esta falha ocorrer?
- c) **Causa/Perigo:** Por que essas falhas poderão ocorrer?
- d) **Controle:** Quais mecanismos de controle existentes para evitar as falhas identificadas pelo grupo?
- e) **Contingência:** Se o risco acontecer o que deve ser feito?
- f) **Documentos envolvidos:** POI, DIT, POP, PRO etc.;

Além de identificar todas as possíveis falhas, o HFMEA classifica os riscos pela gravidade - RPN (número de prioridade de riscos). Para esse cálculo é utilizado a **ocorrência** versus **severidade** versus **gravidade**. A classificação de cada variável é baseada nos seguintes critérios:

- a) **Ocorrência:** qual a frequência que o modo de falha acontece?

Aspecto	Classificação	
	Pontuação	Classe
Ocorrência	5	Muito Alta
	4	Alta
	3	Ocasional
	2	Baixa
	1	Nunca

Tabela 4: Classificação da ocorrência do modo de falha

- b) **Severidade:** qual a severidade do risco/ efeito?

Aspecto	Classificação	
	Pontuação	Classe
Severidade	5	Catastrófico
	4	Crítico
	3	Moderada
	2	Baixa
	1	Insignificante

Tabela 5: Classificação da severidade do risco/efeito

- c) **Deteção:** Qual a possibilidade/ métodos utilizados para detectar os riscos/efeitos?

Aspecto	Classificação		
	Pontuação	Classe	Descrição
Deteção	5	Quase impossível	Não há controle ou ferramenta conhecida para detectar a falha.
	4	Baixa	Pequena possibilidade de se detectar. <i>Não há checagem ou existe conferência mínima</i>
	3	Média	Moderada nos controles ou nas ferramentas de monitoramento. Dupla checagem no mesmo local.

2	Alta	Alta nos controles ou nas ferramentas de monitoramento. Dupla ou tripla checagem em locais diferentes.
1	Quase Certa	Muito alta nos controles ou nas ferramentas de monitoramento. O sistema não permite que o processo continue.

**Tabela 6: Classificação da detecção do modo de falha**

Após classificar os pesos de cada categoria do RPN, multiplica-se os fatores para definir o grau do risco e assim traçar as ações, conforme tabela 5:

Gerenciamento de Risco		
RPN (OxSxD)	Classificação	Ação
61 a 125	Alto	Monitorar através de indicador
28 a 60	Médio	Plano de ação a curto prazo
1 a 27	Baixo	Plano de ação a médio prazo

**Tabela 7: Classificação do grau do risco**

Para aplicar essa metodologia deve-se seguir os seguintes passos:

- Convidar os envolvidos no processo, incluindo cliente e fornecedor;
- Realizar o Fluxograma, conforme item 3.2;
- Realizar o SIPOC, conforme item 3.3;
- Colocar todas as etapas do fluxograma no HFMEA na coluna fluxo de processos;
- Preencher todas as etapas do processo linearmente para passar para outra etapa;
- Utilizar, preferencialmente, a ferramenta Brainstorming, item 2.1, para elencar os campos do HFMEA.

## 2.5. MAPEAMENTO DE PROCESSOS E RISCOS

MAPEAMENTO DO PROCESSO E RISCOS										PROCESSO:		
										PRINCIPAL PRODUTO:		
										Data:		
FORNECEDOR :	ENTRADA	FLUXO DE ATIVIDADE	SAÍDA	CLIENTE:	RISCO	GERENCIAMENTO DE RISCO			BARREIRA :	CONTIGÊNCIA :	DOCUMENTOS:	AÇÃO/INDICADOR
						Ocorrência: Severidade:	Deteção:	RPN: OX5xD				

**Figura 8: Modelo de mapeamento de processos e riscos**

O mapeamento de processos e riscos é uma técnica gráfica, visual, para apresentar as atividades inter-relacionando com seus riscos, facilitando assim o gerenciamento das atividades. Ele é a junção do mapeamento de processos, SIPOC, com o mapeamento de riscos, HFMEA. Ficando assim mais didático e eficiente o acompanhamento do processo e seus riscos.

## 2.6. Contratualizações

CONTRATUALIZAÇÃO						PROCESSO:
						PRINCIPAL PRODUTO:
						Data:
FORNECEDOR/ CLIENTE	PRODUTO OU SERVIÇO	CARACTERÍSTICAS DA ENTREGA/ RECEBIMENTO	PRÉ REQUISITOS	FERRAMENTA DE MEDIÇÃO	PATROCINADOR	

**Figura 9: Modelo de contrato**

O contrato deve ser fechado, preferencialmente, após o mapeamento, estar finalizado e validado. A sua função é monitorar a efetividade das ações críticas de um processo.

Para realizar um contrato deve seguir os seguintes passos:

- Fornecedor:** Quem vai entregar algo para você?
- Produto ou serviço:** O que será entregue?
- Características da entrega:** Como vai entregar? (Tempo, funcionalidade e qualidade);

- d) **Pré-requisitos:** Existe alguma informação necessária para que o acordo aconteça;
- e) **Ferramenta de medição:** Como será acompanhado e qual frequência;
- f) **Patrocinadores pelo controle:** Quem irá acompanhar?

Quando o contrato for realizado com o cliente do processo os passos 1, 2 e 3 são alterados para:

- a) **Cliente:** Para quem você vai entregar algo?
- b) **Produto ou serviço:** O que será disponibilizado?
- c) **Características da entrega:** Como vai disponibilizar? (Tempo, funcionalidade e qualidade).

### 3. GESTÃO DE PROJETOS

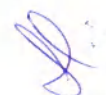
Toda melhoria requer uma mudança, para realmente termos uma melhoria nos processos precisamos realizar projetos de melhorias estruturados. A gestão de projeto auxilia a implantação de melhorias efetivas no processo. Existem várias metodologias para gestão de projetos, na instituição adotamos o PDCA e A3.

#### 3.1. PDCA

Uma metodologia utilizada para gerenciar melhorias dos processos é conhecida como PDCA, este modelo é composto por 4 fases e em cada fase utiliza-se várias ferramentas para a sua construção, conforme demonstrado na tabela 8. O PDCA é a abreviação das palavras em inglês Plan, Do, Check e Action.

A primeira fase **Plan**, é a fase de **planejar**. Nesta etapa deve-se conhecer o cenário e mapear o território. Esta é a fase de descrever o processo e identificar os problemas, as oportunidades de melhorias, conhecer os clientes e fornecedores e assim definir planejar as ações de melhorias e as metas a serem alcançadas.

Após planejar, o segundo passo é **executar** o que foi planejado, esta é a fase **DO**, nesta etapa realiza as tarefas que foram planejadas na etapa anterior e coleta dados para serem analisados na próxima etapa.



A **verificação** é a terceira etapa do ciclo, correspondendo a fase **CHECK**, neste momento confere-se se o que foi executado está conforme o planejado, ou seja, se a meta foi alcançada, também identifica os desvios na meta e/ou no método utilizado.

Para a finalização do ciclo de melhoria é importante **aprender e agir** com o que foi realizado, esta é a última fase, que é o **Action**. Nesta fase, corrige os desvios identificados na fase anterior, e caso tenha ocorrido tudo dentro do conforme é a hora de realizar ações preventivas.

Como já foi dito o PDCA é um ciclo de melhoria, com isso os processos devem ser revisitados constantemente.

Fase do ciclo	Ação	Ferramentas Utilizadas
<b>P</b>	Mapear o processo/ fragilidade	Fluxograma, SIPOC e HFMEA
	Diagnosticar	Brainstorming, gráficos
	Analisar	Ishikawa
	Planejar ação	5W3H's
<b>D</b>	Executar	Auditorias
<b>C</b>	Checagem	Pareto, gráficos
<b>A</b>	Aprendizagem	5W3H's, Ishikawa

Tabela 8: PDCA e as ferramentas da Qualidade

### 3.2. A3

O método A3 é um método estruturado usado para planejar, acompanhar e comunicar melhorias, ele estimula a simplicidade, o poder de síntese e de foco dos agentes de melhoria e dos tomadores de decisão. Além disso, ajuda a desenvolver as pessoas através do pensamento sistêmico para solução de problemas.

O nome do método é justamente devido a forma prática em que é realizado, realiza-se todas as etapas do projeto e é apresentado em uma folha A3, conforme figura 10.



000591

■ ■ ■	Título:	Data	Responsável
		Data de Aprovação:	Gerente que aprovou:
Considerações Iniciais:		Proposta de melhoria:	
Situação Atual:		Plano de Ação (O que? Quem? Quando?):	
Objetivo:		Descrição:	Responsável:
Análise:		Início:	Fim:
		Acompanhamento/indicadores:	

**Figura 10: Apresentação do Método A3**

O método segue as seguintes fases:

a) Background ou considerações iniciais:

Sobre o que você está falando e por quê? Qual é o propósito, a necessidade do negócio para a escolha dessa questão? Definição do problema; Histórico do problema; Levantamento das perdas atuais;

b) Situação ou estado atual:

Como estamos agora? Como está o indicador? O que está acontecendo agora em comparação com o que deseja ou com o que deveria estar acontecendo? Quais fatos ou dados indicam que há um problema ou uma necessidade? Mostre dados: fotos, mapas, indicadores;

c) Objetivos:

591 



000592

Qual resultado específico é solicitado? Estabelecer metas em relação à melhoria desejada como resultado do exercício. Isso pode incluir uma porcentagem de melhoria na taxa de transferência do processo, redução no número de defeitos por unidade ou tempo de processamento. Os objetivos devem ser específicos, mensuráveis, realistas, alcançáveis e oportunos. Muitas empresas estão adotando a abordagem da meta SMART.

d) Análise:

Por que há o problema ou a necessidade? Que pontos específicos no processo de trabalho indicam o motivo da existência de necessidades e desvios no desempenho. Realizar análise da causa raiz (Ishikawa).

e) Proposta de melhoria:

Qual a sua proposta e por quê? Quais são as opções para enfrentar os desvios a melhorar o desempenho na situação atual? Sempre comece com duas ou três alternativas para avaliação? Como elas se comparam em eficácia e viabilidade? Quais são seus custos relativos a beneficiar? Qual delas você recomenda e por quê?

Mostre como suas ações propostas vão enfrentar as causas específicas dos desvios ou restrições que você identificou na sua análise.

f) Plano de ação:

Quais serão as principais ações no processo de implementação e em qual sequência? Quais suportes e recursos serão necessários? Quem será responsável pelo que, quando e quanto será gasto? Como você irá medir a eficácia? Quando o processo será revisado e por quem? Utilizar 5W3H's;

g) Acompanhamento e indicadores:

Como irá garantir o ciclo de melhorias? Como e quando você saberá os planos tem sido seguido e as ações tiveram o impacto planejado e necessário? Como você saber se atingiu as metas? Como você saberá se você reduziu o desvio

592



no desempenho? Quais questões relacionadas ou consequências inesperadas você prevê? Quais contingências necessárias você pode antecipar? Quais processos você vai usar para possibilitar, assegurar e sustentar o sucesso? Como você vai compartilhar seus aprendizados com outras áreas?

#### 4. FERRAMENTAS PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

O Planejamento Estratégico é um processo administrativo contínuo, sistemático, organizado, capaz de prever o futuro e que, de forma inovadora e diferenciada, possibilita a tomada de decisões que minimizem riscos e estabeleçam

BSC		a melhor direção a ser seguida pela empresa.
<b>Referencial Estratégico</b>	Missão Visão Valores SWOT	Para elaboração de um planejamento estratégico eficaz
<b>Mapa Estratégico</b>	Objetivos Estratégicos	existem metodologias que auxiliam em colocar o planejamento de forma mais simples e de fácil execução.
<b>Balanced Scorecard (Painel de Medidas)</b>	Metas Indicadores	Uma das metodologias mais utilizadas é o BSC - Balanced
<b>Iniciativas Estratégicas</b>	Processos Projetos Programas	

Tabela 9: BSC e seus componentes Scorecard.

A composição do BSC é sempre em 4 perspectivas: Financeira, Clientes (Sociedade), Processos, Aprendizado e Crescimento.

A metodologia do *Balanced Scorecard* apresenta uma tradução confiável do Referencial Estratégico (Missão, Visão e Valores) traduzida em: um Mapa Estratégico (objetivos estratégicos); no *Balanced Scorecard* (Indicadores e metas para os objetivos estratégicos) e nas *Iniciativas Estratégicas*, conforme mostra a tabela 09.

##### 4.1. Matriz SWOT

Para elaboração do referencial estratégico é utilizado a ferramenta Matriz SWOT, abreviação das palavras Strengths (Pontos Fortes), Weaknesses (Pontos

593 

Fracos), Opportunities (Oportunidades), Threats (Ameaças), ou em português FOFA.

Essa ferramenta é utilizada para fazer um diagnóstico organizacional, verificando os ambientes internos e externos da instituição e apoia a construção da Proposta de Valor.

No ambiente externo existem as oportunidades e as ameaças e no interno as forças e as fraquezas. Logo, sempre que existe uma ameaça devo verificar se existe uma força para mitigar a ameaça, e caso não exista devo transformar uma fraqueza em Força. Na ocorrência de oportunidades devo me apoiar em Forças para aproveitá-las. Só havendo fraquezas devo transformá-las em Forças para aproveitar a oportunidade. Na figura 10, verificamos um resumo da Matriz SWOT.

AMBIENTE INTERNO		OPORTUNIDADES				AMEAÇAS			
		O1	O2	O3	On	A1	A2	A3	An
<b>PONTOS FORTES</b>	<b>força 1</b>	<b>CAPACIDADE OFENSIVA</b> <i>capacidade de suas forças "capturarem" oportunidades relacionadas ao ambiente externo.</i>				<b>CAPACIDADE DEFENSIVA</b> <i>poder do conjunto das forças da organização neutralizar ou minimizar ameaças do ambiente externo.</i>			
	<b>força 2</b>								
	<b>força 3</b>								
	<b>força n</b>								
<b>PONTOS FRACOS</b>	fraqueza 1	<b>INCAPACIDADE OFENSIVA</b> <i>quando as fraquezas atuais dificultam ou impedem a organização de aproveitar as oportunidades.</i>				<b>INCAPACIDADE DEFENSIVA (VULNERABILIDADE)</b> <i>quando as fraquezas atuais acentuam os riscos das ameaças impactarem a organização.</i>			
	fraqueza 2								
	fraqueza 3								
	fraqueza n								

Figura 880: Matriz de Avaliação Estratégica

Fonte: ENAP

## 5. PROTOCOLO DE LONDRES:

000595

O Protocolo de Londres é a versão revista e atualizada do "Protocolo para Investigação e Análise de Incidentes Clínicos", ela é uma metodologia para auxiliar a investigação de incidentes que envolveram os pacientes.

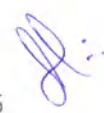
O objetivo do protocolo é auxiliar a investigação de incidentes, de modo que consiga encontrar todos os fatores que possa ter contribuído para o incidente ocorrer e através disso propor barreiras para que incidentes similares não volte acontecer.

Na instituição, o Protocolo de Londres será utilizado apenas para incidentes com dano grave e óbito.

Para condução do protocolo, deve-se seguir as seguintes etapas:

- 1) Avaliar o prontuário do paciente de forma minuciosa detalhando os pontos principais que possam ter levado ao desfecho;
- 2) Realizar entrevista com os principais envolvidos no dia do incidente, quanto mais próximo da data do incidente, mais rica será a entrevista. A entrevista deve ser em um local calmo e que mantenha o sigilo do entrevistado;
- 3) Reunir uma equipe multiprofissional para avaliar o caso. Neste dia será apresentado o resumo da história clínica e cronologia do evento e as entrevistas, preservando os dados dos entrevistados. Recomenda-se, que as pessoas que tiveram papel ativo no incidente, não esteja no dia da avaliação, estas devem ser entrevistadas previamente;
- 4) Avaliar os fatores contribuintes que podem ter levado o incidente, tabela 10;
- 5) Realizar Análise de Causa (ISHIKAWA) e Plano de Ação (5W3H's);
- 6) Realizar um resumo e repassar para toda a equipe.

TIPO DE FATOR	FATOR CONTRIBUINTE
<b>Fatores do Paciente</b>	<input type="checkbox"/> Condições clínicas (complexidade e gravidade); <input type="checkbox"/> Comunicação e linguagem; <input type="checkbox"/> Fatores sociais.
<b>Fatores da Tarefa ou Tecnologia</b>	<input type="checkbox"/> Estrutura da tarefa e sua transparência; <input type="checkbox"/> Disponibilidade e uso de protocolos; <input type="checkbox"/> Disponibilidade e precisão dos resultados dos testes;



TIPO DE FATOR	FATOR CONTRIBUINTE
	<input type="checkbox"/> Auxílios a tomada de decisão.
<b>Fatores Individuais (pessoas)</b>	<input type="checkbox"/> Conhecimento e habilidades; <input type="checkbox"/> Competência; <input type="checkbox"/> Saúde física e mental.
<b>Fatores do Time (equipes)</b>	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal; <input type="checkbox"/> Comunicação escrita; <input type="checkbox"/> Supervisão e solicitação de ajuda; <input type="checkbox"/> Liderança da equipe.
<b>Fatores do Ambiente de Trabalho</b>	<input type="checkbox"/> Disponibilidade de profissionais qualificados; <input type="checkbox"/> Carga de trabalho e características do plantão; <input type="checkbox"/> Disponibilidade e manutenção de equipamentos; <input type="checkbox"/> Apoio administrativo e gerencial; <input type="checkbox"/> Ambiente físico.
<b>Fatores Organizacionais e Gerenciais</b>	<input type="checkbox"/> Recursos e restrições financeiras; <input type="checkbox"/> Estrutura organizacional; <input type="checkbox"/> Políticas, padrões, protocolos ambíguos, normas pouco claras; <input type="checkbox"/> Prioridades e cultura da segurança; <input type="checkbox"/> Contexto regulatório e econômico; <input type="checkbox"/> Ligações com organizações externas.

Figura 10: Quadro de Fatores que Influenciam a Prática Clínica

## 6. REFERÊNCIAS

AZEVEDO, TCCS; TEIXEIRA, ALA, CARMO, LFRRS; FIORENCIO, L. Mapeamento de processos: fundamentos, ferramentas e caso em uma operação logística. XVIII Simpósio de Pesquisa Operacional & Logística da Marinha, **Blucher Marine Engineering Proceedings**. v. 2, p. 37-50, 2016.

BARBOSA, LA; DREGER, AA; MARON, GM; SANTANA, RMC. **Metodologia DMAIC aplicada à solução de problemas em uma planta petroquímica**. *Espacios*. v.36, n.14,2015.

BURMESTER, H. **Gestão da qualidade hospitalar**. 1.ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

000597

**CAIXEIRO, FTO.** Aplicação do método Análise dos Modos de Falha e seus Efeitos (FMEA) para a prospecção de riscos nos cuidados hospitalares no Brasil. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

**CERQUEIRA, L.A.M.** Curso Planejamento Estratégico para Organizações Públicas. Módulo 1: Introdução ao Planejamento Estratégico. Enap Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2019.


**CERQUEIRA, L.A.M.** Curso Planejamento Estratégico para Organizações Públicas. Módulo 3: Construindo a Visão. Enap Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2019.

**HINRICHSEN, SL; POSSAS L; OLIVEIRA, CLF, RAMOS, DM; VILLELA, TAS.** Análise de Modos e Efeitos de Falhas (FMEA) e metas internacionais de segurança do paciente: estudo-piloto. RAS. v.14 n.57, p 151-60, 2012.

**SILVA, AEBC.** Análise de risco do processo de administração de medicamentos por via intravenosa em pacientes de um Hospital Universitário de Goiás. Ribeirão Preto, 2008. Tese de Doutorado - Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2008.

Taylor-Adams S, Vincent C. **Systems analysis of clinical incidents: The London protocol.** Clin Risk. 2004;10(6):1-21.

<b>Elaborado por:</b> Jaqueline Vieira de Almeida	<b>Homologado por:</b> Jaqueline Vieira de Almeida	<b>Aprovado para uso:</b> Rodrigo Lima Dutra
--	---	---



597



000598

## 5.2 ANEXO II – PROTOCOLOS

Disponível através do Link:

[Edital de Processo Público de Seleção n.º 001-2022, Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz](#)

598

000599

### 5.3 ANEXO III – DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

Disponível através do Link:

[Edital de Processo Público de Seleção n.º 001-2022, Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz](#)



599



000000

## 5.4 ANEXO IV – COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA

Disponível através do Link:

[Edital de Processo Público de Seleção n.º 001-2022, Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz](#)

600





000601

**5.5 ANEXO V - COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DO CORPO CLÍNICO EM  
UNIDADE HOSPITALAR E DE UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DE MÉDIA A ALTA  
COMPLEXIDADE**

Disponível através do Link:

[Edital de Processo Público de Seleção n.º 001-2022, Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz](#)

601

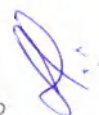
000602

**5.6 ANEXO VI - COMPROVAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO ONDE ESTÁ LOCALIZADA A SEDE DA OSS.**

Disponível através do Link:

[Edital de Processo Público de Seleção n.º 001-2022, Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz](#)

602





000603

**5.7 ANEXO VII - COMPROVANTE DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO DE  
ESPECIALIZAÇÃO**

Disponível através do Link:

[Edital de Processo Público de Seleção n.º 001-2022, Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz](#)

603

000604

## 5.8 ANEXO VIII – DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

Disponível através do Link:

[Edital de Processo Público de Seleção n.º 001-2022, Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz](#)

604





000605

## 5.9 ANEXO IX – PROPOSTA ECONÔMICO-FINANCEIRA

Disponível através do Link:

[Edital de Processo Público de Seleção n.º 001-2022, Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz](#)

605

000606

## 5.10 ANEXO X- PROPOSTA DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POPS) E FORMULÁRIOS

Disponível através do Link:

[Edital de Processo Público de Seleção n.º 001-2022, Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz](#)

606 

5.11 ANEXO XI – PROPOSTA DE MANUAIS

000607

Disponível através do Link:

[Edital de Processo Público de Seleção n.º 001-2022, Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz](#)

607



000608

## 5.12 ANEXO XII – PROPOSTA DE ORGANOGRAMA

Disponível através do Link:

[Edital de Processo Público de Seleção n.º 001-2022, Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz](#)



608





## 5.13 ANEXO XIII - PROPOSTA DE REGIMENTO CORPO CLÍNICO

000609

Todos os Regimentos Internos da Unidade Assistencial de Saúde atualmente implantados, serão motivos de pauta de reunião para análise e se necessário, adequações pertinentes poderão ser implementadas a partir do padrão apresentado.

A Proposta para Regimento Interno do Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso Manoel de Paiva será apresentada abaixo:

### CAPÍTULO I - PRINCÍPIOS

**ARTIGO 1º** - O Regimento Interno do Corpo Clínico visa disciplinar a constituição, ações, relações, avaliações e direção dos médicos que utilizam as instalações desta instituição para o exercício de suas atividades profissionais.

**ARTIGO 2º** - O Corpo Clínico do Hospital será formado pelo conjunto de médicos nas diversas especialidades, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política, cultural e religiosa, desde que respeitando este Regimento.

### CAPÍTULO II- OBJETIVOS

**ARTIGO 3º** - O Corpo Clínico do Hospital tem os seguintes objetivos:

a. Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos e do pessoal técnico através de estímulo à pesquisa científica, discussões de casos clínicos, bem como revisão continuada da saúde dos pacientes e funções diárias da equipe multiprofissional.

a. Assegurar a melhor assistência aos clientes da Instituição através de seu envolvimento com as normas gerais do hospital, do conhecimento de toda a infraestrutura que o hospital pode oferecer, do seu compromisso com suas funções e interesse para oferecer informações adequadas a seus clientes.

a. Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição através das participações nas discussões de casos, nas reuniões científicas e na educação continuada de toda a equipe multiprofissional em suas áreas de atuação, oferecendo informações técnico-científicas, esclarecimentos legais e psicológicos.

a. Estimular a pesquisa médica direcionada para a melhor assistência de seus clientes, registrando-a nas respectivas comissões, seguindo os preceitos estabelecidos pela ética em pesquisa médica.

a. Cooperar com a administração da instituição, visando a melhoria da assistência prestada através do conhecimento das normas gerais pré-estabelecida pela administração.

609

- a. Estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados através da elaboração de protocolos de diagnóstico e conduta médica em cada setor de atendimento especializado.

000610

### CAPÍTULO III – COMPOSIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

**ARTIGO 4º** - O Corpo Clínico do Hospital obedece a este regimento e é constituído em todos os níveis aqui estabelecidos por médicos legalmente habilitados, a quem cabe a execução de todos os atos médicos necessários aos pacientes, com plena autonomia profissional.

**ARTIGO 5º** - O Corpo Clínico do Hospital compõe-se de todos os médicos que utilizam suas instalações, dependências ou serviços e que se encontram em pleno direito de exercer a profissão, sendo classificados nas seguintes categorias:

I – MEMBROS EFETIVOS: Profissionais que, em obediência as normas próprias de frequência mínima, desenvolvem, prioritariamente, suas atividades na Instituição, possuindo direito a voto na eleição para diretoria clínica.

II – MEMBROS CONVIDADOS: Profissionais que pelo seu destaque profissional e notório conhecimento da especialidade são indicados pelo corpo clínico e/ou pela Direção do Hospital para exercer orientação, consultoria ou segunda opinião na sua área, de acordo com normas pré-estabelecidas, porém sem direito a voto na eleição para diretoria clínica.

III – MEMBROS FILIADOS: Profissionais que atuam no hospital, sem nele exercerem, prioritariamente suas atividades, possuindo direito a voto na eleição para diretoria clínica.

IV – MEMBROS EVENTUAIS: Médicos que, esporádica ou excepcionalmente desenvolvam atividades no Hospital, a fim de assistir a um paciente específico, porém sem direito a voto na eleição para diretoria clínica.

### CAPÍTULO IV - ÓRGÃOS DO CORPO CLÍNICO

**ARTIGO 6º** - Os Órgãos do Corpo Clínico são:

- I – Diretoria Técnica de Saúde (Médico)
- II – Diretoria Clínica (Médico)
- III – Comissão de Ética Médica
- IV – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
- V – Comissões Permanentes ou Temporárias
- VI – Médicos do Hospital

### CAPÍTULO V - DAS FINALIDADES

**Artigo 7º.** O Hospital destina-se a prestar atendimento de Média Complexidade, em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Psiquiatria e Ginecologia/Obstetrícia, regulados pelo Complexo Regulador Municipal.

§1o. O Hospital disponibiliza os seguintes serviços à comunidade usuária do SUS durante 24 horas, 7 dias por semana.

610

000611

- I. Internação Hospitalar nas clínicas: médica, cirúrgica, pediatria, e gineco/obstétrica nas suas várias especialidades, em situação eletiva e referenciada.
- II. Exames de Raios X Convencional
- II. Exames de Ultrassonografia
- III. Exame para diagnósticos em: ECG
- IV. Tomografia Computadorizada
- V. Atendimento Ambulatorial para pacientes egressos da internação hospitalar e regulados
- VI. Laboratório de Análises Clínicas

**Artigo 8º.** O Hospital será mantido com base nas verbas específicas oriundos da Secretaria Municipal de Saúde

**Artigo 9º.** A estrutura do Hospital, compreende três áreas articuladas, figurando na primeira a estrutura para atendimento ambulatorial, na segunda a técnico administrativa e na terceira assistencial para internação.

**Artigo 10.** A estrutura do Hospital, distribui-se, hierarquicamente, pelos seguintes níveis de decisão, coordenação e execução:

- I. Diretorias.
- II. Gerência, Supervisões e Coordenações
- III. Responsáveis.

**Artigo 11.** A Diretoria tem a responsabilidade de coordenar e fiscalizar as atividades da estrutura do Hospital.

§ 1o. A Diretoria é composta por: Diretor-Geral, Gerente Administrativo, Diretor Técnico e Diretor Clínico, neste caso, responderá também pelo Corpo Clínico do hospital e com atribuições específicas de representatividade do corpo clínico conforme a legislação vigente.

2o. O Diretor Geral será substituído nos seus impedimentos pelos Diretores Técnico, Gerente Administrativo, nesta ordem.

## **CAPÍTULO VI - COMPETÊNCIAS, DIREITOS E DEVERES DO CORPO CLÍNICO E SEUS ÓRGÃOS.**

**Artigo 12.** Ao Diretor-Geral, compete:

- I. Gerir e representar o Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso.
- II. Nomear conjuntamente com o Diretor Técnico, o(a) Coordenação de Enfermagem.
- V. Cumprir e fazer cumprir as decisões dos órgãos e entidades responsáveis por autorizações e licenças para o funcionamento, e particularmente as da Secretaria.
- VI. Cumprir e fazer cumprir as normas deste Regimento Interno.
- VII. Zelar pela ordem, aplicando as sanções disciplinares, que sejam de sua competência.

611





000612

VIII. Aplicar recursos orçamentários destinados ao Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

IX. Autorizar despesas de compras e serviços de urgência e, se necessário, delegar esta autorização a outros colaboradores.

X. Elaborar e submeter à apreciação da Secretaria Municipal de Saúde e outros a quem ela determinar, os relatórios e informações preconizados no Contrato de Gestão.

**Artigo 13.** As Gerências são órgãos executivos da Diretoria, com atribuição de promoverem a articulação dos Serviços da Unidade, para ordenação dos trabalhos assistenciais e administrativos.

Parágrafo 1º. As Gerências, Coordenações e Supervisões serão exercidas por profissionais de nível superior das áreas de saúde, preferencialmente com administração hospitalar, ou experiência profissional equivalente, quando couber, em regime de tempo integral.

Parágrafo 2º. A Diretoria Técnica coordenará as atividades do corpo clínico, bem como aquelas relacionadas à assistência não médica, de terapias complementares, de diagnóstico e de farmácia.

Parágrafo 3º. O Diretor Técnico fará a coordenação de todas as comissões técnicas, reportando-se à Diretoria-Geral. Também deverá assessorar o Diretor-Geral nas suas atribuições e atender as suas solicitações de suporte às atividades técnicas.

Parágrafo 4º. A Gerência Administrativa será responsável pela gestão dos recursos humanos, serviços de apoio e serviços de apoio ao atendimento, incluindo o faturamento, tecnologia da informação e geração de informações para a SMS.

**Artigo 14.** Ao Gerente Administrativo, compete:

I. Zelar pela ordem, aplicando as sanções disciplinares, que sejam de sua competência.

II. Elaborar levantamentos de custos visando atender aos requisitos de informações e aos requisitos do diretor geral e demais diretores.

III. Coordenar e controlar as atividades da área de informática zelando para a eficiência e segurança das informações geradas e armazenadas.

IV. Executar o faturamento dos serviços prestados e controlar o recebimento das verbas orçamentarias ou extraordinárias, prestando contas conforme definido no contrato de gestão e a diretoria-geral.

V. Apresentar ao diretor-geral, até o final do primeiro mês de cada ano, relatório das atividades do ano anterior e proposta de trabalho para o ano subsequente.

VI. Autorizar, o recrutamento, a seleção e o treinamento de pessoal e propor contratação e desligamento de acordo com a legislação vigente.

VII. Assinar folhas de pagamento de serviços extraordinários dos colaboradores médicos e técnicos da equipe de retaguarda das unidades assistenciais de saúde.

VIII. Delegar atribuições aos responsáveis pelos serviços ligados à sua gerência e definir normas e determinações de serviços, no âmbito administrativo.

IX. Fiscalizar as tarefas executadas pelo pessoal administrativo, bem como executar estratégias para treinamento dos colaboradores.

612

000613

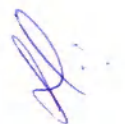
- X. Determinar e controlar demais serviços de acordo com o organograma.
- XI. Apresentar ao Diretor-Geral, até o final do primeiro mês de cada ano, relatório das atividades da diretoria no ano anterior e proposta de trabalho para o ano subsequente.
- XII. Coordenar atividades correlatas.

**Artigo 15 - Compete à Diretoria Técnica:**

- I – Administrar todas as atividades próprias da Unidade, em colaboração com os órgãos respectivos de cada área.
- II – Assumir a responsabilidade técnica da Unidade e representá-lo junto às autoridades, conforme a legislação.
- III – Tomar ciência e desencadear as medidas para implantações das recomendações emanadas dos Órgãos do Corpo Clínico, da Legislação e das Entidades Médicas.
- IV – Planejar, organizar e dirigir administrativamente as clínicas, serviços e unidades do hospital, determinando a destinação de recursos físicos, financeiros e humanos, assegurando condições dignas de trabalho para melhorar o desempenho do corpo clínico, em benefício dos pacientes usuários da instituição.
- V – Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.
- VI – Acionar a Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.

**Artigo 16 – Compete ao diretor Clínico:**

- I - O Diretor Clínico e seu substituto, de acordo com as resoluções do CFM n.º 1481/97 deverão ser eleitos pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto, de acordo com artigo 6º, através de processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade, com antecedência mínima de 10 dias, sendo que a forma de eleição deverá ser direta e secreta, com mandato inicial de 2 anos, podendo ser reeleito.
  - II - O Diretor Clínico deve ser membro efetivo do corpo clínico, possuir conhecimentos técnicos e científicos que abrangem o atendimento global do paciente, assim como condições científicas para estimular a pesquisa. Deve estar presente durante o período de maior atividade do Hospital e permanentemente a disposição do mesmo.
- Parágrafo único - Compete ao Diretor Clínico dirigir e coordenar o Corpo Clínico, supervisionando a execução das atividades assistenciais e zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição. Para atingir as metas estabelecidas neste artigo são atribuições do Diretor Clínico:
- a. Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da Instituição, propagando o sentimento de responsabilidade entre seus membros.
  - a. Assessorar o Diretor Técnico e órgãos administrativos no planejamento, organização e direção das clínicas, unidades e serviços da Instituição.
  - a. Desenvolver o espírito da crítica, estimulando o estudo e a pesquisa.
  - a. Desenvolver e estimular o relacionamento cordial entre os médicos e outros profissionais, e destes com a administração.



613



- a. Supervisionar as execuções das atividades de assistência Médica da Instituição.
- a. Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição.
- a. Exercer a função de mediador, esclarecendo às partes interessadas em eventual conflito de posições, visando humanizar os Membros do Corpo Clínico e outros profissionais com a estrutura técnica e administrativa da Unidade em face dos postulados e éticos, médicos e morais.
- a. Permanecer na Instituição no período de maior atividade da Instituição dedicando a maior parte de seu tempo à sua atividade.

**ARTIGO 17** - A Comissão de Ética Médica deverá ser eleita por escrutínio direto e secreto em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade pela Diretoria Clínica, pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

## CAPÍTULO VII – INGRESSO AO CORPO CLÍNICO

**ARTIGO 18**- Para ingressar no Corpo Clínico da unidade, o médico deverá preencher a solicitação de cadastramento em formulário próprio, dirigidos aos órgãos diretivos e atender aos seguintes requisitos:

- I – Estar devidamente registrado junto ao CRM apresentando documentação competente (cópia da carteira CRM).
- II – Apresentar comprovação de quitação da anuidade do CRM -apresentar cópia anualmente até o mês de abril de cada ano.
- III – Indicar sua Especialidade Médica com os respectivos registros:
  - a) Diplomas -cópia autenticada frente e verso.
  - b) Títulos -cópia autenticada.
  - c) Curriculum Vitae resumido ou Currículo Lattes.
- IV – Tomar conhecimento e assinar declaração de ciência do Regimento Interno do Corpo Clínico e das normas administrativas do Hospital.
- V – Tomar conhecimento das Normas Regulamentadoras referentes à Segurança e Saúde dos profissionais no trabalho dentro dos Serviços de Saúde.

## CAPÍTULO VIII – INFRAÇÕES

**ARTIGO 19.** Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator e sujeito a penalidade quando:

- I – Desrespeitar o Regimento Interno.
- II – Desrespeitar as Normas Administrativas internas, não disciplinadas no Regime e Estatuto da unidade.
- III – Revelar-se inábil para o exercício da profissão e/ou função independentemente da caracterização da transgressão de natureza ética.
- IV – Cometer crime nas dependências da unidade, relacionado ou não ao atendimento ao doente.

- V – Praticar atos de indisciplina, improbidade ou de insubordinação.
- VI – Violar o sigilo médico, de modo a denegrir a imagem da unidade e causar dano ao paciente.
- VII – Abandonar suas funções, sem motivo justo, com prejuízo aos doentes sob sua responsabilidade.
- VIII – Atuar com desídia no desempenho de suas funções.
- IX – Não obedecer às normatizações do Código de Ética Médica.

**ARTIGO 20** - A suspeita e denúncia de infração cometida por membros do Corpo Clínico ensejarão sindicância a ser realizada pela Comissão de Ética Médica, assegurando ao(s) Médico(s) amplo direito de defesa.

Parágrafo 1º- A Comissão de Ética Médica e/ou outra comissão, deverá no prazo máximo de 30 dias, emitir parecer conclusivo sobre a existência de indícios, ou não, de transgressão ao Código de Ética Médica.

Parágrafo 2º- Nos casos de indícios de infração de natureza ética, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao CRM, único órgão julgador da ética médica.

Parágrafo 3º- Nos casos de infração de caráter administrativo e regimental interno, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao Diretor Técnico, que aplicará as medidas cabíveis.

**ARTIGO 21** - As penalidades aplicáveis aos membros do corpo clínico são:

- I – Advertência Verbal.
- II - Advertência escrita, a ser entregue ao infrator, bem como anexada ao prontuário do médico.
- III – Suspensão temporária do Corpo Clínico.
- IV – Exclusão do Corpo Clínico.

Parágrafo 1º - As penalidades aplicadas a nível interno do Hospital, não eliminam a obrigatoriedade da análise do CRM nos casos de indicio de infração de natureza ética.

Parágrafo 2º - As penalidades para as transgressões de ordem regimental ou administrativa obedecerão à graduação das penas desse Artigo, salvo nos casos de gravidade incontestável.

Parágrafo 3º - A aplicação das penas III e IV está condicionada ao parecer favorável do

Diretor Técnico, Diretor Clínico e Comissão de Ética Médica.

Parágrafo 4º - Compete ao Diretor Técnico e Diretor Clínico a aplicação da penalidade a qualquer Membro do Corpo Clínico, ou a solicitação desta.

## CAPÍTULO IX – DIREITOS E DEVERES DOS INTEGRANTES DO CORPO CLÍNICO

**ARTIGO 22** - São Direitos dos Médicos do Corpo Clínico:

- I – Frequentar o Hospital internando e assistindo PESSOALMENTE aos seus pacientes, gozando de autonomia profissional.
- II – Utilizar os recursos técnicos, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis na Instituição. A utilização de equipamentos e instrumentos

especializados poderá ser restringida pelas normas relativas à qualificação e treinamento específico, bem como normas administrativas.

III – Auxiliar a administração do Hospital e órgãos diretivos do Corpo Clínico, comunicando falhas, propondo modificações e aperfeiçoamentos com a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e o padrão técnico e operacional do Hospital. Bem como zelar pelo bom nome e reputação profissional do Corpo Clínico e do Hospital, respeitando o Código de Ética Médica.

IV – Participar das reuniões do Corpo Clínico e atividades científicas do Hospital.

VI – Eleger o Diretor Clínico e seu substituto, bem como a Comissão de Ética Médica, desde que classificado como Membro efetivo ou filiado.

#### **ARTIGO 23 - São Deveres dos Médicos do Corpo Clínico:**

I – Conhecer e seguir o Código de Ética Médica, manter comportamento cordial, respeitando os colegas e funcionários do Hospital.

II – Conhecer e respeitar os Estatutos e Regimento Interno do Hospital.

III – Assistir aos pacientes sob seus cuidados, com respeito, consideração, utilizando a melhor técnica em benefício do mesmo.

IV – Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado.

V – Participar de atos Médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário.

VI – Elaborar e manter atualizado o *Prontuário Médico de seus pacientes, que deverá conter de FORMA LEGÍVEL*, o histórico clínico, evolução, todas as ordens e prescrições assinadas, bem como preencher o resumo de alta quando da efetiva liberação do paciente.

VII – Informar e relatar aos órgãos diretivos, quando solicitado, esclarecimentos de ordem Médica e/ou administrativa relativa à atividade ou aos pacientes, para fins de esclarecimentos de intercorrências administrativas, Médicas, éticas ou jurídicas.

VIII – Assumir a responsabilidade criminal, civil e ética pelos atos médicos, pela indicação de métodos de diagnóstico, pelo tratamento e medicamentos prescritos.

IX – Comunicar aos órgãos do Corpo Clínico falhas na organização, nos meios e na execução da Assistência Médica prestadora na Instituição.

X – Colaborar com as Comissões específicas da Instituição.

XI – Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência.

XII – Respeitar a política de direito dos pacientes e familiares do Hospital, com o objetivo de fornecer ao paciente atendimento hospitalar de excelência, segurança, envolvimento no seu cuidado, privacidade, respeito, apoio e retaguarda na alta hospitalar.

XIII – Quando da impossibilidade de manter o atendimento a um paciente, por qualquer motivo, comunicar à Diretoria Clínica o fato e os motivos pela interrupção do atendimento, assim como certificar-se da completa transferência de informações sobre o paciente para o profissional que assumirá o acompanhamento.

XIV - Acatar as determinações vigentes da Vigilância Sanitária, inclusive no que se refere à Segurança e Saúde dos profissionais da área de Saúde.





000617

## **CAPÍTULO X – DOS PROCEDIMENTOS ELEITORAIS**

**ARTIGO 24** - O Diretor Clínico, seu substituto e a Comissão de Ética Médica serão eleitos de forma direta e secreta, em Processo Eleitoral especificamente convocado para essa finalidade, por maioria simples de votos.

## **CAPÍTULO XI – DAS ASSEMBLEIAS**

**ARTIGO 25** - O Corpo Clínico deliberará em Assembleias convocadas com antecedência mínima de 10 dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros e em segunda convocação, após 01 hora com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos. Mediante requerimento de 1/3 dos seus membros o Corpo Clínico poderá convocar Assembleias extraordinárias, com antecedência mínima de 24 horas, de acordo com a Resolução n.º 1481/97 do CRM.

## **CAPÍTULO XII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**ARTIGO 26** - Os atos médicos que impliquem em grande risco de vida ou incapacidade física permanente devem ser submetidos, pelo médico assistente, À aplicação do Diretor Clínico e mais uma Comissão por essa indicada, cuja decisão deverá ser registrada em ata.

**Parágrafo Único** – Em caso de urgência essa junta poderá ser exercida por 3 Médicos presentes, cuja decisão deverá ser posteriormente submetida ao Diretor Clínico. A Constituição da junta médica para solução de problemas ou, ainda, para discussão de conduta em casos graves, ou de implicações sociais deve ocorrer com frequência, uma vez que o pretendido é a garantia do melhor atendimento ao paciente, sem que isso signifique qualquer limitação à ação do Médico, com a mesma finalidade também poderão ser exigidos necroscópicos, patológicos ou quaisquer outros que se fizerem necessários.


**ARTIGO 27** - A internação de qualquer paciente só pode ser realizada sob a responsabilidade de um Médico que registrará sua indicação, diagnósticos provisórios ou definitivos e recomendações especiais necessários para a internação ou cuidados do paciente.

**ARTIGO 28** - Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda do hospital de acordo com as determinações legais, preservando as condições de sigilo estabelecidas em leis e no Código de Ética Médica.

**Parágrafo 1º** - É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se total ou parcialmente, do prontuário médico, podendo consultá-lo após o arquivamento, por solicitação escrita e mediante assinatura de termo de responsabilidade.

**Parágrafo 2º** - Somente com autorização do médico assistente outro(s) profissional (ais), não relacionados ao caso, poderão ter acesso ao prontuário.

**ARTIGO 29** - A divulgação pública em qualquer veículo de comunicação ou através de outros meios diretos ou indiretos, de fatos referentes às atividades do hospital, ou



617



**IBGH**

Instituto Brasileiro  
de Gestão Hospitalar

Valorizamos uma gestão transparente.  
ibgh.org.br | contato@ibgh.org.br - (62) 3998-9600

000618

de quaisquer informações sobre pacientes, somente poderão ser dadas pelos órgãos diretivos do Hospital, ou mediante autorização destes.

**ARTIGO 30** - Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo Diretor Técnico, ouvida a Comissão de Ética Médica de acordo com a natureza dos mesmos.

**ARTIGO 31** O presente Regimento Interno entrará em vigor na data da aprovação pelo Corpo Clínico, conjuntamente com a Direção-Geral e Técnica do Hospital.

**ARTIGO 32** A cada dois anos, este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

618



000619

#### 5.14 ANEXO XIV – PROPOSTA DE REGIMENTO DE ENFERMAGEM

Os serviços de enfermagem visam à prestação de atendimento aos pacientes que necessitem de assistência contínua ou transitória, seja a nível ambulatorial até a cuidados intensivos. Desta maneira é de fundamental importância o cumprimento deste regimento interno para nortear as ações e tomadas de decisão nas relações internas e também com os pacientes e seus acompanhantes.

##### Objetivo:

Este Regimento interno tem como objetivo fornecer informações aos colaboradores sobre as rotinas e ações que devem ser seguidas para melhoria constante da qualidade da prestação de serviços ao beneficiário, com concomitante ampliação da eficácia e eficiência institucional.

##### Metodologia:

As rotinas do serviço de enfermagem das unidades assistenciais serão padronizadas a partir de critérios técnico-assistenciais. Tais normas devem ser seguidas usualmente e ser ponto de referência no trabalho de toda a equipe que a compõe.

##### Atribuições:

O serviço de enfermagem das unidades será composto por 3 (três) categorias profissionais: enfermeiro gestor, enfermeiro, técnico de enfermagem.

##### Enfermeiro Gestor:

- XX. Cumprir as normas relacionadas ao Planejamento Estratégico da Instituição e suas políticas voltadas à Qualidade e Segurança na Instituição de Saúde;
- XXI. Fazer cumprir as normas de controle de infecção da CCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde);
- XXII. Fazer cumprir as normas do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho);
- XXIII. Participar das Comissões Multidisciplinares pertinentes ao setor;
- XXIV. Participar das auditorias internas e desenvolver planos de ação para as não conformidades apontadas em relatório;
- XXV. Garantir o cumprimento das tarefas descritas no manual de Procedimento Operacional Padrão (POP);
- XXVI. Gerenciar o cumprimento dos Protocolos multiprofissionais pertinentes ao setor;
- XXVII. Definir, junto com o corpo clínico, o fluxo de atendimento de emergência do setor;
- XXVIII. Descrever os planos de contingência necessários às particularidades do setor, evitando que imprevistos dificultem o atendimento seguro ao paciente;
- XXIX. Gerenciar os indicadores pertinentes ao setor, assim como a análise de seus resultados através das ferramentas da qualidade definidas pelo Núcleo de Qualidade e implementar as ações de melhoria;

619

000620

- XXX. Garantir que a estrutura física do setor esteja dentro dos padrões estabelecidos pela Vigilância Sanitária e reportar as não conformidades que tenham impacto na segurança clínica e ocupacional;
- XXXI. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- XXXII. Acompanhar o descarte de resíduos praticado pela equipe de enfermagem e estabelecer ações de melhoria, sempre que necessário;
- XXXIII. Atuar em conjunto com o Serviço de Farmácia para definir o melhor fluxo de atendimento e abastecimento de materiais e medicamentos;
- XXXIV. Acompanhar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do setor;
- XXXV. Gerenciar o preenchimento dos documentos e registros assistenciais da Instituição, tais como prescrição, receitas, prontuários, termos de consentimento, entre outros, garantindo assim a segurança clínica no atendimento;
- XXXVI. Planejar a escala de enfermagem e garantir uma equipe dimensionada e capacitada para atender a demanda;
- XXXVII. Gerenciar a necessidade de treinamento da equipe de enfermagem e atuar em parceria com o setor de Educação Continuada.

Enfermeiro:

- XXI. Cumprir horário de trabalho definido em escala;
- XXII. Utilizar o uniforme definido pela Instituição;
- XXIII. Cumprir as tarefas descritas no manual de POPs e Protocolos do setor;
- XXIV. Ter conhecimento dos planos de contingência e fluxos de emergência do setor;
- XXV. Cumprir as normas de controle de infecção da CCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde);
- XXVI. Cumprir as normas do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho);
- XXVII. Atender os pacientes sempre de maneira humanizada;
- XXVIII. Gerenciar a identificação do paciente durante toda a prestação de serviço;
- XXIX. Efetuar registro completo e legível nos documentos assistenciais do setor e da Instituição;
- XXX. Acompanhar as ações de transporte interno do paciente garantindo a continuidade de seu atendimento;
- XXXI. Obedecer aos critérios e procedimentos para a admissão do paciente.
- XXXII. Participar do planejamento interdisciplinar da assistência constituindo o plano terapêutico e individualizado do paciente;
- XXXIII. Acompanhar diariamente o funcionamento dos equipamentos do setor.
- XXXIV. Coletar os dados pertinentes ao painel de Indicadores definidos para o setor;
- XXXV. Gerenciar a execução das tarefas dos técnicos de enfermagem através dos critérios descritos no manual de POPs.

Técnico de Enfermagem:

- XIV. Cumprir horário de trabalho definido em escala;

620





000621

- XV. Utilizar o uniforme definido pela Instituição;
- XVI. Cumprir as normas de controle de infecção da CCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde);
- XVII. Cumprir as normas do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho);
- XVIII. Cumprir as tarefas descritas no manual de POPs e Protocolos do setor;
- XIX. Ter conhecimento dos fluxos de emergência do setor;
- XX. Atender os pacientes sempre de maneira humanizada;
- XXI. Prestar orientação ao paciente e seus acompanhantes em todas as etapas de prestação de serviço assistencial;
- XXII. Efetuar registro completo e legível nos documentos assistenciais do setor e da Instituição;
- XXIII. Estabelecer uma relação de parceria com o serviço de Farmácia obedecendo as normas do Manual de Farmacoterapia para a solicitação, retirada e devolução de materiais e medicamentos;
- XXIV. Seguir as condutas médicas prescritas, formais e registradas em documento oficial da Instituição, tais como prontuário, prescrição ou receita;
- XXV. Administrar os medicamentos conforme Manual de Farmacoterapia padronizado pelo serviço de Farmácia Hospitalar;
- XXVI. Evitar o cruzamento do "fluxo limpo e sujo" com atenção aos materiais, roupa, materiais estéreis, medicamentos, pacientes e acompanhantes.

Para garantir a eficácia das atividades do Serviço de Enfermagem da UTI adulto os seguintes indicadores deverão ser gerenciados através da coleta de dados, análise periódica, definição de melhorias e planos de ação para sua implementação:

- X. Taxa de demanda reprimida;
- XI. Taxa de mortalidade;
- XII. Média de permanência;
- XIII. Rotatividade do leito;
- XIV. Taxa de liberação da vaga dentro do prazo definido;
- XV. Taxa de transporte interno e externo dentro do padrão estabelecido;
- XVI. Taxa de satisfação dos pacientes atendidos;
- XVII. Taxa de evasão;
- XVIII. Taxa de retorno em menos de 24 (vinte e quatro) horas.

Além dos indicadores coletados pelo próprio serviço, outros dados coletados pelos setores de apoio deverão ser analisados pelo Gestor, tais como:

- VIII. Taxa de infecção;
- IX. Taxa de medicamentos inutilizados;
- X. Taxa de coleta de amostras biológicas;
- XI. Acidentes ocupacionais;
- XII. Turn over de colaboradores;
- XIII. Taxa de aporte calórico em até 96 horas;
- XIV. Entre outro pertinentes ao serviço.

621

Conforme será definido pela Comissão de Segurança do Paciente os eventos ocorridos com o paciente durante a prestação de assistência deverão ser analisados individualmente seguindo a metodologia de análise, registro e acompanhamento, assim como:

- XVI. Queda de paciente;
- XVII. Extubação não planejada de cânula endotraqueal;
- XVIII. Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral para aporte nutricional;
- XIX. Úlcera por pressão;
- XX. Lesão de pele;
- XXI. Erro de medicação;
- XXII. Quase falha relacionada ao processo de administração de medicação;
- XXIII. Flebite;
- XXIV. Perda de cateter central de inserção periférica;
- XXV. Perda de cateter venoso central.
- XXVI. Qualquer colaborador será considerado infrator e sujeito a penalidades quando:
  - XXVII. Desrespeitar o código de ética profissional;
  - XXVIII. Desrespeitar o regimento interno;
  - XXIX. Agir de forma desrespeitosa com outros profissionais do setor;
  - XXX. Colaborar com situações de exposição do paciente ao risco clínico.

Nestes casos as penalidades aplicadas aos colaboradores deverão seguir as políticas de Gestão de Pessoas.

O presente Regimento poderá ser alterado, no todo ou em parte, mediante proposta do Gestor em parceria com a Gerência de Enfermagem.

Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Gerência de Enfermagem conforme a natureza do mesmo.

## 5.15 ANEXO XV - PROPOSTA DE REGIMENTO DA UNIDADE

### REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE:

**Art. 1º-** O Hospital Emergência Dr. Osvaldo Cruz é referência para todo o Estado do Amapá, para atendimento de urgência e emergência, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, consultas especializadas e internações hospitalares, exclusivamente aos usuários do SUS.

**Art. 2º-** O Hospital Emergência Dr. Osvaldo Cruz está localizado à Avenida Hamilton Silva, nº 139, Santa Rita, Macapá, AP, CEP: 68900-068.

#### 2. INTRODUÇÃO:

**Art. 3º-** O presente regimento interno é a proposta para ser implantado na gestão e operacionalização do Hospital Emergência Dr. Osvaldo Cruz (HE) e disciplina as normas e rotinas a serem seguidas pelos diversos setores do HE, visando a organização e o bom funcionamento dos serviços, garantindo qualidade no atendimento prestado à população.

**Art. 4º-** A unidade será administrada e operacionalizada pelo Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar- IBGH, com sede na Av. T-9, Qd.523, nº 2310, lote 10 -15, Condomínio InnoVe Intelligent Place, Sala 609-B, Jardim América, Goiânia, Goiás, através de uma parceria público privada com a Secretaria Estado de Saúde do Amapá.

#### 3. CAPÍTULO I - DA FINALIDADE:

**Art. 5º-** O Hospital de Emergência é caracterizado como um Hospital Geral, sem atividade de ensino, que atende média e alta complexidade, com atendimento de demanda espontânea e referenciada, nas especialidades de clínica médica, cardiologia, trauma-ortopedia, nefrologia, psiquiatria e cirurgia geral. Possui 41 leitos clínicos de internação, 41 leitos de clínica cirúrgica e 04 leitos de isolamento habilitados, que deverão ser mantidos ativos e tem por finalidades:

- I. Prestar assistência médico-hospitalar, urgência e emergência de pacientes regulados;
- II. Promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde da população de que é referência;
- III. Servir de referência às Instituições de Saúde nas áreas de Segurança do Paciente, Hemovigilância, Tecnovigilância e Farmacovigilância.
- IV. Manter serviços de diagnósticos e tratamento que propiciem segurança e qualidade, tanto na elucidação quanto no tratamento das diversas patologias.

#### 4. CAPÍTULO II - DAS RESPONSABILIDADES:

**Art. 6º-** É de competência da unidade:



000624

- I. Estar aberto 24 horas por dia e 7 dias por semana para assistência gratuita respeitando os princípios do SUS, de acordo com a legislação vigente no Brasil (Lei 8.080/90);
- II. Fazer uso do Prontuário Eletrônico do paciente, para registrar toda a assistência realizada ao paciente;
- III. Fornecer ao paciente ou responsável, as informações necessárias para a recuperação do mesmo, sempre obedecendo a Ética Profissional;
- IV. Garantir qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;
- V. Implantar um modelo de gerência voltado para resultados;
- VI. Apoiar as necessidades dos serviços de Atenção à Saúde, com oferta de consultas de especialidades médicas e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico;
- VII. Buscar a eficiência, eficácia e efetividade na formulação do novo modelo de gestão na saúde a ser adotado no Estado do Amapá obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, atendendo às políticas públicas definidas para a regionalização da saúde, buscando atender os pacientes oriundos da demanda referenciada conforme pactuação com a Central de Regulação, preservando a missão da Secretaria da Saúde;
- VIII. Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;
- IX. Garantir o cumprimento das legislações sanitárias vigentes.

## 5. CAPÍTULO III – DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA UNIDADE DE SAÚDE:

Art. 7º- A unidade terá a seguinte estrutura:

### 1. DIRETORIA GERAL

1. Assessoria da diretoria
2. Assessoria de Comunicação
3. Gerência da Qualidade
  1. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
  2. Serviço de Gerenciamento de resíduos
  3. Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde
4. Monitoramento e Metas
5. Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
6. Ouvidoria
4. Gerência de Regulação
  1. Núcleo Interno de Regulação
  2. Serviço de Ambulatório
  3. Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica – SADT
  4. Serviço de Atendimento ao Cliente e Telefonia
5. Comissões
  1. Comissão Núcleo Interno de Segurança do Paciente
  2. Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde
  3. Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
  4. Comissão de Humanização
  5. Comissão Hospitalar de Epidemiologia
  6. Comissão de Gerenciamento de Riscos

### 2. DIRETORIA TÉCNICA

1. Diretoria Clínica

624



000625

2. Gerência Médica
1. Serviços Médicos
3. Gerência de Enfermagem
1. Coordenação de Enfermagem
2. Serviço de Hemodiálise
3. Serviço de Central de Material Esterilizado
4. Gerência Multidisciplinar
1. Serviço de Fisioterapia
2. Serviço Terapia Ocupacional
3. Serviço de Assistência Social
4. Serviço de Assistência Psicológica
5. Serviço de Fonoaudiologia
5. Coordenação de Nutrição
1. Serviço de Nutrição Clínica
2. Serviço de Nutrição Produção
6. Coordenação de Farmácia
7. Coordenação de Ensino e Pesquisa
8. Serviço de Banco de Sangue
9. Comissões
1. Comissão de Análise e Revisão de Prontuário
2. Comissão de Verificação de Óbito
3. Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional
4. Comissão de Farmácia e Terapêutica
5. Comissão de Ética Médica
6. Comissão de Ética de Enfermagem
7. Comissão de Residência Médica
8. Comissão Intra hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
9. Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos

### 3. DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

1. Gerência Administrativa
1. Coordenação Financeira
2. Coordenação de Suprimentos
3. Coordenação de Patrimônio e Frotas
4. Coordenação de Tecnologia da Informação
5. Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
6. Serviço de Faturamento
7. Coordenação de Engenharia Clínica e Manutenção
8. Coordenação de Serviços de Apoio
1. Serviço de Vigilância
2. Serviço de Lavanderia
3. Serviço de Portaria
4. Serviço de Jardinagem
5. Serviço de Recepção
6. Serviço de Higienização
2. Gerência de Gente e Gestão
1. Recursos Humanos

625



000626

2. Serviço de Departamento Pessoal
3. Serviço Especializado em Engenharia e em Medicina do Trabalho
3. Comissões
1. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

**Art. 8º-** As Diretorias são órgãos executivos de direção superior da unidade, com função normativa e deliberativa, indicados pela Direção da Organização Social administradora da Unidade, com reconhecida capacidade administrativa, obrigatoriamente com curso de graduação e/ou pós-graduação em Administração Hospitalar para a Diretoria Geral, graduação e/ou pós-graduação em Contabilidade ou Gestão Financeira para a Diretoria Administrativa e Financeira e graduação em medicina para a Diretoria Técnica. Ressalta-se que a diretoria técnica é cargo privativo de profissional médico.

**Art. 9º-** As Gerências, Coordenações, Assessorias e cargos de confiança serão indicados pela Direção da Organização Social administradora da Unidade e devem possuir reconhecimento e comprovada capacidade técnica administrativa para a área a ser coordenada.

**Art. 10º-** As comissões funcionam conforme Regimentos específicos.

## 6. CAPÍTULO IV – DO PESSOAL, SEUS REQUISITOS E ATRIBUIÇÕES:

**Art. 11º-** A unidade seguirá as seguintes normativas de requisitos e atribuições dos colaboradores:

### SEÇÃO I:

#### DIRETORIA GERAL

**Art. 6º –** À Diretoria Geral compete:

I. Coordenar, acompanhar e conduzir as diretrizes e objetivos da política de saúde preconizada para a unidade;

II. Coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas através da Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa e Financeira, Gerências e Coordenações objetivando a eficiência e a eficácia da organização;

III. Coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas pelas Comissões Permanentes, como: Comissão de Controle de Infecção Relacionado a Assistência à Saúde, Comissão de Residência Médica, Comissão de Residência Multidisciplinar, Comissão de Ética em Pesquisa, Comissão Estágio e Pesquisa, Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, Comissão de Verificação de Óbito, Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética de Enfermagem, Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, Comissão de Humanização, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Saúde, Comissão Hospitalar de Epidemiologia; Comissão de Gerenciamento de Riscos;

IV. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;

626





000628

Parágrafo Único - A Assessoria de Comunicação deve estar sob a responsabilidade técnica de um profissional que deve possuir formação em Comunicação Social, Jornalismo, Relações Públicas, Publicidade e Propaganda, Rádio e TV ou formação correlata.

### SUBSEÇÃO III

#### 3. Gerência da Qualidade

**Art. 9º** - A Gerência da Qualidade compete:

- I. Verificar instrumentos normativos (formulários, Instruções de Trabalho, Manuais e Protocolos) no que diz respeito a aspectos técnicos da prática assistencial;
- II. Fornecer subsídios técnicos na avaliação de questões da Gestão da Qualidade relativas a temas técnicos de saúde;
- III. Zelar pelo cumprimento dos instrumentos normativos do setor;
- IV. Cumprir com o Plano de Ação Setorial junto à sua equipe;
- V. *Auxiliar e acompanhar na adesão dos protocolos;*
- VI. Respeitar e conhecer os instrumentos normativos do setor como instruções de trabalho, contrato de interação de processos, políticas da unidade e outros que venham ser determinados;
- VII. Participar de comissões da unidade indicados pela diretoria da área ou por meio de eleição.
- VIII. Gerenciar os serviços de Auditoria interna e externa; Núcleo de qualidade e segurança do paciente; Serviço de Gerenciamento de Resíduos; Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde; Serviço de Monitoramento e Metas; Núcleo Hospitalar de Epidemiologia e Ouvidoria.

#### 1. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

Ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente compete:

- I. Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- II. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- III. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidade nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- IV. Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviço de Saúde;
- V. Implantar os protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores
- VI. Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VII. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e na qualidade em serviços de saúde;
- VIII. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- IX. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

628



000629

- X. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

## 2. Serviço de Gerenciamento de resíduos

Ao Serviço de Gerenciamento de Resíduos em Serviço de Saúde compete:

- I. Definir e coordenar as políticas e diretrizes de gestão de resíduos da unidade;
- II. Controlar os resíduos dos serviços de saúde, visando prevenir e reduzir riscos à saúde e ao meio ambiente;
- III. Gerenciar os resíduos do serviço de saúde, para o correto manejo e descarte dos resíduos gerados na unidade;
- IV. Elaborar, implantar e desenvolver o Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (PGRSS), estabelecendo as diretrizes de manejo dos Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde - RSS, a ser submetido à aprovação dos órgãos de meio ambiente dentro de suas respectivas esferas de competência;
- V. Gerenciar os RSS, planejando e implementando, a partir de bases científicas e técnicas, normas, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente;
- VI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- VII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- VIII. Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;

## 3. Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde

Ao Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde compete:

- I. Estudar e avaliar, permanentemente, as taxas de infecção na unidade;
- II. Sugerir medidas para controle e diminuição de infecção na unidade;
- III. Auxiliar a Diretoria Geral no estudo, programação, avaliação e supervisão, assim como na coordenação de atividades relacionadas com o controle e/ou combate à infecção na unidade;
- IV. Verificar, do ponto de vista preventivo, os ambientes e as condições de trabalho na unidade;
- V. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o controle da infecção na unidade, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- VI. Notificar a Vigilância Sanitária acerca das infecções relacionadas a assistência, bem como os possíveis surtos previstos em legislação;
- VII. Manter a comunicação direta com o Serviço de Laboratório, no intuito de obter informações pertinentes ao serviço;

629



000630

VIII. Participar da Comissão de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde.

4. Monitoramento e Metas

Ao Monitoramento e Metas compete:

- I. Prestar assessoria a Diretoria Geral nos aspectos relacionados com as atividades de monitoramento, controle e avaliação em saúde;
- II. Monitorar, controlar e avaliar os indicadores de desempenho bem como a transmissão desses à administradora geral da unidade;
- III. Monitorar, controlar e avaliar as planilhas e/ou sistema de gestão da unidade referente as metas quantitativas e qualitativas.
- IV. Emissão e fiscalização dos relatórios qualitativos e quantitativos preconizados no contrato de gestão.
- V. Monitoramento do contrato de Gestão.

5. Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

Ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia compete:

- I. Estudar e avaliar, permanentemente, as doenças e agravos de notificação compulsória;
- II. Auxiliar a Diretoria Geral no estudo, programação, avaliação e supervisão, assim como na coordenação de atividades relacionadas com comunicação de doenças e agravos de notificação compulsória;
- III. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a epidemiologia hospitalar, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- IV. Notificar a Vigilância Sanitária acerca das doenças e agravos de notificação compulsória;
- V. Manter a comunicação direta com o Serviço de Laboratório, no intuito de obter informações pertinentes ao serviço;
- VI. Participar da Comissão de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde.

6. Ouvidoria

Ao Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria compete:

- I. Viabilizar os direitos dos cidadãos de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no Sistema Único de Saúde - SUS;
- II. Intermediar as relações entre os cidadãos e os gestores da unidade, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a formação de laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania;
- III. Garantir que os cidadãos tenham sua demanda efetivamente considerada e tratada, à luz dos seus direitos constitucionais e legais;
- IV. Desenvolver medidas que favoreçam a participação e o controle social;

630



000631

V. Coletar, sistematizar e divulgar as informações, inclusive através de relatórios, que contribuam para o monitoramento e aperfeiçoamento das questões administrativas institucionais;

VI. Elaborar relatórios gerenciais à direção da unidade, a fim de dar luz aos problemas apontados, bem como acompanhar as ações de resolução dos mesmos.

#### SUBSEÇÃO IV

##### 4. Gerência de Regulação

**Art. 8º** – À Gerência de Regulação compete:

- I. Gerenciar o Núcleo Interno de Regulação frente a regulação de leitos e/ou exames com a Central de Regulação;
- II. Gerenciar o Serviço de Ambulatório, disponibilizando vagas de primeira consulta, interconsulta e retorno;
- III. Gerenciar o Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica tanto internamente como externamente;
- IV. Gerenciar o Serviço de Atendimento ao Cliente e Telefonia;

##### 1. Núcleo Interno de Regulação

Ao Núcleo Interno de Regulação compete:

À Coordenação de Núcleo Interno de Regulação compete:

- I. Constituir a interface com as Centrais de Regulações do Estado para delinear/informar o perfil de complexidade da assistência da unidade, dentro do âmbito do SUS e disponibilizar leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora da unidade para os pacientes internados, quando necessário;
- II. Fortalecer o processo de regulação assistencial atuando como interface entre a Central de Regulação de Leitos;
- III. Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar e fornecer diariamente a situação dos leitos hospitalares sob regulação para a Central de Regulação de Leitos, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;
- IV. Atuar em consonância com os serviços ofertados pela unidade em observância de sua complexidade, perfil epidemiológico e referência;
- V. Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição.

##### 2. Serviço de Ambulatório

Ao Serviço de Ambulatório compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;
- II. Prestar assistência aos pacientes clínicos e cirúrgicos, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;

631





000632

- III. Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
- IV. Atender os pacientes para marcação de consultas e encaminhá-los ao Serviço Assistencial necessário;
- V. Orientar os pacientes que retornam ao Ambulatório após procedimentos cirúrgicos;
- VI. 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 Hospitalar de Epidemiologia;
- VII. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de sua unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- VIII. Solicitar condutas junto ao Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde com relação aos pacientes com infecção na unidade;
- IX. Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- X. Requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
- XI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XII. Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;
- XIII. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XIV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- XV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
- XVII. Controlar, avaliar o desenvolvimento das atividades dos serviços, visando a melhor qualidade dos exames de diagnóstico por imagem realizados;

### 3. Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica – SADT

Ao Serviço de Atendimento, Diagnóstico e Terapêutico compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;
- II. Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
- III. 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 Hospitalar de Epidemiologia;
- IV. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de sua unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- V. Solicitar condutas junto ao Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde com relação aos pacientes com infecção na unidade;
- VI. Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- VII. Requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
- VIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- IX. Colaborar na humanização do atendimento do SADT
- X. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;

632



000633

- XI. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XII. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- 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. Controlar, avaliar o desenvolvimento das atividades dos serviços, visando a melhor qualidade dos exames de diagnóstico por imagem realizados;
- XVI. Observar rigorosamente as normas de proteção contra as radiações;
- XVII. Integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos;
- XVIII. Estabelecer sistema de plantão nas 24 (vinte e quatro) horas para realização de exames de urgência do Serviço de Pronto Socorro e de pacientes internados;
- XIX. Requisitar e controlar os produtos necessários ao setor;
- XX. Estudar a padronização da apresentação dos laudos;
- XXI. Levantar, mensalmente as informações gerenciais solicitadas pela administração da unidade
- XXII. Manter sempre em dia os alvarás de funcionamento.

#### 4. Serviço de Atendimento ao Cliente e Telefonia

Ao Serviço de Atendimento ao Cliente e telefonia compete:

- I. executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo serviço;
- II. fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. atender toda demanda telefônica com a maior humanidade possível, dando informações precisas e encaminhando aos setores afins à resolução do problema apresentado;
- IV. estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- V. colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- VI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

## SEÇÃO II

### 2. DIRETORIA TÉCNICA

**Art. 9º** – À Diretoria Técnica compete:

- I. Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Geral da unidade;
- II. Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da Unidade.
- III. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas pela equipe técnica assistencial;
1. IV. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões: Comissão de Residência Médica, Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, Comissão de Verificação de Óbito, Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética de Enfermagem, Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, Comissão de Humanização, Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos.

633





000634

- V. Certificar a regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, quando necessário;
- VI. Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional do corpo clínico;
- VII. Coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;
- VIII. Estabelecer, junto às Gerentes e Coordenadores, critérios para o ingresso de profissionais de saúde, voluntários, nos serviços da unidade que venham contribuir para a melhoria da assistência, ensino e pesquisa;
- IX. Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares nas Unidades, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;
- X. Estimular a prática profissional interdisciplinar da unidade;
- XI. Colaborar na humanização do atendimento da unidade;
- XII. Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- XIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIV. Fazer reuniões, caso necessário, com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- XV. Manter contato com a Direção Geral da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;
- XVI. Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina, Conselho Federal e Regional de Nutrição; Conselho Federal e Regional de Farmácia, Conselho Federal e Regional de Serviço Social, Conselho Federal e Regional de Psicologia, Conselho Federal e Regional de Enfermagem, Conselho Federal e Regional de Odontologia, Conselho Federal e Regional Fisioterapia e Terapia Ocupacional e Conselho Federal e Regional de Fonoaudiologia.

## SUBSEÇÃO I

### 2. Diretoria Clínica

**Art. 10º** – Ao Diretor Clínico Médico compete:

- I. Assegurar que todo paciente em regime de internação seja atendido pelo médico assistente;
- II. Exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes no prontuário;
- III. Exigir aos médicos a anotação no prontuário das suas intervenções com as respectivas evoluções quando atender um paciente na Instituição;
- IV. Supervisionar as atividades de assistência médica;
- V. Exigir da Direção Técnica condições de trabalho;
- VI. Assegurar acadêmicos e residentes, condições de exercer suas atividades com os melhores meios de aprendizagem;
- VII. Organizar os prontuários dos pacientes;
- VIII. Disponibilizar livro ou meio digital para registro de ocorrências aos médicos plantonistas;

634



000635

**Parágrafo Único** – O Diretor Clínico Médico deverá ser eleito pelo Corpo Clínico da Instituição, será responsável pela assistência médica, coordenação e supervisão dos médicos da Instituição. Sua formação deverá ser obrigatoriamente em Medicina, em Escola reconhecida.

## SUBSEÇÃO II

### 3. Gerência Médica

**Art. 11º** – A Gerência Médica compete:

- I. Gerenciar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na unidade;
- II. Gerenciar a emissão pareceres de urgência e especialistas nas unidades;
- III. Gerenciar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- V. Manter contato com a Diretoria Técnica da unidade, objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;
- VI. Zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- VII. Decidir sobre a alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para a Unidade;
- VIII. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- IX. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- X. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XIII. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XIV. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- XV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

635



000636

## 1. Serviços Médicos

Aos Serviços Médicos compete:

- I. Elaborar o Projeto Terapêutico Singular do paciente em até 24 horas após sua admissão;
- II. Elaborar diariamente o Plano Terapêutico Singular, através da visita multidisciplinar diária, com metas e objetivos factíveis;
- III. Desenvolver os cuidados aos pacientes, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na unidade;
- IV. Emitir pareceres de urgência e especialistas nas unidades;
- V. Realizar os procedimentos de acordo com a sua especialidade e característica, prezando a qualidade e segurança do paciente;
- VI. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- VII. Manter contato com a Gerência Médica da unidade, objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;
- VIII. Decidir sobre a alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para a Unidade;
- IX. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- X. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- XI. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XII. Estimular a prática profissional transdisciplinar na unidade;
- XIII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XIV. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XV. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- XVI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;
- XVIII. Participar das reuniões de comissões e treinamentos;
- XIX. Garantir que as Notificações de doenças e agravos epidemiológicos sejam feitas e encaminhadas ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia;
- XX. Cumprir e zelar com os protocolos de Segurança do Paciente, bem como estimular as notificações para o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- XXI. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de sua unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente;
- XXII. Cumprir e zelar que todas as normativas de Controle de Infecção na unidade sejam cumpridas;

## SUBSEÇÃO III

### 4. Gerência de Enfermagem

**Art. 12º** – À Gerência de Enfermagem compete:

- I. Coordenar a equipe de trabalho nas unidades;
- II. Estimular a participação, a autonomia e corresponsabilização pela gestão;
- III. Fazer a escala mensal da equipe de enfermagem de forma participativa;

636



000637

- IV. Manter atualizado o mapa de férias, licenças, folgas da equipe de enfermagem e procurar meios para cobertura nos períodos nobres do ano;
- V. Assinar e avaliar as folhas de frequência, levantar o absenteísmo com o perfil dos motivos dos enfermeiros e técnicos de Enfermagem;
- VI. Autorizar mudanças na escala de trabalho e assinar documento de alteração de horário;
- VII. Avaliar e remanejar pessoal de acordo com a necessidade da assistência;
- VIII. Fazer reuniões com o "Grupo assistencial" pelo menos uma vez por mês;
- IX. Atuar junto aos enfermeiros, técnicos e auxiliares da área assistencial, identificando as necessidades de educação permanente;
- X. Treinar, orientar e acompanhar os trabalhos dos técnicos administrativos vinculados ao serviço de enfermagem;
- XI. Garantir o adequado funcionamento dos setores de enfermagem, através do controle dos processos, visando à qualidade e humanização no atendimento;
- XII. Implantar Protocolos Assistenciais, fluxogramas e normas e rotinas;
- XIII. Coordenar os trabalhos de levantamento estatístico de dados para elaboração dos indicadores de estrutura, processos e resultados.
- XIV. Avaliar a "Escala de Atividades" das equipes das unidades vinculadas.
- XV. Avaliar e encaminhar os problemas relacionados à equipe de limpeza nos setores.
- XVI. Levantar e propor temas para o "Plano de educação permanente" para a equipe;
- XVII. Colaborar com área de Recursos Humanos no recrutamento, treinamento e avaliação dos trabalhadores da enfermagem;
- XVIII. Desenvolver ações que promovam a qualidade do processo de enfermagem nas unidades;
- XIX. Manter relações com os setores de compras, banco de sangue, almoxarifado, farmácia, nutrição, RX, laboratório, Serviço de Anatomia Patológica, Faturamento, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e outros;
- XX. Elaborar o relatório mensal da produtividade do serviço;
- XXI. Elaborar de parecer técnico referente ao processo de padronização, distribuição, instalação e utilização de materiais, quando necessário;
- XXII. Desenvolver ações que promovam a integração ensino-serviço;
- XXIII. Preparar a equipe de enfermagem e de apoio (secretários) para acolhimento de pacientes;
- XXIV. Levantar e avaliar os projetos de pesquisas;
- XXV. Manter-se atualizado no campo administrativo e da sua especialidade.
- XXVI. Manter-se atualizado no campo das mudanças legais referentes ao COFEN-COREN, Ministério da Saúde, Anvisa e outras esferas importantes para a condução da gestão.
- XXVII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento e normas da instituição e as específicas do setor;
- XXVIII. Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética em enfermagem e a Lei do Exercício Profissional.
- XXIX. Executar outras tarefas correlatas à área.

#### 1. Coordenação de Enfermagem

**Art. 13º** – À Coordenação de Enfermagem compete:

- I. Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes que apresentem instabilidade grave ou alto risco de instabilidade em um sistema fisiológico principal, visando ao melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na unidade;
- II. Decidir sobre a admissão e alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para a Unidade;

637



000638

- III. Garantir que a Sistematização de Assistência de Enfermagem seja realizada diariamente para cada paciente;
- IV. Garantir que as Notificações de doenças e agravos epidemiológicos sejam feitas e encaminhadas ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia;
- V. Cumprir e zelar com os protocolos de Segurança do Paciente, bem como estimular as notificações para o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- VI. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de sua unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente;
- VII. Cumprir e zelar que todas as normativas de Controle de Infecção na unidade sejam cumpridas;
- VIII. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- IX. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- X. Manter contato com a Gerência de Enfermagem da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;
- XI. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- XII. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XIV. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XV. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XVI. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- XVII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVIII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

## 2. Serviço de Hemodiálise

Ao Serviço de Hemodiálise compete:

- I. Cobertura de médico nefrologista com visita diária para avaliação e prescrição dos pacientes em avaliação;
- II. Plantão sobre aviso de 24 (vinte e quatro) horas diárias, todos os dias da semana;
- III. Respostas de pareceres urgentes em até 2 (duas) horas, após o chamado por telefone, e constatado a emergência/urgência, será respondido o parecer em até 24 (vinte e quatro) horas durante a rotina diária de visita;
- IV. Passagem de cateter de hemodiálise;
- V. Todo material e medicamento necessário para a passagem do cateter de hemodiálise, com exceção dos instrumentos para realização de cirurgia;
- VI. Sessão de hemodiálise;
- VII. Material e medicamentos necessários para realização da sessão de hemodiálise;
- VIII. Disponibilização de técnico de enfermagem 24 (vinte e quatro) horas por dia para realização de hemodiálise sob supervisão de enfermeira responsável técnica pelo serviço presencial ou a distância, devendo essa realizar visitas diárias;
- IX. Fornecimento de máquinas de hemodiálise;
- X. Realização das sessões de hemodiálise prescrita pelo médico assistente em até 24 (vinte e quatro) horas e, em casos de emergência, em até 06 (seis) horas;

638

000639

- XI. Fornecer equipamento de osmose reversa portátil para realização de sessão de hemodiálise;
- XII. Realizar a manutenção dos equipamentos fornecidos;
- XIII. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de sua unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente;
- XIV. Realizar os testes biológicos, emitir pareceres e encaminhá-los mensalmente à Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde;
- XV. Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- XVI. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XVII. Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
- XVIII. Manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa do serviço;
- XIX. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XX. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- XXI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

### 3. Serviço de Central de Material Esterilizado

Ao Serviço de Central de Material Esterilizado compete:

- I. Fornecer todos os insumos nas quantidades e especificações necessárias da unidade, bem como sua higienização, limpeza, desinfecção, e esterilização dos materiais necessários, conforme RDC nº. 15;
- II. Fornecer insumos, manutenção, qualificação dos equipamentos, mão de obra especializada de acordo com a necessidade da unidade, garantindo a execução dos processos diários dentro das 24 (vinte e quatro) horas diárias;
- III. Gerenciar todo o material, insumo e equipamento, sendo este a obrigatoriedade de reposição das peças quando necessário atendendo as especificações técnicas de qualidade exigidas pela unidade;
- IV. Rastrear todo material disponibilizado nas atividades dentro da unidade, justificando a perda e/ou quebra do material;
- V. Realizar junto com a unidade a avaliação e definição de tratativas quando necessário;
- VI. Identificar todo material fornecido para garantir a rastreabilidade;
- VII. Preparar o instrumental para as cirurgias de acordo com a programação cirúrgica;
- VIII. Proceder ao controle de entrada e saída de material;
- IX. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de sua unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente;
- X. Realizar os testes biológicos, emitir pareceres e encaminhá-los mensalmente à Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde;
- XI. Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- XII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XIII. Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
- XIV. Manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa do serviço;

639





000640

- XV. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XVI. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- XVII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

#### SUBSEÇÃO IV

##### 5. Gerência Multidisciplinar

**Art. 14º** – À Gerência Multidisciplinar compete:

- I. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes da unidade, visando um melhor nível de assistência;
- II. Gerenciar a assistência em saúde nas áreas de fisioterapia, terapia ocupacional, assistência social, psicologia, fonoaudiologia e odontologia aos pacientes da unidade, para efeito de diagnóstico, tratamento e seguimento após alta;
- III. Garantir que os registro diário dos serviços prestados foram executados;
- IV. Organizar e normatizar o atendimento dos pacientes;
- V. Garantir o preenchimento adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- VI. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VII. Gerenciar e supervisionar todas as atividades da equipe multiprofissional, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;
- 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 na unidade;
- IX. Colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde; desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- X. Defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais na unidade, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;
- XI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do material utilizado;
- XII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
- XIII. Garantir que as Notificações de doenças e agravos epidemiológicos sejam feitas e encaminhadas ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia;
- XIV. Cumprir e zelar com os protocolos de Segurança do Paciente, bem como estimular as notificações para o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- XV. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de sua unidade nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente;
- XVI. Cumprir e zelar que todas as normativas de Controle de Infecção na unidade sejam cumpridas;

640



### 1. Serviço de Fisioterapia

Ao Serviço de fisioterapia compete:

- I. Prestar assistência fisioterápica aos pacientes da unidade;
- II. Zelar para que as visitas fisioterápicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- V. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VI. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências.

### 2. Serviço Terapia Ocupacional

Ao Serviço de Terapia Ocupacional compete:

- I. Prestar assistência de terapia ocupacional aos pacientes da unidade;
- II. Habilitar ou reabilitar o indivíduo para desempenhar, de forma satisfatória, suas atividades de vida diária.
- III. Zelar para que as visitas de terapia ocupacional ocorram diariamente;
- IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- V. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- VI. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VII. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências.

### 3. Serviço de Assistência Social

Ao Serviço de Assistência Social compete:

- I. Escutar, acolher e apoiar o paciente e familiar em situações advindas do processo adoecimento;
- II. Emitir parecer social de acordo com a pertinência;
- III. Realizar estudo socioeconômico e cultural do paciente/familiar, para definir estratégia de intervenção;
- IV. Esclarecer e interpretar o paciente/familiar normas e rotinas institucionais;
- V. Identificar e encaminhar os processos relacionados ao abandono do tratamento médico;
- VI. Orientar e encaminhar o paciente/familiar à rede socioassistencial com objetivo de viabilizar Direitos Sociais;
- VII. Orientar o paciente/familiar sobre direitos e legislações; previdenciário, trabalhista e assistencial;
- VIII. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IX. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

000642

- X. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XI. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências.

#### 4. Serviço de Assistência Psicológica

Ao Serviço de Assistência Psicológica compete:

- I. Prestar assistência psicológica aos pacientes ambulatoriais e aos pacientes internados, bem como aos seus familiares, por meio de ações e diagnósticos, terapêuticas de informação, orientação e controle, interferindo nos desajustes emocionais provenientes do processo de adoecer e da hospitalização, através de proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde mental;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- IV. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- V. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências.

#### 5. Serviço de Fonoaudiologia

Ao Serviço de Fonoaudiologia compete:

- I. Prestar assistência fonoaudiológica aos pacientes da unidade;
- II. Zelar para que as visitas fonoaudiológicas sejam feitas aos pacientes hospitalizados;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- V. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VI. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências.

#### 6. Serviço de Assistência Odontológica

Ao Serviço de Assistência Odontológica compete:

- I. Prestar assistência odontológica aos pacientes da unidade;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- IV. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

642



000043

- V. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências;
- VI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

## SUBSEÇÃO V

### 6. Coordenação de Nutrição

**Art. 15º** – À Coordenação de Nutrição compete:

- I. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar todas as atividades técnicas e administrativas da área de nutrição da unidade;
- II. Realizar o planejamento administrativo da Coordenação de Nutrição, coordenando, controlando e avaliando o sistema produtivo dos insumos, visando proporcionar aos comensais uma adequada assistência nutricional, embasada em fundamentos técnico-científicos;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;
- IV. Coordenar e supervisionar todas as atividades de nutrição, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;
- V. Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- VI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- VII. Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial e hospitalar;
- VIII. Promover a interação da equipe de psicologia e assistência social com os demais profissionais da unidade;
- IX. Colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área de psicologia e assistência social;
- X. Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- XI. Defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais na unidade, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;
- XII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

### 1. Serviço de Nutrição Clínica

Ao Serviço de Nutrição Clínica compete:

- I. Prestar assistência nutricional aos pacientes da unidade;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Incentivar os pacientes e funcionários para a formação de hábitos alimentares saudáveis, promovendo educação alimentar aos mesmos;
- IV. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- V. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- VI. Participar de atividades científicas, elaboração e condução de projetos de pesquisa;
- VII. Manter contato com o Serviço de Nutrição de Produção e a Coordenação de Nutrição, objetivando a eficácia administrativa do serviço;
- VIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

643

## 2. Serviço de Nutrição Produção

Ao Serviço de Nutrição de Produção compete:

- I. Planejar e supervisionar a execução e a distribuição de cardápios para funcionários e acompanhantes e de dietas para pacientes;
- II. Providenciar o abastecimento do setor dos insumos necessários à produção das refeições;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;
- IV. Supervisionar a higienização das áreas de estocagem e produção de refeições para garantir a qualidade das mesmas;
- V. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- VI. Participar de atividades científicas – elaboração e condução de projetos de pesquisa;
- VII. Manter contato com o serviço de nutrição clínica e a coordenação de nutrição;
- VIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

## SUBSEÇÃO VI

### 7. Coordenação de Farmácia

**Art. 16º** – À Coordenação de Farmácia Compete:

- I. Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas;
- II. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área farmacêutica, visando à melhoria de assistência ao paciente;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. Manter central de abastecimento farmacêutico e executar as atribuições e tarefas inerentes ao controle físico e contábil necessários à prestação de conta da unidade;
- V. Elaborar pedidos de compras de medicamentos de acordo com a política administrativa do IBGH;
- VI. Receber, armazenar, distribuir e controlar medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos de laboratório;
- VII. Controlar, de acordo com a legislação vigente, medicamentos que podem levar à dependência física e ou psíquica ou que provoquem efeitos colaterais importantes;
- VIII. Emitir pareceres técnico-científicos, quando solicitado, sobre medicamentos e outros produtos farmacêuticos;
- IX. Elaborar avaliações farmacoeconômicas e gerenciar programas de farmacovigilância e centro de informação de medicamentos;
- X. Desenvolver atividades de Farmácia Clínica / Atenção Farmacêutica;
- XI. Manipular e preparar soluções desinfetantes e antissépticas distribuindo-as na diluição de uso para todas as unidades;
- XII. Controlar a qualidade da matéria-prima e do material de envase adquiridos, bem como dos produtos manipulados na unidade;
- XIII. Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;
- XIV. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XV. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XVI. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XVII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

000645

- XVIII. Estabelecer um sistema racional de distribuição de medicamentos para assegurar a assistência ao paciente no horário adequado e dose prescrita;
- XIX. Analisar os esquemas terapêuticos, informando ao médico assistente quaisquer problemas sobre dosagens excessivas, bem como controlar a preparação das doses prescritas, sem margens de erros na dispensação;
- XX. Controlar os estoques e a conservação adequada dos medicamentos nas unidades;
- XXI. Conhecer a realidade dos setores de internação, mantendo um bom relacionamento com a equipe multidisciplinar, fornecendo informações necessárias para garantir o uso adequado dos medicamentos;
- XXII. Participar da elaboração da política de uso racional dos medicamentos, visando a melhoria e garantir a qualidade da farmacoterapia;
- XXIII. Preparar, aditivar e controlar a qualidade das soluções de nutrição parenteral;
- XXIV. Fracionar formas sólidas e líquidas para uso oral e/ou parenteral necessárias à pediatria e pacientes especiais;
- XXV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

### SUBSEÇÃO VII

#### 8. Coordenação de Ensino e Pesquisa

**Art. 17º** – À Coordenação de Ensino e Pesquisa compete:

- I. Receber as solicitações das instituições de ensino e encaminhá-las para apreciação;
- II. Manter atualizados os dados dos alunos das Instituições de Ensino Superior e Médio e a escala dos cursos de saúde, especificando os serviços onde cada estágio se realiza; se aplicável;
- III. Manter atualizado o cadastro dos estágios extracurriculares, especificando os serviços onde cada estágio se realiza;
- IV. Confeccionar o termo de cooperação mútua, estabelecendo as obrigações entre as partes condições de estágio;
- V. Promover um ambiente integrado e colaborativo entre a atenção à saúde, o ensino e a pesquisa;
- VI. Propor e coordenar mecanismos de comunicação e diálogo permanente com a 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;
- VII. Propor e implementar mecanismos de comunicação sobre o papel estratégico da unidade na formação profissional, produção do conhecimento, desenvolvimento tecnológico e inovação;
- VIII. Coordenar, no âmbito de sua atuação, o planejamento das ações e atividades de forma integrada às demais instâncias de gestão da unidade;
- IX. Coordenar e assegurar a implantação de mecanismos de organização e monitoramento das informações referentes ao ensino e pesquisa;
- X. Instituir mecanismos de avaliação da gestão do ensino e da pesquisa no âmbito da unidade;
- XI. Coordenar a implementação de ações de capacitação necessárias ao aprimoramento e suporte à gestão e desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa;
- XII. Coordenar, em parceria com as universidades, a observância às normativas e diretrizes legais referentes aos programas de residências em saúde;
- XIII. Coordenar o desenvolvimento de ações que assegurem as atividades de preceptorial no âmbito da unidade;

645



000646

- XIV. Propor, avaliar e participar do desenvolvimento de atividades de ensino e treinamento cooperando com Serviço de Educação Permanente da unidade, promovendo conhecimento, aperfeiçoamento e a interação entre os colaboradores e as universidades;
- XV. Contribuir na formulação de parâmetros e requisitos específicos ao componente ensino e pesquisa no âmbito de acordos, contratos e convênios e monitorar sua implementação;
- XVI. Promover e apoiar a realização de eventos científicos e de incentivo ao ensino e pesquisa;
- XVII. Coordenar a elaboração de documentos e relatórios técnicos afins;
- XVIII. Coordenar as atividades dos residentes.

### SUBSEÇÃO VIII

#### 9. Serviço de Banco de Sangue

**Art.18º** – Ao Serviço de Banco de Sangue compete:

- I. Realiza estudos pré-transfusionais e realiza transfusões, abastecido por um serviço de maior complexidade, mediante um contrato de fornecimento, de acordo com o estabelecido pelo Regulamento Técnico de Medicina Transfusional;
- II. Realizar transfusões, com exames imunohematológicos do receptor, prova de compatibilidade e avaliação clínica do paciente conforme Regulamento Técnico de Medicina Transfusional;
- III. Gerir contrato de fornecimento de sangue e hemocomponentes com serviço de maior complexidade;
- IV. Responsabilizar-se pelo ato transfusional de sangue e hemocomponentes homólogos e autólogos, devendo constatar periodicamente que os produtos recebidos de outro Serviço de Hemoterapia cumprem com as normas em vigência para as boas práticas transfusionais e para a prevenção das enfermidades transmissíveis por sangue;
- V. Realizar controle de qualidade interno;
- VI. Participar de programa de Controle Externo da Qualidade em Imuno-hematologia;
- VII. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- IX. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- X. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- XI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

**Parágrafo Único:** O Responsável Técnico do Banco Sangue deverá ser obrigatoriamente médico, graduado em Escola reconhecida, com especialização em Hematologia, comprovada.

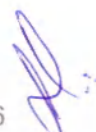
### SEÇÃO III

#### 3. DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

**Art. 19º** – À Diretoria Administrativa e Financeira compete:

- I. Cumprir e fazer cumprir o regimento da unidade e as determinações da Administradora Geral da unidade;

646



000647

- II. Executar as políticas sociais, de recursos humanos, econômicas, assistenciais, administrativas e financeiras, emanadas pela Administradora Geral;
- III. Implantar e manter rigoroso controle financeiro;
- IV. Realizar as despesas ordinárias da unidade e obter autorização da Administradora Geral para as extraordinárias;
- V. Avaliar e dar parecer sobre contratos de serviços com terceiros, em relação ao orçamento, quando solicitado, em conjunto com a Administradora Geral;
- VI. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das gerências e coordenações administrativas;
- VII. Examinar solicitações e sugestões da área administrativa e financeira, e adotar as providências que julgar necessárias;
- VIII. Preparar e apresentar a prestação de contas mensal;
- IX. Estudar e propor medidas que visem a melhoria administrativa e financeira dos serviços da unidade;
- X. Executar as atividades relativas ao faturamento, elaboração e execução orçamentária, registros contábeis pagamentos e recebimentos;
- XI. Representar a unidade em reuniões, sempre que for solicitado pela Administração Geral;
- XII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XIII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XIV. Manter contato com a Diretoria Geral, Diretoria Técnica e Administradora Geral da unidade, objetivando eficiência administrativa dos serviços da unidade;
- XV. Reunir-se ao menos uma vez ao mês com seus subordinados diretos, transcrevendo em ata as decisões;
- XVI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVII. Contratar e ou dispensar servidores, através da Coordenação de Gestão de Pessoas de acordo com o quadro aprovado pela Administradora Geral, bem como aplicar penas e sanções disciplinares, de acordo com a legislação trabalhista vigente;
- XVIII. Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas e instrumentos e pelo seu uso adequado;
- XIX. Manter em dia os Registros e alvarás;
- XX. Zelar para que a unidade mantenha a maior utilização possível dos seus serviços;
- XXI. Facilitar o campo de estágio para estudantes na área da saúde;

**Parágrafo Único** - A função de Diretor Administrativo e Financeiro é indicação exclusiva da Administradora Geral e deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência, bacharel em administração e/ou de empresas e/ou contábil e/ou financeira e/ou Economia e/ou especialização em administração hospitalar, escolhido e nomeado pela administradora Geral.

## SUBSEÇÃO I

### 1. Gerência Administrativa

**Art. 20º** – À Coordenação Administrativa e Financeira compete:

- I. Planejar, coordenar, controlar, coordenar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas ao setor administrativo financeiro;
- II. Orientar todos os fiscais de contrato no processo de análise dos faturamentos das notas fiscais referente aos contratos continuados, e a sua inclusão no sistema;

647





000648

- III. Realizar a prestação de Contas Mensal com base no Balancete, por meio de relatório de pagamentos realizados conciliando com o extrato bancário;
- IV. Elaboração do DRE mensal;
- V. Gestão dos recursos de fundo fixo, sendo deliberado mediante ao regulamento de conformidade da diretoria direta;
- VI. Recepcionar os pagamentos de RPA, realizar análise da documentação, estando em acordo coletar assinatura da diretoria Administrativa e redirecionar ao Recursos Humanos;
- VII. Coordenar a equipe e as atividades, o controle, a análise e o planejamento do fluxo de atividades e processos da área;
- III. Desenhar as políticas e processos criando os fluxos da área;
- IV. Elaborar e implantar procedimentos e políticas administrativas da unidade, mediante orientação da Diretoria Administrativa e Financeira, para garantir a realização de todas as atividades de operações da unidade;
- V. Acompanhar e analisar todos os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;
- VI. Tomar decisões com base em relatórios gerenciais;
- VIII. Gerenciar as atividades dos seguintes serviços: Coordenação Financeira; Coordenação de Suprimentos; Coordenação de Patrimônio e Frotas; Coordenação de Tecnologia da Informação; Serviço de Arquivo Médico e Estatístico; Serviço de Faturamento; Coordenação de Engenharia Clínica e Manutenção; Coordenação de Serviços de Apoio; Serviço de Lavanderia; Serviço de Vigilância; Serviço de Portaria; Serviço de Jardinagem; Serviço de Recepção e Serviço de Higienização.

## 1. Coordenação Financeira

A coordenação financeira compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Elaborar a proposta orçamentária da unidade;
- IV. Solicitar a Diretoria Administrativa e Financeira fixação dos recursos recebidos;
- V. Emitir notas de empenho e/ou anulação, bem como liquidação dos mesmos, de acordo com a legislação – Sistema Integrado de Contabilidade (SIC), mantendo atualizado seu controle;
- VI. Elaborar os registros contábeis;
- VII. Manter o registro das receitas e despesas realizadas através do SIC;
- VIII. Enviar a prestação de conta mensal a SMS;
- IX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. Realizar a prestação de Contas Mensal com base no Balancete, por meio de relatório de pagamentos realizados conciliando com o extrato bancário;
- XI. Elaboração do DRE mensal;

## 2. Coordenação de Suprimentos

648



À Coordenação de Suprimentos compete:

- I. Obedecer às políticas de estoque adotadas pela Diretoria da unidade;
- II. Manter o estoque dos materiais padronizados na unidade em níveis ideais, de forma que o fluxo de abastecimento não seja interrompido por falta, nem haja estoque excessivo, empatando capital desnecessariamente;
- III. Atender as requisições dos setores, conforme lista de materiais padronizados pela unidade, e distribuir os materiais;
- IV. Controlar e orientar os funcionários quanto à boa utilização dos materiais;
- V. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VI. Supervisiona a movimentação interna dos materiais, bem como o recebimento dos materiais adquiridos;
- VII. Administra o espaço do setor de suprimentos;
- VIII. Elabora procedimentos de inventários de estoque, mantendo a Diretoria da unidade permanentemente informado sobre os níveis de cada item existente;
- IX. Acompanha a auditoria interna e externa;
- X. Avalia o desempenho de fornecedor;
- XI. Realiza capacitação a equipe;
- XII. Realiza o acompanhamento do processo de compras, via sistema instituído pela administradora;
- XIII. Supervisiona as entradas no controle e envio de notas ao departamento financeiro;
- XIV. Realiza relatório de fechamento mensal contábil;
- XV. Alimenta e analisa os indicadores instituídos;
- XVI. Fiscaliza e monitora os contratos realizados a área;
- XVII. Analisa a necessidade de comprar;
- XIX. Realiza o planejamento e o monitoramento do nível do estoque;

### 3. Coordenação de Patrimônio e Frotas

À Coordenação de Patrimônio e Frotas compete:

- I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas;
- II. receber, conferir, estocar, distribuir e controlar de forma racional os equipamentos e frotas recebido mediante pedido de fornecimento e das unidades, de acordo com as normas fixadas pela Diretoria Administrativa e Financeira;
- III. efetuar o registro de entrada e saída de equipamento e frotas no sistema mantendo a Diretoria da unidade permanentemente informada sobre os níveis de cada item existente;
- IV. manter atualizado o sistema de gerenciamento de patrimônio e frotas, fornecendo informações precisas sobre de equipamentos por cada setor;
- V. controlar e orientar os funcionários quanto à boa utilização dos materiais;



000650

- VI. efetuar o levantamento anual dos bens patrimoniais da unidade, e encaminhar seu relatório aos setores e/ou órgãos competentes da Administração Pública Estadual;
- VII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

#### 4. Coordenação de Tecnologia da Informação

À Coordenação de Tecnologia da Informação compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo *serviço de tecnologia da informação*;
- II. Traçar política de Tecnologia da Informação para a unidade, no que se refere ao planejamento, definição, supervisão e manutenção de sistemas de informação de caráter geral e específico;
- III. Desenvolver e coordenar, do ponto de vista técnico, a implantação de novos projetos de automação, provendo o suporte técnico necessário e incorporando novas tecnologias, rotinas e programas;
- IV. Manter o controle sobre todos os sistemas computacionais institucionais existentes, no que se refere à sua adequação e operacionalização;
- V. Gerenciar os sistemas de informática, bancos de dados, intranet e internet da unidade;
- VI. Emitir pareceres sobre equipamentos, instrumentos e aplicativos mais adequados ao processamento de dados da unidade;
- VII. Manter os equipamentos de informática em perfeitas condições de uso;
- VIII. Promover o processamento de informações da unidade;
- IX. Promover a segurança de dados da unidade;
- X. Realizar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo alteração das rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;
- XI. Coordenar ações com parceiros externos na busca de melhores soluções em Tecnologia da Informação para a unidade;
- XII. Coordenar novos projetos e modificações de procedimentos e sistemas com o objetivo de racionalização operacional e de custos.

#### 5. Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

Ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) compete:

- I. Planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades;
- II. Supervisionar o recebimento, registro e controle do movimento dos usuários e respectivos prontuários da unidade;
- III. Manter atualizado os prontuários médicos, catalogando-os;
- IV. Receber, conferir e revisar os prontuários dos pacientes de alta e solicitar a complementação dos mesmos;
- V. Controlar a movimentação dos prontuários, requisitada pelos demais serviços da unidade;
- VI. Receber os prontuários dos pacientes de alta e classificar os diagnósticos consignados das doenças, operações ou "causa mortis" registrando no sistema informatizado;
- VII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

650

000651

## 6. Serviço de Faturamento

Ao Serviço de Faturamento compete:

- I. Executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Faturamento;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Classificar, conferir e apurar despesas por pacientes, de acordo com as comunicações das Unidades;
- IV. Classificar as contas por médico e por especialidade médica;
- V. Calcular as despesas de internação e de atendimento de pacientes externos;
- VI. Calcular outras contas de despesas por clientela, bem como as de particulares;
- VII. Promover conferência dos cálculos de preços lançados nas contas;
- VIII. Enviar documentação de faturamento a secretaria de saúde;
- IX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XI. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XII. Manter contato com a Coordenação Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade;

## 7. Coordenação de Engenharia Clínica e Manutenção

- I. Dirigir, gerenciar, coordenar, e orientar tecnicamente os serviços de Engenharia Clínica.
- II. Responsabilidade técnica pelo gerenciamento das tecnologias em saúde de modo a garantir sua rastreabilidade, qualidade, eficácia, efetividade e segurança e no que couber, desempenho;
- III. Controlar e acompanhar os serviços de manutenção executados por empresas terceirizadas;
- IV. Operacionalizar os equipamentos e estabelecer rotinas para aumentar a vida útil dos equipamentos médico-hospitalares;
- V. Avaliar a obsolescência dos equipamentos médicos hospitalares;
- VI. Auxiliar na aquisição e aceitação de novas tecnologias;
- VII. Promover estudos, coletar dados, desenvolver protocolos de pesquisa e ensaios clínicos, planejar e especificar tecnicamente os equipamentos de saúde;
- VIII. Realizar estudos de viabilidade técnica e econômica no âmbito da Engenharia Clínica sobre os equipamentos de saúde;
- IX. Propor políticas, planos, programas, diretrizes, regulamentos e procedimentos para manter os equipamentos de saúde seguros para uso nos pacientes;
- X. Assessorar o planejamento, seleção, dimensionamento e especificação para aquisição de equipamentos de saúde, inclusive em relação aos custos;
- XI. Avalizar a especificação e aquisição de equipamentos de apoio médico-assistenciais.
- XII. Realizar a Avaliação de Tecnologia em Saúde;

651





000652

- XIII. Planejar e desenvolver a implantação de técnicas relativas ao gerenciamento, usabilidade, controle de riscos associados a equipamentos de saúde;
- XIV. Analisar riscos, acidentes e falhas, investigando causas, propondo medidas preventivas, corretivas, promovendo a Tecnovigilância dos equipamentos de saúde;
- XV. Conduzir equipe técnica de instalação, montagem, reparo, manutenção dos equipamentos de saúde;
- XVI. Estudar as condições dos ambientes das instalações e dos equipamentos de saúde, com vistas à segurança dos pacientes;
- XVII. Vistoriar, desenvolver programas, avaliar, arbitrar, emitir parecer, laudos técnicos e indicar medidas de controle sobre a aquisição, recebimento, instalação, armazenamento, uso, intervenção técnica, realizar perícias, desativação e descarte dos equipamentos de saúde, caracterizando as atividades e operações;
- XVIII. Assessorar os engenheiros de outras modalidades nos projetos de instalação de equipamentos de saúde;
- XIX. Desenvolver, elaborar programas destinados à manutenção corretiva, preventiva e calibração de equipamentos de saúde, incluindo os ensaios de segurança e desempenho;
- XX. Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Coordenação de Manutenção e Direção da unidade;
- XXI. Participar dos processos de integração dos equipamentos de saúde com a rede de tecnologia da formação e comunicação.

**Parágrafo Único:** O Serviço de Engenharia Clínica deve possuir um Responsável Técnico, graduado em Engenharia em Escola reconhecida, com especialização em Engenharia Clínica.

## 8. Coordenação de Serviços de Apoio

À Coordenação de Serviços de Apoio compete:

- I. Planejar, coordenar, controlar, coordenar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas aos serviços de: Vigilância, Lavanderia, Portaria, Jardinagem, Recepção e Higienização;
- II. Coordenar à equipe e as atividades, o controle, a análise e o planejamento do fluxo de atividades e processos da área;
- III. Desenhar as políticas e processos criando os fluxos da área;
- IV. Elaborar e implantar procedimentos e políticas administrativas da unidade, mediante orientação da Diretoria Administrativa e Financeira, para garantir a realização de todas as atividades operações da unidade;
- V. Acompanhar e analisar todos os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;
- VI. Tomar decisões com base em relatórios gerenciais;

652

## 1. Serviço de Lavanderia

Ao Serviço de Lavanderia compete:

- I. Fornecer de todo o enxoval nas quantidades e especificações necessárias as atividades da unidade, com chips implantados no enxoval para rastreabilidade via RFID, bem como sua higienização, limpeza;
- II. Realizar o transporte adequado do enxoval, separando enxoval limpo e sujo, de acordo com normas e padrões estabelecidos;
- II. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- III. Coletar nas diversas dependências da unidade roupas para lavagem, conferindo conforme mapa de distribuição;
  - IV. Proceder à lavagem, secagem e passagem da roupa, encaminhando-a, devidamente embalada, ao Serviço de Rouparia;
- V. Elaborar mapa de produção diária e encaminhá-lo à Supervisão;
  - VI. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- VII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VIII. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IX. Controlar o tempo de vida útil das roupas em uso, para reposição;
- X. Fiscalizar e controlar a roupa em circulação, mantendo o número suficiente de peças que assegure o repouso das mesmas;
- XI. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;

## 2. Serviço de Vigilância

Ao Serviço de Vigilância compete:

- I. Fazer rondas internas e externas do edifício, durante o dia e a noite;
- II. Possibilitar o máximo de segurança possível contra roubo/furto e sabotagens em materiais, equipamentos e outros;
- III. Comunicar imediatamente, registrando por escrito ao setor competente, bem como a pessoa responsável pelo serviço, todo acontecimento intencional irregular e que atente contra a segurança, bem como qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;
- IV. Manter constante verificação de entrada e saída de público e colaboradores nos diversos setores do edifício;
- V. Controlar a entrada e saída, de pessoas fora do horário normal de expediente, conferindo listagem de funcionários que tem livre acesso ao local;
- VI. Permitir o ingresso nas dependências internas somente de pessoas previamente identificadas e autorizadas pela unidade;
- VII. Restringir a circulação de pessoas alheias ao serviço em edifício de serviços internos, sem a circulação de público;
- VIII. Fiscalizar a entrada e saída de objetos e equipamentos do edifício;
- IX. Proibir o ingresso de vendedores ambulantes e assemelhados, bem como, todas as atividades comerciais;



000654

- X. Observar a movimentação de indivíduos suspeitos, adotando medidas de segurança necessárias para evitar qualquer eventualidade anormal;
- XI. Reconhecer qualquer objeto encontrado na dependência da unidade e entregá-los ao setor competente;
- XII. Manter seus equipamentos de trabalhos e armamento em perfeitas condições de uso;
- XIII. Seguir os horários fixados na escala de trabalho, baseada nos postos de vigilância estabelecidos;
- XIV. Colaborar com as polícias civil e militar nas ocorrências de ordem policial nas dependências da unidade, facilitando o melhor possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;
- XV. Proteger os bens móveis e imóveis existentes nas dependências onde os serviços estão sendo prestados, para impedir danos ou prejuízos ao patrimônio público;
- XVI. Garantir condições de segurança das instalações, dos servidores e usuários em geral;

### 3. Serviço de Portaria

Ao Serviço de Portaria compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- II. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. Controlar a entrada e saída dos pacientes, acompanhantes, visitantes e o público em geral na unidade;
- IV. Prestar informações ao público sobre a localização das unidades hospitalares, seus pacientes e servidores;
- V. Exercer vigilância permanente das dependências de circulação do público, principalmente das entradas e saídas da unidade;
- VI. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- VII. Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Coordenação;
- VIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

### 4. Serviço de Jardinagem

Ao Serviço de Jardinagem compete:

- I. Pulverizar as plantas, gramados e vasos ornamentais com equipamentos adequados para cada tipo;
- II. Retirar ervas daninhas;
- III. Realizar podas de conformação e limpeza dos galhos, folhas e frutos doentes ou danificados e podas do gramado com bordaduras;
- IV. Retirar entulhos, restos de materiais e outros;
- V. Efetuar a remoção definitiva para fora das instalações da Unidade, de detritos, resíduos e papéis localizados dentro das áreas ajardinadas e vasos ornamentais e lixo orgânico e inorgânico resultante da manutenção dos jardins;
- VI. Refilar meio-fio, corolas das árvores e caixas de refletores, se houver;
- VII. Capinar, roçar e cortar grama;
- VIII. Realizar arejamento do solo;
- IX. Adubar, com adubo orgânico os jardins e as plantas internas;

654



000655

- X. Podar árvores.
- XI. Combater pragas, fungos, cupins e insetos em geral, utilizando produtos adequados e métodos autorizados pelos órgãos competentes, dentro das normas técnicas e com registro válido junto ao órgão responsável;
- XII. Adubar a cobertura do gramado, com terra vegetal ou adubo orgânico, anualmente ou em periodicidade menor;
- XIII. Plantar novas espécies vegetais, sempre que necessária a substituição daquelas já existentes;
- XIV. Complementar adubação;
- XV. Substituir, recuperar vasos ornamentais danificados;
- XVI. Executar serviços necessários à manutenção e conservação dos jardins e vasos ornamentais;
- XVII. Realizar a manutenção e conservação dos vasos ornamentais dos ambientes distribuídos nas áreas internas dos edifícios, tais como fornecimento de suportes e ou pratos para os vasos dentre outros;
- XVIII. Tratar as plantas doentes com herbicidas ou fungicidas, caso necessário;
- XIX. Podar e/ou replantar plantas, quando necessário ou solicitado;
- XX. Remanejar vasos, quando necessário ou solicitado;
- XXI. Realizar a manutenção e conservação das jardineiras localizadas nas áreas internas dos edifícios, providenciando o replantio com fornecimento de plantas e/ou substituição das plantas ornamentais, quando for o caso;
- XXII. Replantar com grama e outras plantas quando houver corte ou abertura de valas nos gramados, jardins, bem como nos vãos e floreiras, ou nos locais indicados pela fiscalização do Contrato;
- XXIII. Efetuar a limpeza de terreno, tais como capinação e retirada de entulho, dentre outros;

## 5. Serviço de Recepção

Ao Serviço de Recepção compete:

- I. Informar ao público sobre os serviços prestados na unidade;
- II. Informar quanto à localização de pessoas, salas e dependências na unidade;
- III. Notificar a segurança sobre a presença de pessoas com atitudes suspeitas;
- IV. Conferir documentos de identificação dos pacientes, acompanhantes e visitantes de modo a controlar a entrada e a saída de pessoas e de materiais;
- V. Efetuar ligações telefônicas quando solicitado;
- VI. Atender chamadas telefônicas;
- VII. Receber, anotar e transmitir recados e mensagens;
- VIII. Fornecer informações genéricas, de acordo com as orientações recebidas ao assumir o serviço;
- IX. Identificar e cadastrar pacientes, acompanhantes e visitantes, utilizando-se de sistema convencional de controle de acesso às dependências da unidade ou de sistema informatizado que venha a ser utilizado na recepção da unidade;
- X. Observar as normas ou códigos específicos para as diversas áreas de acesso;
- XI. Manter-se atualizado(a) e bem-informado(a) sempre que se fizer necessária a adoção de novas rotinas ou quando houver qualquer outra alteração nos procedimentos de acesso às dependências da unidade;
- XII. Cumprir rigorosamente os procedimentos estabelecidos nas normas de acesso e nas rotinas específicas do serviço de recepção;

655



000656

- XIII. Receber, de forma educada e prestativa, os pacientes e acompanhantes que se dirigirem a unidade, fornecendo-lhes informações precisas e objetivas;
- XIV. Zelar pela manutenção de um ambiente de trabalho tranquilo e livre de conflitos, de forma a preservar a imagem da unidade e a qualidade dos seus serviços;
- XV. Exercer outras atividades administrativas, tais como, fotocópias, digitalização, entre outras.

#### 6. Serviço de Higienização

Ao Serviço de Higienização compete:

- I. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- II. Executar a limpeza, visando higiene, nas dependências da unidade, nos móveis e equipamentos em uso;
- III. Limpar as áreas externas e de circulação da unidade;
- IV. Promover o combate a insetos e roedores nas dependências da unidade, bem como da adoção de medidas práticas que evitem sua presença;
- V. Controlar o gasto de material de limpeza, mantendo registro de consumo médio para fins de apuração de custos;
- VI. Efetuar mudanças e organizações, quando solicitado;
- VII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

### SUBSEÇÃO II

#### 2. Gerência de Gente e Gestão

**Art. 21º** – À Gerência de Gente e Gestão compete:

- I. Gerenciar e coordenar os processos seletivos externos e internos de acordo com as necessidades da unidade;
- II. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos serviços de Educação Continuada do Trabalhador;
- III. Desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro da unidade, visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;
- IV. Encaminhar os servidores interessados para realização de consultas e exames médicos;
- V. Propor e implementar políticas de benefícios sociais;
- VI. Realizar levantamento das necessidades de pessoal em cada setor da unidade;
- VII. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- VIII. Informar regularmente à Diretoria Administrativa notificação de todas as ocorrências da vida funcional dos servidores;
- IX. Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;
- X. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XIII. Manter contato com a Direção Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade.

656



000657

## 1. Recursos Humanos

Ao Recursos Humanos compete:

- I. Planejar e coordenar os processos seletivos externos e internos de acordo com as necessidades da unidade
- II. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos serviços de Educação Continuada do Trabalhador;
- III. Elaborar o Plano de Capacitação de Recursos Humanos;
- IV. Promover cursos de treinamento e reciclagem do pessoal conforme as demandas dos serviços;
- V. Desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro da unidade, visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;
- VI. Realizar levantamento das necessidades de pessoal em cada setor da unidade;
- VIII. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IX. Informar regularmente à Diretoria Administrativa notificação de todas as ocorrências da vida funcional dos servidores;
- X. Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;
  - XI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
  - XII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
- XIII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;
- XIV. Manter contato com a Direção Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade.

## 2. Serviço de Departamento Pessoal

Ao Serviço de Departamento Pessoal compete:

- I. Elaborar e controlar a folha de pagamento de pessoal;
- II. Monitorar o dossiê do colaborador;
- III. Controlar a documentação e acessos dos colaboradores e terceirizados;
- IV. Manter atualizado o CNES da unidade;
- V. Encaminhar os servidores interessados para realização de consultas e exames médicos;
- VI. Propor e implementar políticas de benefícios sociais;
- VII. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- VIII. Receber e informar, no que lhe competir, todos os requerimentos referentes ao pessoal lotado na unidade;
- IX. Informar regularmente à Diretoria Administrativa notificação de todas as ocorrências da vida funcional dos servidores;
- X. Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;
- XII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIII. Manter contato com a Direção Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços da unidade.

657



### 3. Serviço Especializado em Engenharia e em Medicina do Trabalho

Ao Serviço Especializado em Engenharia e Medicina do Trabalho compete:

- I.aplicar os conhecimentos de Engenharia de Segurança e de Medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes a saúde do trabalhador;
- II.determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e esse persistir, mesmo reduzido a utilização pelo trabalhador de equipamentos de proteção individual de acordo com a NR-6, desde que a intensidade ou característica do agente assim o exija;
- III.colaborar, quando solicitado nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa;
- IV.responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis as atividades executadas pela empresa ou seus estabelecimentos;
- V.manter permanente relacionamento com a CIPA valendo-se o máximo de suas observações além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la;
- VI.promover atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente;
- VII.esclarecer e conscientizar os empregados sobre acidente de trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção;
- VIII.analisar e registrar em documento específico todos os acidentes de trabalho, doenças ocupacionais descrevendo a história e as características do acidente ou doença ocupacional;
- IX.registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade.

## 7. CAPÍTULO V – DAS NORMAS GERAIS E TRANSITÓRIAS:

**Art. 22º** - São deveres do Colaborador de qualquer categoria:

- I. cumprir o horário e as obrigações contratuais e funcionais;
- II. manter-se em seu local de trabalho, ausentando-se somente a objeto de serviço ou quando autorizado;
- III. executar as tarefas que lhe forem determinadas;
- IV. tratar com humanidade pacientes, colegas de trabalho e superiores hierárquicos, bem como as pessoas que procurem a unidade, defendendo a observância dos Direitos e Deveres destes;
- V. zelar pelo patrimônio da unidade;
- VI. comunicar à chefia imediatas irregularidades de serviços de que tiver conhecimento;
- VII. obedecer aos respectivos Códigos de Ética Profissional;
- VIII. participar de comissões;
- IX. aguardar em serviço a chegada do substituto;



000659

- X. evitar a divulgação entre estranhos de assuntos internos dos serviços;
- XI. participar de reuniões, quando convocado;
- XII. executar as atribuições delegadas.

#### **Art. 23° - DO HORÁRIO**

O horário de trabalho em toda a unidade é fixado pela Direção Geral da unidade, respeitada a legislação vigente.

*Por conveniência de serviço, poderá ser proposto pelos ocupantes das funções de Gerentes, Coordenações, Supervisões e Assessoramento à Direção Geral da unidade, horários especiais, respeitando-se o número de horas estabelecido na legislação.*

O trabalho extraordinário só poderá ser prestado, quando autorizado pelos ocupantes das funções de Gerentes, Coordenações, Supervisões e Assessoramentos, nos termos da legislação que reza a espécie.

#### **Art. 24° - DAS SUBSTITUIÇÕES**

O Diretor Geral da unidade será substituído em suas faltas ou impedimentos pelo Diretor Técnico.

*Os titulares das Diretorias e Gerência serão substituídos em suas faltas ou impedimentos por servidor indicado pelo Diretor Geral da unidade;*

O titular de qualquer Gerência, Coordenação, Supervisão e Assessoria será substituído em suas faltas ou impedimentos por servidor indicado pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador e autorizado pelo Diretor Geral da unidade.

### **8. CAPÍTULO VI -DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:**

**Art. 25°** – Os atos relativos ao pessoal deverão gerar-se na Supervisão de Gestão de Pessoas, em cumprimento a determinação do Diretor Geral da unidade.

**Art. 26°** – É obrigatório o registro de “ponto” de todo o pessoal da unidade.

**Parágrafo Único** – São dispensados do “ponto” os Diretores, Gerente, Assessoria, Coordenadores e Supervisores da unidade, os quais deverão, entretanto, observar o horário normal de trabalho.

**Art. 27°** – O prontuário médico, bem como qualquer documento ou informação relacionados com a assistência prestada aos pacientes, só poderão ser retirados da unidade mediante autorização expressa do Diretor Técnico Assistencial.

**Art. 28°** – Caberá ao Diretor Geral da unidade estruturar o Corpo Clínico e aprovar os Manuais de Normas e Rotinas dos diversos Serviços da unidade, onde se definirão suas relações com os órgãos da administração.

659

**Art. 29°** – As notícias referentes a fatos ocorridos no âmbito da unidade só poderão ser fornecidas para divulgação com autorização do Diretor Geral.

**Art. 30°** – O Diretor Geral da unidade tomará as medidas necessárias para implantação deste Regimento.

**Art. 31°** – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Direção da unidade, respeitada a competência da autoridade superior.

**Art. 32°** – Este Regimento, aprovado pelo Diretor Geral da unidade, entrará em vigor na data de sua publicação.

**Art. 33°** – Revogam-se as disposições em contrário.

**1. FORMULÁRIO AVALIAÇÃO E PRONTUÁRIO PROFISSIONAL:**

**Art. 34°** Todo Colaborador possuirá um prontuário profissional, que contará com seus dados pessoais e profissionais, contendo toda a mudança funcional, advertências, exames ocupacionais e atestados.

**Art. 35°** A avaliação periódica, de caráter anual, a ser realizada pelo gestor imediato para uma análise do desempenho individual do quadro funcional da Instituição. Realizada via formulário desenvolvido para este fim, após análise ampliada, as tratativas se dão diretamente entre avaliador e avaliado para apresentação e discussão dos itens, em um ambiente reservado.

**Art. 36°** O formulário de avaliação será conforme o descrito abaixo:

Competência	
1	AUTOCONTROLE: tem capacidade de controlar as emoções, evitando conflitos com chefias, colegas e clientes internos no ambiente de trabalho, conduzindo os problemas de maneira conciliadora.
2	AUTODESENVOLVIMENTO: busca continuamente autodesenvolver-se, objetivando melhor performance e resultado;
3	COMPROMETIMENTO: visa o desempenho das atividades profissionais para os interesses e objetivos institucionais;
4	COMUNICAÇÃO: assegura transmitir a informação de forma articulada e honesta, zelando pela clareza do discurso, tomando sempre cuidado em verificar que a mensagem seja compreendida e esteja em conformidade com as diretrizes da instituição;
5	CONHECIMENTO TÉCNICO GERENCIAL: conhece as técnicas gerenciais e administrativas necessárias ao desenvolvimento das atividades;
6	CONSERVAÇÃO DE PATRIMÔNIO: usa adequadamente os equipamentos e instalações, atuando com cuidado e zelo na utilização e conservação dos mesmos no exercício de suas funções.



000661

Competência	
7	<b>COOPERAÇÃO:</b> tem comportamento cooperativo em relação à equipe, adotando uma postura profissional e participativa, com vistas à execução das atividades do setor.
8	<b>CUMPRIMENTO DE NORMAS DE PROCEDIMENTO E DE CONDUTA:</b> assegura o cumprimento das normas de procedimento no desempenho das atribuições do cargo e de conduta de acordo com os princípios da Instituição, em especial as Normas Gerais de Atuação / Regulamentação de Trabalho da FUNEV;
9	<b>EMPREENDEDORISMO:</b> tem a capacidade de suscitar, implementar e executar projetos inovadores, com vistas a responder desafios inerentes do seu setor de trabalho e da instituição como um todo.
10	<b>FLEXIBILIDADE E NEGOCIAÇÃO:</b> assegura ter capacidade de negociar, utilizando os princípios, conceitos e valores, que regem e se desenvolvem no campo de sentimentos de filiação, adesão e cooperação, possibilitando o sucesso de colaboradores e conquista de resultados;
11	<b>GESTÃO DE PESSOAS:</b> tem capacidade de administrar os comportamentos internos e potencializar o capital humano na instituição;
12	<b>LIDERANÇA MOBILIZADORA:</b> tem capacidade de conseguir a adesão dos seus colaboradores e diversos parceiros em torno de objetivos comuns, e obter deles um alto nível de mobilização, desempenho e colaboração;
13	<b>ORIENTAÇÃO PARA O PACIENTE:</b> tem capacidade de adaptar as práticas e os processos de trabalho, com vistas a oferecer serviços orientados às necessidades e expectativas do usuário, conforme a missão da instituição.
14	<b>ORIENTAÇÃO PARA OS RESULTADOS:</b> tem capacidade de atingir os resultados almejados em termos de qualidade, impacto e eficiência, por meio de uma gestão rigorosa de planejamento, monitoramento e controle;
15	<b>PLANEJAMENTO:</b> tem capacidade para planejar, organizar e gerenciar os recursos disponíveis, com distribuição das atividades em função da obtenção dos resultados previstos para o setor;
16	<b>PROATIVIDADE:</b> atua com intuito de dar andamento ou dar início às atividades, prevendo fatos e atos que ainda não aconteceram, antevendo consequências e/ou resultados, antecipando a ação com rapidez e eficácia.
17	<b>PRODUTIVIDADE:</b> motiva o trabalho de acordo com as metas estabelecidas, observando o prazo e a qualidade.
18	<b>RELACIONAMENTO INTERPESSOAL:</b> visa habilidades de relacionamento interpessoal e adequa suas respostas emocionais a cada situação, demonstrando respeito, cortesia, e capacidade de mobilização com as pessoas e grupos;



Competência	
19	VISÃO ESTRATÉGICA: visa capacidade de antecipar as tendências, ler o contexto, projetar uma perspectiva de futuro no que se refere ao seu setor e à instituição;

**9. ABREVIações:**

1. CIPA: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho
2. HE: Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz
3. IBGH: Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar
4. NHE: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
5. NIR: Núcleo Interno de Regulação
6. NR: Norma Regulamentadora
7. PGRSS: Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde
8. RSS: Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde
9. SADT: Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica
10. SAME: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
11. SESMT: Serviço Especializado em Engenharia e Medicina do Trabalho

**5.16 ANEXO XVI - REGIMENTO CORPO CLÍNICO MULTIDISCIPLINAR**

**PROPOSTA PARA REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO MULTIPROFISSIONAL**

Os serviços multiprofissionais visam à prestação de atendimento aos pacientes de uma forma integrada e multifatorial. Desta maneira é de fundamental importância o cumprimento deste regimento interno para nortear as ações e tomadas de decisão nas relações internas e com os pacientes e seus acompanhantes.



000663

A equipe de multiprofissional é composta por: Medicina, Enfermagem, Farmácia Hospitalar/Clinica, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

**Objetivo:**

Este Regimento interno tem como objetivo fornecer informações aos colaboradores sobre as rotinas e ações que devem ser seguidas para melhoria constante da qualidade da prestação de serviços ao beneficiário, com concomitante ampliação da eficácia e eficiência institucional.

**Atribuições:**

**Compete a equipe Médica:**

- a. Atender os pacientes sempre de maneira humanizada;
- b. Receber, registrar e supervisionar toda a movimentação dos pacientes da Instituição em regime de internação;
- c. Planejar, executar, supervisionar e controlar as atividades da equipe a todos os pacientes, internados;
- d. Proporcionar condições ideais de atendimento aos pacientes, contando com infraestrutura e conhecimentos técnicos específicos para tal;
- e. Executar os procedimentos prescritos dentro dos padrões técnicos reconhecidos e científicos, assegurando a qualidade da assistência prestada ao paciente

**Compete a equipe de enfermagem:**

- a. Gerenciar a identificação do paciente durante toda a prestação de serviço;
- b. Efetuar registro completo e legível nos documentos assistenciais do setor e da Instituição;
- c. Acompanhar as ações de transporte interno do paciente garantindo a continuidade de seu atendimento;
- d. Obedecer aos critérios e procedimentos para a admissão do paciente.
- e. Participar do planejamento interdisciplinar da assistência constituindo o plano terapêutico e individualizado do paciente;
- f. Acompanhar diariamente o funcionamento dos equipamentos do setor.
- g. Coletar os dados pertinentes ao painel de Indicadores definidos para o setor;
- h. Gerenciar a execução das tarefas dos técnicos de enfermagem através dos critérios descritos no manual de POP's;

**Compete a equipe de farmácia:**

- a. Assessorar o corpo clínico da unidade com relação aos aspectos farmacológicos dos medicamentos, responsabilizar-se tecnicamente pelas aquisições de medicamentos e produtos farmacêuticos, garantindo sua qualidade e adequada conservação;
- b. Elaborar a previsão e o consumo dos medicamentos, produtos farmacêuticos e saneantes químicos usados na unidade;

663





000667

- c. Responsabilizar-se tecnicamente pelas aquisições de medicamentos e produtos farmacêuticos, garantindo a sua qualidade e adequada conservação;
- d. Estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de medicamentos, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com os medicamentos prescritos pelo corpo clínico da instituição;
- e. Exercer de forma efetiva o gerenciamento do estoque de medicamentos, mantendo registro de consumo, perda e extravio para fins de baixa ou substituição;
- f. Estabelecer centro de informações de medicamentos para as equipes médica e de enfermagem, visando melhor utilização dos medicamentos;
- g. Participar em estreita colaboração com a equipe médica dos estudos de casos programados e na manutenção da vigilância contínua sobre os efeitos adversos dos medicamentos;
- h. Elaborar relatórios, estatísticas ou inventários periódicos dos medicamentos estocados de acordo com orientação da Administração;
- i. Receber as requisições das prescrições, triar e dispensar as medicações em doses individualizadas;
- j. Controlar, diluir e distribuir os saneantes químicos e produtos afins, segundo padronização e normas da CCIH, obedecendo a indicação e utilização dos mesmos;
- k. Executar programas de educação em serviço, promovendo a orientação técnica do pessoal da Farmácia;
- l. Observar o cumprimento a legislação vigente;
- m. Cooperar com a Comissão de Farmácia e Terapêutica nas atividades de desenvolvimento e análise para a padronização dos medicamentos em uso no hospital;
- n. Controlar a movimentação de medicamentos e correlatos, em especial, dos entorpecentes e psicotrópicos.

#### Compete ao Serviço de Nutrição:

- a. Definir, planejar, organizar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos clientes da instituição;
- b. Avaliar o estado nutricional do cliente a partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos;
- c. Realizar assistência dietoterápica hospitalar planejando, prescrevendo, analisando e acompanhando a dieta dos pacientes;
- d. Registrar diariamente no prontuário do paciente, a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e a alta em nutrição;
- e. Supervisionar e controlar os equipamentos e utensílios utilizados pelo setor;
- f. Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao paciente;
- g. Supervisionar e estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de gêneros alimentícios, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com as dietas prescritas pelo corpo clínico da instituição;



000665

Compete ao Serviço de Psicologia:

- a. Promover a humanização do atendimento, facilitando a relação equipe/ paciente;
- b. Atendimento psicológico;
- c. Auxiliar o paciente e a família na compreensão da doença e tratamento, tornando-os ativos no processo de recuperação
- d. Trabalhar de forma integrada com os demais profissionais de saúde, colaborando assim para uma visão global do paciente dentro de um enfoque multidisciplinar e possibilitando a assistência e apoio técnico à equipe;
- e. Preparar pacientes para cirurgia a fim de que possam lidar com aspectos práticos e de rotina de uma cirurgia, bem como as fantasias que advém desta situação;
- f. Trabalhar os conflitos intrapsíquicos gerados ao adoecer, melhorando a qualidade de vida dos pacientes;
- g. Trabalhar e/ou preparar o paciente para mudanças em seu esquema corporal a fim de aceitar melhor seu novo estado físico;
- h. Amenizar e elaborar sentimentos depressivos, de angústia e insegurança, trazendo o sentido de realidade e de conhecimento dos limites determinados pela própria doença, transmitindo confiança em suas possibilidades e apoiando suas realizações;

Compete ao Serviço Social:

- a. Orientar o usuário quanto as normas e rotinas da unidade;
- b. Realizar entrevista social, estabelecendo o plano de intervenção do Serviço Social;
- c. Orientar o paciente, familiares ou responsáveis quanto a remoção do paciente de alta hospitalar, contribuindo para a otimização do leito hospitalar;
- d. Elaborar, implantar, coordenar e avaliar a execução e desenvolvimento de planos, programas e projetos do Serviço Social, através do acompanhamento sistemático;
- e. Elaborar e adotar manual de normas, rotinas e procedimentos, onde sejam estabelecidas as atribuições do pessoal do serviço;
- f. Proceder acompanhamento social do tratamento de saúde;
- g. Orientar os usuários a utilizarem adequadamente os recursos institucionais, sociais e da comunidade, face as situações constatadas;
- h. Desenvolver o trabalho em grupo com usuários e/ou seus responsáveis, de acordo com as necessidades apresentadas e visando o desenvolvimento dos aspectos sociais;
- i. Interpretar a situação social do paciente e sua família junto a equipe multiprofissional;
- j. Elaborar e atualizar, sempre que necessário, a relação de recursos da comunidade a fim de prover os devidos encaminhamentos de pacientes, familiares e funcionários;
- k. Realizar campanhas educativas, elaboradas a partir das necessidades identificadas;
- l. Estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde;
- m. Trabalhar preventiva e resolutivamente as situações de rejeição familiar;

665



n. Participar com os demais membros da equipe de saúde do processo de transferência, assim como dos avisos de óbitos, prestando aos familiares as orientações concernentes à situação;

#### Compete a Fisioterapia

- a. Realizar os procedimentos de fisioterapia nos pacientes;
- b. Prescrever, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano por meio de ação, isolada ou concomitante, de agente termoterápico ou crioterápico, aeroterápico, fototerápico ou eletroterápico, determinando:
  - O objetivo da terapia e a programação para atingi-lo;
  - A fonte geradora do agente terapêutico, com a indicação de particularidades na utilização da mesma, quando for o caso;
  - A região do corpo do cliente a ser submetida a ação do agente terapêutico;
  - A dosagem e frequência do número de sessões terapêuticas com indicação do período de tempo de duração de cada uma;
  - A técnica a ser utilizada.
- c. Utilizar com o emprego ou não de aparelho, exercício respiratório, cárdiorespiratório, cardiovascular, de educação ou reeducação neuromuscular, regeneração muscular, relaxamento muscular, locomoção, regeneração osteoarticular, correção de vício postural, adaptação ao uso de órtese ou prótese e adaptação dos meios materiais, pessoais ou ambientais disponíveis para desempenho físico do paciente, determinando:
  - O objetivo da terapia e a programação para o atingi-lo;
  - O segmento do corpo do cliente a ser submetido ao exercício;
  - A modalidade do exercício a ser aplicado e a respectiva intensidade;
  - A técnica de massoterapia a ser aplicada, quando for o caso;
  - A orientação ao paciente para a execução da terapia em sua residência, quando for o caso;
  - A dosagem de frequência e do número de sessões terapêuticas com a indicação do período de tempo de duração de cada uma.
- d. Manter os equipamentos em perfeito funcionamento e procurar renová-los sempre que possível, para que a unidade tenha o melhor desempenho e atualização tecnológica.

#### Compete a Fonoaudiologia

- a. Atuar precoce e preventivamente através de avaliação, orientação e tratamento;
- b. Reequilibrar alterações miofuncionais, evitando possíveis danos nos processos fonatórios e cognitivos;
- c. Participar de equipe multiprofissional traçando e atuando em terapêuticas que levem ao bom prognóstico;
- d. Diagnosticar sintomas de distúrbios fonoaudiológicos precocemente; retornar à alimentação por via oral, restabelecendo funções vitais de sucção, Mastigação, deglutição e fala, diminuindo o tempo de hospitalização e evitando reinternações por infecções respiratórias;
- e. estimular e agilizar a alta hospitalar, com os menores danos possíveis ao indivíduo no seu retorno à sociedade, diminuindo inclusive os custos da Hospitalização





## Compete a Terapia Ocupacional

- a. Realizar os procedimentos de terapia ocupacional nos pacientes;
- b. Indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos ou de doenças adquiridas por meio da utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos. É uma área que tem intervenção voltada para a pessoa e seu grupo social. O objetivo é ampliar o campo de ação, desempenho, autonomia e participação, considerando recursos e necessidades de acordo com o momento e lugar, estimulando condições de bem-estar e autonomia. Por meio do fazer afetivo, relacional, material e produtivo o profissional contribui com os processos de produção de vida e saúde.
- c. Manter os equipamentos em perfeito funcionamento e procurar renová-los sempre que possível, para que a unidade tenha o melhor desempenho e atualização tecnológica

## 5.17 ANEXO XVII - PROPOSTA DE MANUAL FATURAMENTO

### DEFINIÇÃO

Faturamento Hospitalar é a codificação dos procedimentos realizados em uma unidade hospitalar, composto de três registro básicos, Autorização de Internação **Hospitalar** – AIH, para internação hospitalar; Boletim de Produção Ambulatorial - BPA para procedimentos realizados de caráter **ambulatorial**; e Autorização de Procedimento de **Alta Complexidade** – APAC.



000668

A unidade de saúde realiza o faturamento da produção, a qual é apurada de acordo com o valor e o código da tabela SUS/MS- SIGTAP, sendo responsável pela confecção das contas hospitalares, demonstrado através de registros diários.

## OBJETIVO

Apresentar manual técnico de forma detalhada as informações para a realização de faturamento Hospitalar, acompanhamento da produção e preenchimento do CNES.

## CAMPO DE APLICAÇÃO

Este manual técnico será aplicado pelo setor de faturamento nas unidades hospitalares geridas pelo IBGH, traduzindo em moeda corrente todas as operações de serviços assistenciais em saúde e medicamentos produzindo a conta hospitalar.

## SIGLAS

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**BPA** - (Boletim de produção Ambulatorial)

**BPA-I** (Boletim de produção Ambulatorial individualizado)

**BPA-C** (Boletim de produção Ambulatorial consolidado)

**CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**OPM'S** - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

## DIRETRIZES

### 1. **SUS** - Sistema Único de Saúde

O SUS é referência mundial em Saúde Pública, de acordo com a Constituição Federal de 1988, é composta pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios. Um sistema ímpar no mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira.

## SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

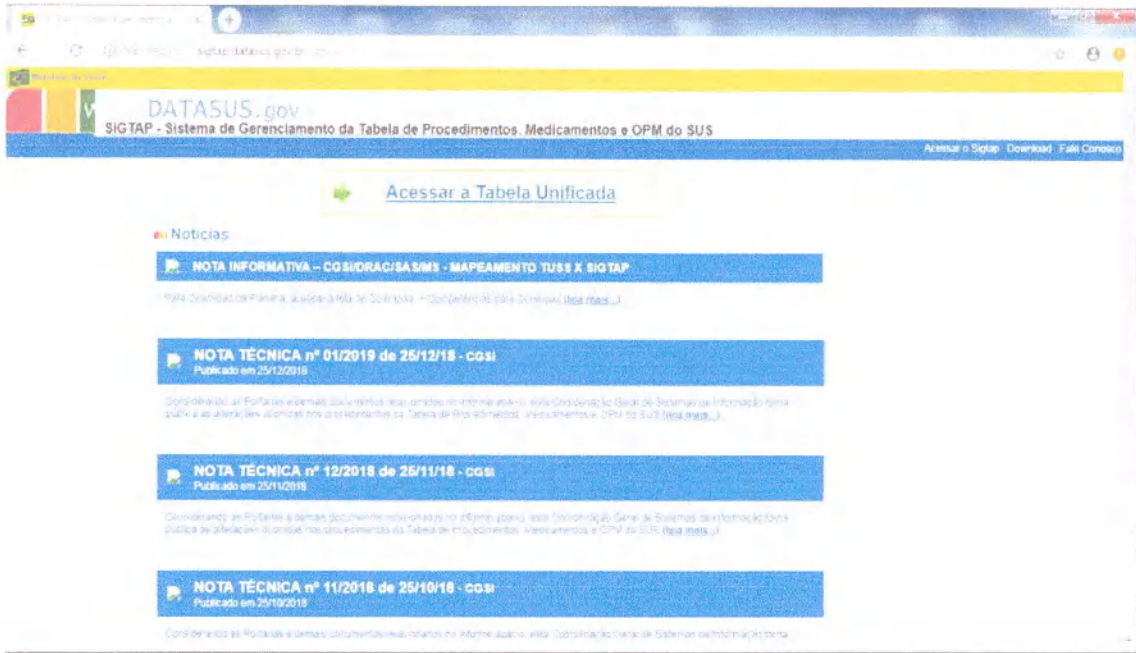
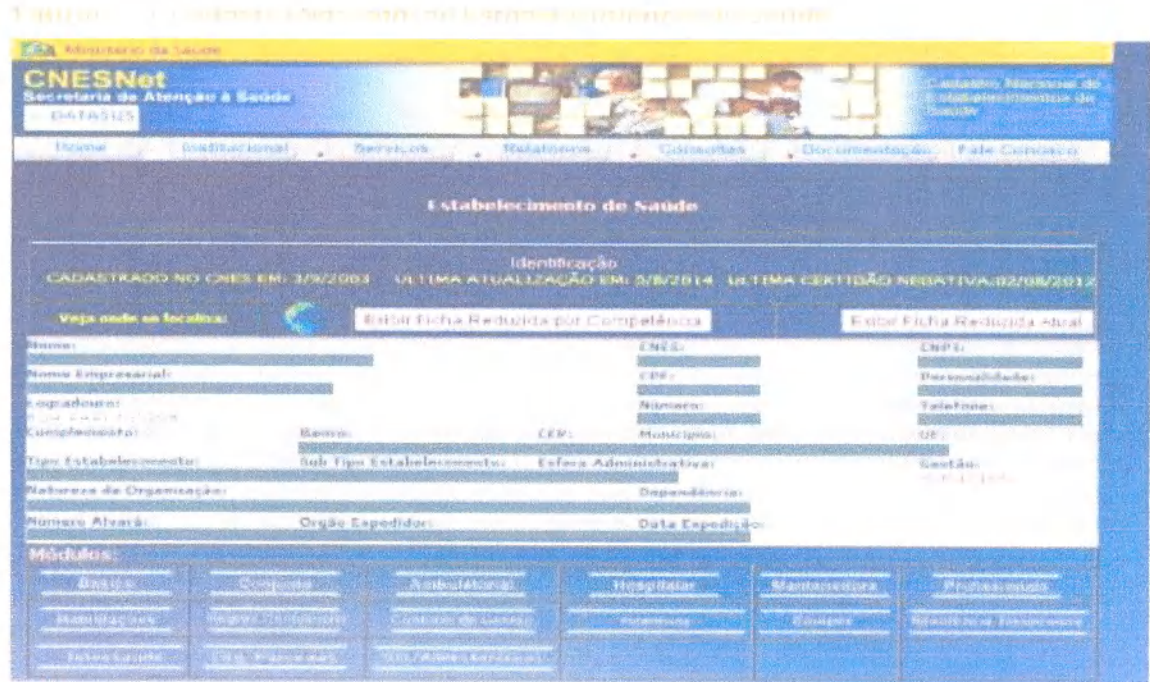
### 2. **CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível na página da internet <http://cnes.datasus.gov.br>

668



000669

Estrutura para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, um cadastro de base nacional.



669



000670

5.2.1 **Básico:** caracterização, infraestrutura, atividade, atendimentos, vínculo e endereço complementar.

5.2.2 **Identificação:** nome, código do CNES, número do CNPJ, natureza, endereço, telefone, tipo de estabelecimento, esfera administrativa, gestão e alvará sanitário.

- **Caracterização**
- **Infraestrutura**
- **Atividade**
- **Atendimento**
- **Endereço Complementar**

### 5.2.3 Classificação do Estabelecimento

- **Conjunto** Informações Gerais. Serviço de Apoio e Serviço Especializado
- **Ambulatorial**
- **Hospitalar**
- **Mantenedora**
- **Equipes**
- **Profissionais:** nome, CNS, Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), carga horária semanal, vínculo empregatício e situação.
- **Habilitações**
- **Regras Contratuais**
- **Contrato de Gestão e Metas:** Código e a descrição das existentes, orientações técnicas na Assistência Ambulatorial e Hospitalar no SUS.
- **Incentivos:** Mediante contrato de gestão
- **Organizações Parceiras:** Mediante contrato de gestão
- **Gerência e/ou Administração de Terceiro:** Mediante contrato de gestão obrigatoriamente deve ser atualizado sistematicamente a inclusão e exclusão do cadastro nacionais dos profissionais em saúde (CNS), com vínculo, CBO, carga horária, habilitações, equipamentos, terceiros e serviços.

### 5.3 CARTÃO SUS

Disponível na página da internet <https://www.cardweb-sus.com.br>

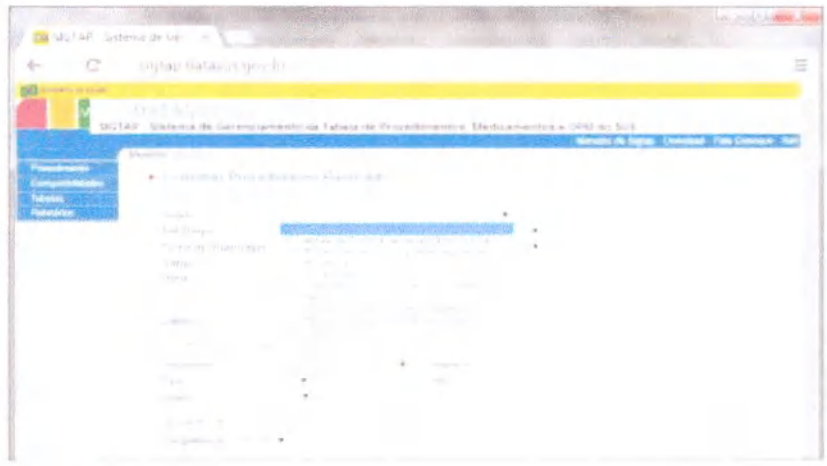
670



O CNS está inserido na política de e-Saúde do Ministério da Saúde que tem por finalidade prover a consulta às bases de dados: de pessoas, estabelecimentos, procedimentos e outras; e a vinculação dessas informações no Cadweb que é um modelo de sistema on-line, está integrado ao histórico do paciente registrado no Sistema Único de Saúde.

4. - **SIGTAP** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.  
 Disponível na página da internet: <http://sigtap.datasus.gov.br>

Figura 4. - Screenshot do Sigtap: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNS) - Sistema Único de Saúde



671



000672



Fig. 1. SIA (Sistema de Informação Ambulatorial)

5. - **BPA** Boletim de Produção Ambulatorial  
Disponível na página da internet: <http://sia.datasus.gov.br>

A partir de janeiro de 2008 o BPA foi dividido em dois, BPA-I (boletim de produção Ambulatorial), BPA-C (boletim de produção consolidado) e APAC (autorização de Procedimento de alta complexidade).

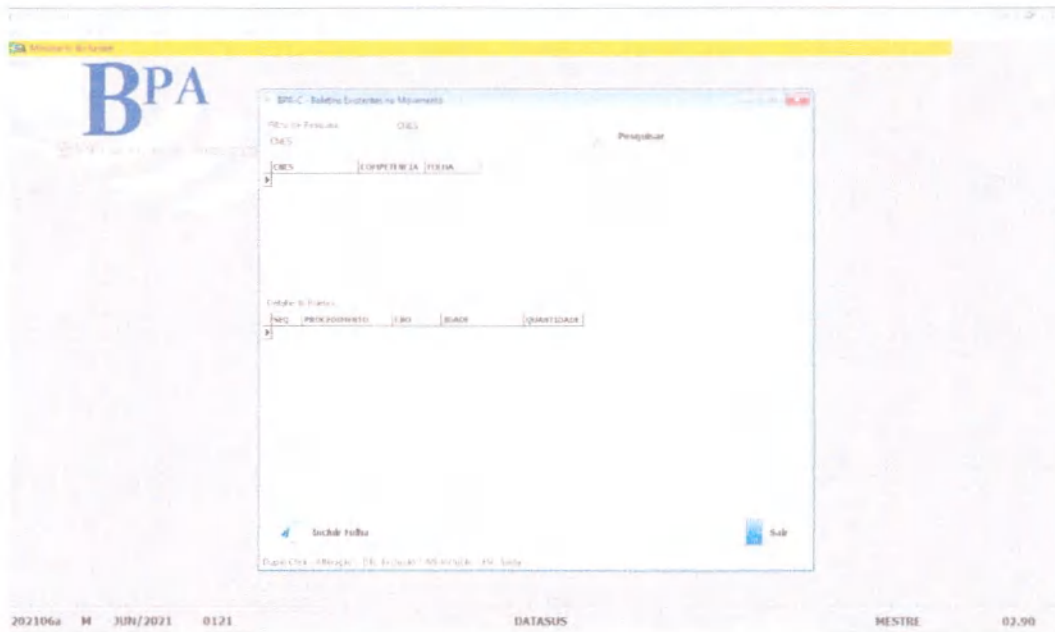


672

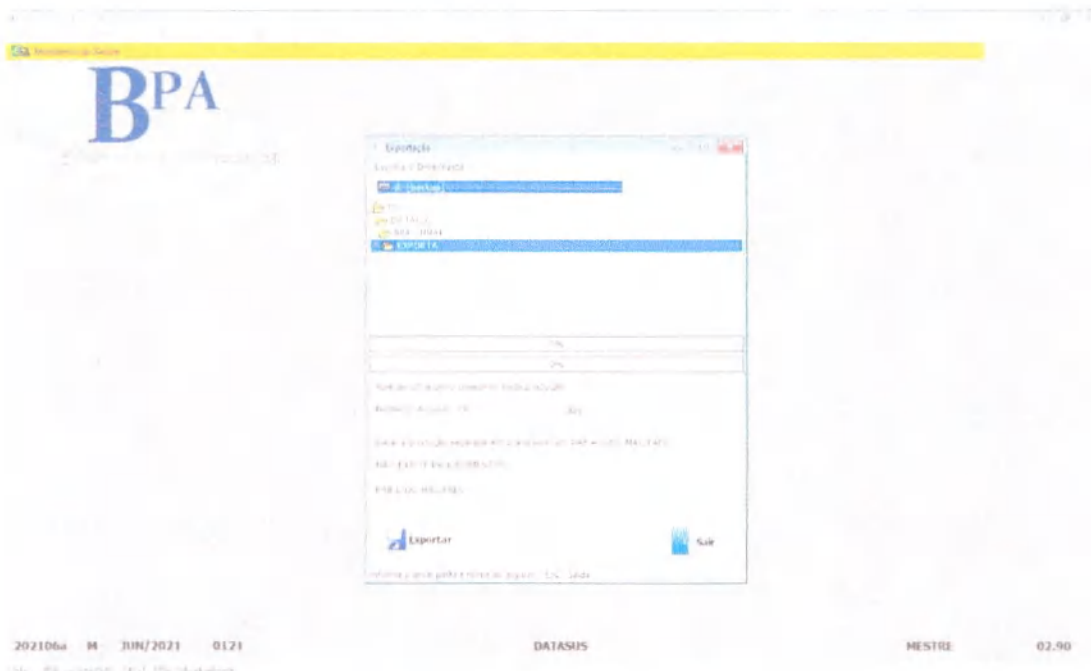




000674



674 



6. - Sadt - Exames auxiliares de Diagnose e Terapia

**SADT – SERVIÇO DE APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA**

GRUPO 02 - DIAGNÓSTICOS	
SUB-GRUPO	SUB-GRUPO
01 - Coleta de Material	08 - Medicina Nuclear
02 - Laboratório Clínico	09 - Endoscopia
03 - Anatomia Patológica	10 - Radiologia Intervencionista
04 - Radiologia Geral	11 - Métodos Diagnósticos em Especialidades
05 - Ultrassonografia	12 - Diagnósticos e Procedimentos em Hemoterapia
06 - Tomografia	13 - Vigilância Epidemiológica e Ambiental
07 - Ressonância Magnética	14 - Diagnóstico por Teste Rápido

5.6.1 O Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia, ou Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia, é uma modalidade de prestação de serviços em saúde que se utiliza de recursos de uma fonte financiadora, (SUS, particular ou convênio) com o objetivo de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes externos, internos ou de emergência de um serviço de saúde. Geralmente



000676

organiza-se por um sistema informatizado que registra a oferta dos serviços em determinadas especialidades, sejam eles próprios, terceirizados ou contratados interna ou externamente ao estabelecimento de saúde.

5.6.2 É um Serviço ofertado nas unidades de saúde e responsável pela realização de exames complementares das linhas de cuidado da atenção básica e da atenção especializada. O objetivo do SADT é apoiar a realização de um diagnóstico assertivo dos casos de usuários de determinada região, os exames ofertados podem variar de acordo com a necessidade de saúde da população da região.

5.6.3 A requisição de SADT não equivale à execução do atendimento sua comprovação se dará com a anexação do resultado à Ficha de Atendimento.

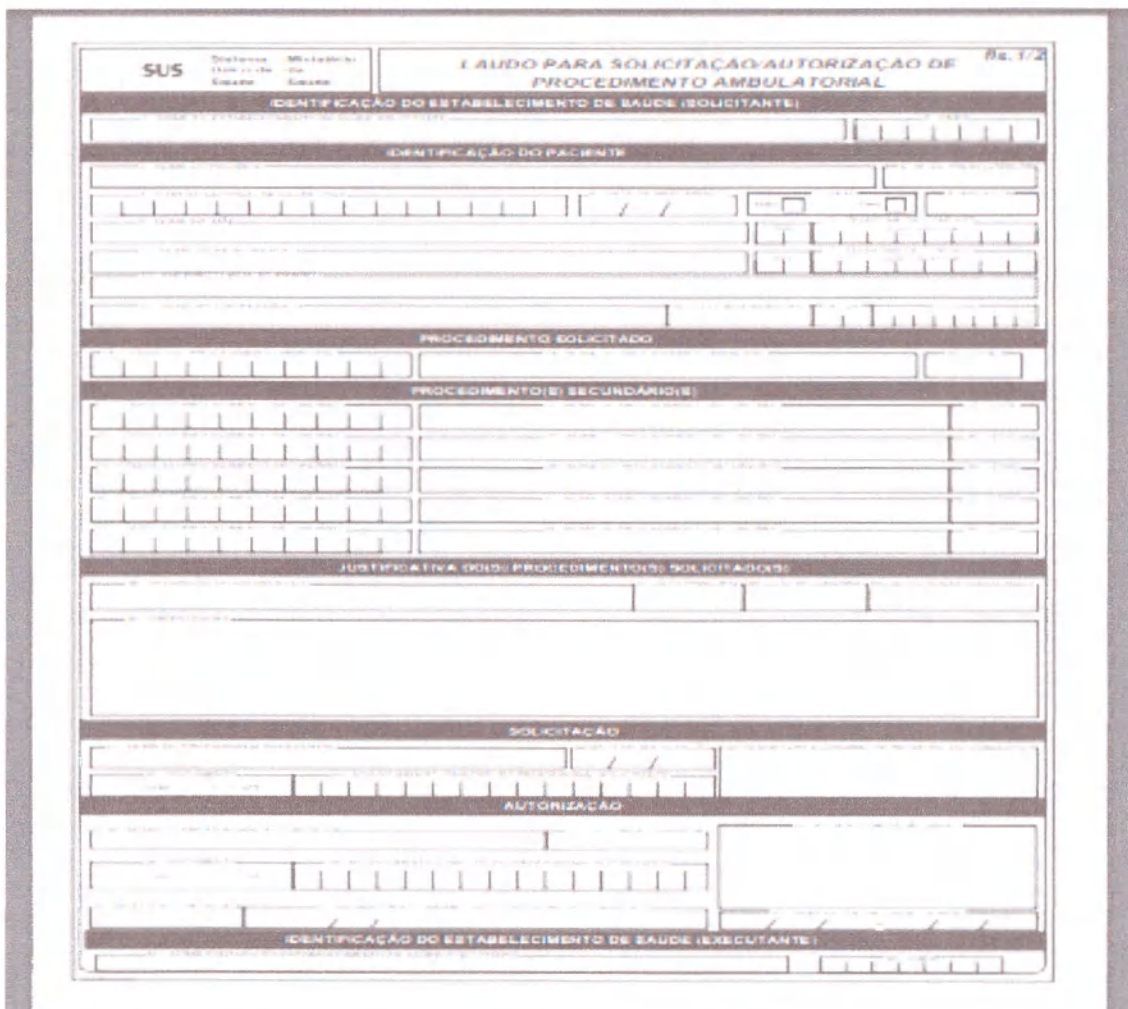
**5.7 - APAC. Magnético** - é um sistema que tem por objetivo a digitação e armazenamento quanto autorização de procedimento de alto custo/complexidade, com vistas a agilizar seu processamento mensal. O processamento da produção é feito na Unidade, uma vez que este representa o instrumento formal para cadastrar paciente, coletar informações gerenciais e cobrança dos procedimentos e medicamentos realizados/ministrados.

**5.7.1 APAC – Autorização de Procedimentos de Alto Custo**

#### LAUDO DE APAC

676

000677



**SUS** Sistema Nacional de Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL** Bl. 1/2

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)**

**JUSTIFICATIVA DOS PROCEDIMENTOS SOLICITADOS**

**SOLICITAÇÃO**

**AUTORIZAÇÃO**

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

**5.8. Relatórios** - Os relatórios das informações ambulatoriais fornecem como produtos de saída, importantes relatórios e podem ser classificados em acompanhamento da Programação Físico Orçamentária, relatório de produção, relatório financeiro / pagamento utilizados para diversos fins. Procedimentos de Alta Complexidade, faz consolidação, valida o pagamento contra parâmetros orçamentários estipulados pelo próprio Gestor de saúde, antes de aprovar o pagamento. Mensalmente os gestores, além de gerar os valores devidos a sua rede de estabelecimentos, enviam ao DATASUS, uma base de dados contendo a totalidade dos procedimentos realizados em sua gestão. Também mensalmente o DATASUS gera arquivos para tabulação contendo estes atendimentos. Complementando as informações do sistema SIHSUS, fornece ao SAS/DRAC os valores do Teto de Financiamento a serem repassados para os gestores.

**5.8.1** O processamento é descentralizado no nível municipal e estadual, de acordo com a jurisdição e os dados são enviados ao nível nacional para consolidação.



000678


## SIA - relatórios

SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS										
PRODUTO COM QUANTIDADE MÁXIMA EMERGENTE POR PACIENTE CONDIÇÃO - 01/01/2017										
INS. PACIENTE	CONDIÇÃO	PROCEDEMA	UNID.	AFAC. DO MED.	ISO	PLA. DO HOSPITAL	QUANT.	SUB-TOTAL MENSAGEM		
0006 07 017 00000000 0 000					000000	00000	01 07 2017	1	1	EMERGE QTD.MSG.
0006 07 017 00000000 0 000					000000	00000	01 07 2017	1	1	EMERGE QTD.MSG.
0006 07 017 00000000 0 000					000000	00000	01 07 2017	60	60	EMERGE QTD.MSG.
0006 07 017 00000000 0 000					000000	00000	01 07 2017	60	60	EMERGE QTD.MSG.
0006 07 017 00000000 0 000					000000	00000	01 07 2017	1	1	EMERGE QTD.MSG.
0006 07 017 00000000 0 000					000000	00000	01 07 2017	1	1	EMERGE QTD.MSG.
0006 07 017 00000000 0 000					000000	00000	01 07 2017	1	1	EMERGE QTD.MSG.
0006 07 017 00000000 0 000					000000	00000	01 07 2017	1	1	EMERGE QTD.MSG.

### 5.9 - AIH – Autorização de Internação Hospitalar

5.9.1 O setor de faturamento hospitalar é extremamente complexo, o faturamento hospitalar é uma das funções de maior importância na Administração Financeira de um Hospital, traduz em moeda corrente, todas as operações de prestação de serviços assistenciais em saúde, materiais e medicamentos produzindo a conta hospitalar.

Disponível na página da internet: <http://sihd.datasus.gov.br>





000679

**SUS** Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

**Identificação do Paciente**

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PROCEDIMENTOS SOLICITADOS**

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

**AUTORIZAÇÃO**

- **Para internação:** urgência ou eletiva
- **Durante a internação:** quando houver um novo procedimento que justifique
- **Para nova internação:** no mesmo serviço ou não
- **Hospital-dia:** clínico ou cirúrgico

679



000680

Ministério de Saúde

## SIHD

ANEXO DE TÍTULOS, BREVES E HISTÓRICO DOS PROCEDIMENTOS

Principal | Consórcios | Versões dos Sistemas | **SIHD** | Sites Relacionados | MS-SBS

**SIHD2** | SIHD1 | SIHD3 | SI-01 | INDEFINIZADOR | Portais | Notícias

> DOCUMENTOS DO SIHD2 - UTILIZADO A PARTIR DA COMPETÊNCIA 01/2008

- [Tela de Consulta de Procedimentos](#)
- [Formulário Migrado](#)
- [Instrução de Instalação do Sistema](#)
- [Atas de Reuniões](#)
- [Manuais](#)

5.9.2 Mensalmente os gestores, além de gerar os valores devidos a sua rede de estabelecimentos, enviam ao DATASUS, uma base de dados contendo a totalidade dos procedimentos realizados em sua gestão. Também mensalmente o DATASUS gera arquivos para tabulação contendo estes atendimentos, complementando as informações do sistema SIHSUS, fornece ao SAS/DRAC os valores do Teto de Financiamento a serem repassados para os gestores.







**IBGH**

Instituto Brasileiro  
de Gestão Hospitalar

Valorizamos uma gestão transparente  
e eficiente. [portal.webgpa.com.br](http://portal.webgpa.com.br) (021) 3891-9400

000682

**Saúde**  
Ministério da Saúde

CADASTRO PRODUÇÃO PROCESSAMENTO RELATORIOS CONSULTA MANUTENÇÃO AJUDA REINICIAR SAIR

Cadastro de AIIH

HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIANIA HMAP

522110024219 # 01 INICIAL 07 / 2021

00000000010291 05 / 01 / 2021 06 / 01 / 2021 MS20140001

Ident. do Paciente Ident. da Internação Diagnósticos Procedimentos Realizados

LNPI

Pré-entorno

Quem / Data

Reserva

Classificação

Fav. Estado (Aperte ?) e explore o menu para classificar o campo selecionado

Documentos

CDEN

Apresentar valores

Tipos de Documento

Link	Procedimento	GLA	Documento	CDN	LNPI	LNPI2	APRESENTAR VALOR P/ LNPI	LNPI1

Faça clique no botão. Clique selecionado para pesquisar o termo selecionado. Faça clique no botão para o gerenciamento

Salvar (F5) Cancelar (F6) AIIH Modelo Autorizador (F7) Excluir (F8) Imprimir (F9)

USUARIO: MESTRE | VERSAO: 1982 | 08/07/2021 | HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIANIA HMAP | 11/20140001 | PUBLICO | APLIC: 07 / 2021

**Saúde**  
Ministério da Saúde

CADASTRO PRODUÇÃO PROCESSAMENTO RELATORIOS CONSULTA MANUTENÇÃO AJUDA REINICIAR SAIR

Cadastro de AIIH

HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIANIA HMAP

522110024219 # 01 INICIAL 07 / 2021

00000000010291 05 / 01 / 2021 06 / 01 / 2021 MS20140001

Ident. do Paciente Ident. da Internação Diagnósticos Procedimentos Realizados

CH Secundário de Diagnósticos

CID	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICA

AVANÇAR

Salvar (F5) Cancelar (F6) AIIH Modelo Autorizador (F7) Excluir (F8) Imprimir (F9)

CLIQUE NA TABELA PARA REFEZER O LAYOUT PROCEDIMENTO. FAÇA CLIQUE DESLIZANTE

USUARIO: MESTRE | VERSAO: 1982 | 08/07/2021 | HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIANIA HMAP | 11/20140001 | PUBLICO | APLIC: 07 / 2021

682



### 5.10 CONTROLE DE SISTEMA

- Sistema que proporcione informações que permitam obter os dados necessários ao processamento dos relatórios de faturamento
- Emitir as faturas de cobrança dos serviços prestados e relatórios de controle das faturas emitidas pendentes
- Fornecer a Administração através de dados estatísticos e relatórios, subsídios para a tomada de decisões e avaliações de desempenho da instituição
- Analisar os relatórios de faturas recebidas
- Verificar as ocorrências de glosas ou rejeições
- Identificar as causas de glosas, providenciar as correções localizar documentos comprobatórios
- Reapresentar as contas passíveis de pagamento
- Relatório Demonstrativo de AIH's pagas por competência

### 5.11 OPME – Órteses, Próteses e Materiais Especiais

São insumos utilizados na assistência à saúde e relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica, dispositivo de



classificação para indicar dispositivos ou materiais, de alto valor utilizados em procedimentos médicos.

## 6. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

6.1 Para a realização do processo faturamento hospitalar o setor de faturamento deve executar as seguintes atividades:

- Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Sigtap) disponível na página da internet.
- Relatório de Frequência de Procedimentos – elaborar utilizando o programa Tabnet
- Recolher diariamente os prontuários
- Recolher documentos nos setores identificados para faturamento
- Codificação e produção em ordem crescente aos exames de laboratórios e de imagens.
- Acessar o sistema SISS e planilhas as informações. Esse processo é importante para garantir que os prontuários de todos os pacientes que entraram na unidade serão faturados.
- Fazer o levantamento da produção diária de cada prontuário, preenchendo o check list e a planilha de acompanhamento (criada na IV etapa).
- Separar os prontuários que foram realizados com procedimentos individualizados – BPI (ex: sutura, curativo, troponina).
  - Analisar as informações coletadas na planilha e comparar ao do sistema SISS
  - Realizar as correções
  - Exportar as informações coletadas dos prontuários diariamente para o sistema COSMOS.
  - Realizar o lançamento dos procedimentos coletados no sistema BPA-I e BPA-C
  - Arquivar os prontuários em pastas separando-os de acordo com o dia para ser feito as respectivas auditorias.
- O acompanhamento é realizado conforme a agenda da secretaria de saúde que prevê data de envio, prazo para análise, prazo para devolução das produções, data para reapresentação das produções e prazo para reproprocessamento.



- Expedir as faturas de cobrança dos serviços prestados (guias às operadoras);
- Emitir relatórios de controle das faturas emitidas e pendentes;
- Manter um sistema de controle que emita informações que permitam obter os dados necessários ao processamento dos relatórios de faturamento;
- Analisar os relatórios de faturas recebidas;
- Verificar as ocorrências de glosas e identificar suas causas;
- Providenciar as correções das glosas e localizar documentos comprobatórios;
- Preparar os recursos de glosas às operadoras para correção e pagamento das mesmas;
- Manter atualizados e organizados, pelo período de no mínimo cinco anos, os comprovantes dos serviços prestados, para atender às auditorias.

6.2 O preenchimento e acompanhamento do CNES será realizado conforme as alterações em estrutura, quadro de funcionários e de contratações de serviços de apoio e seguirá o seguinte fluxo:

- **Pessoal:** deve ser informado pelo departamento de Recursos Humanos, todas as alterações no quadro de pessoal, assim como a inscrição do profissional de saúde no CNES e o CBO referente.
- **Equipamentos:** Deve ser informado pelo departamento de Patrimônio, todas as alterações no quantitativo dos equipamentos disponíveis na unidade. Os equipamentos que devem ser informados são os definidos através da lista do Ministério da Saúde.
- **Estruturas:** Deve ser informado pelo Gerente Administrativo, todas as alterações referentes a estrutura, como ampliação de setores, alteração de salas e novas edificações.
- **Serviços:** Deve ser informado pelo Gerente Administrativo, todas as alterações nos formatos de contratação de empresas de apoio ao serviço hospitalar, bem como as informações de CNES, CNPJ, Razão Social e Certidões de Regularidade.



## 5.18 ANEXO XVIII – PROPOSTA DE MÉTODO PARA ANÁLISE DE RISCO

### ANÁLISE DE RISCO

Dentro do setor de saúde há uma série de atividades e ações que exigem um nível mais aprofundado de segurança, devido à sua complexidade e criticidade. Por isso, realizar uma análise de risco periódica é fundamental para reduzir ou, até mesmo, eliminar os danos relativos ao risco clínico.

No entanto, a preocupação em identificar e controlar os riscos dentro de uma instituição hospitalar, por exemplo, não deve se ater apenas às questões relacionadas ao paciente, mas também à equipe médica e demais colaboradores. Ou seja, a análise e o gerenciamento de riscos na saúde devem consistir em medidas de prevenção e controle. Para evitar situações de perigo e reduzir as chances de erro em todos os setores operacionais.

Do inglês Failure Mode and Effect Analysis (FMEA), esta metodologia é caracterizada por ser não estatística, crítica, sistematizada, proativa, prospectiva e contínua.

Desenvolvida por engenheiros e empregada inicialmente em indústrias de alto risco, atualmente a FMEA é empregada na avaliação proativa e na melhoria da segurança de processos complexos de cuidados em saúde, tais como:

- a) administração de medicamentos anti-infecciosos;
- b) cateterização venosa central;
- c) hemodiálise

Seu objetivo no setor de saúde é reduzir as chances de eventos adversos e de danos aos pacientes. Através da identificação de condições de risco. Além da determinação dos efeitos advindos da ocorrência de erro, e das recomendações de medidas corretivas e melhorias necessárias. Buscando a prevenção e eliminação de falhas, aumentando a probabilidade de um processo satisfatório, mais confiável e seguro

Além da ferramenta FMEA, outras ferramentas são utilizadas no IBGH para realizar a análise de risco, como as apontadas a seguir:


- a) FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ERRO, EVENTO SENTINELA E REAÇÃO ADVERSA

686

000687

- b) FORMULÁRIO PARA TRATAMENTO DOS EVENTOS – ANÁLISE RETROSPECTIVA
- c) TRATAMENTO DE EVENTOS – ANÁLISE PROSPECTIVA

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ERRO, EVENTO SENTINELA E REAÇÃO ADVERSA

	<b>FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ERRO, EVENTO SENTINELA E REAÇÃO ADVERSA</b>	Notificação N°  Data: //
Natureza Evento do	Identificação dada natureza ocorrência pelo notificante  <input type="checkbox"/> Erro <input type="checkbox"/> Evento Sentinela ( <input type="checkbox"/> Reação Adversa	Identificação da natureza da ocorrência pelo Depto da Qualidade  <input type="checkbox"/> Erro <input type="checkbox"/> Evento Sentinela ( <input type="checkbox"/> Reação Adversa
Descrição Evento do		
Quem notificou		Origem  Serviço _____
	Data de recebimento pelo Escritório da Qualidade:	Quem recebeu:
Nível de Análise	O que ocorreu:  Evento:	
Questões	Quais os detalhes do evento: Quando  o evento ocorreu:  Quais processos foram envolvidos:	
Causa(s)		
Por quê		

687 



Ações	Correção Ação Corretiva: Ação Preventiva:	
Devolvido ao Escritório da Qualidade pelo Serviço notificado em	Quem recebeu:	
Avaliação do Depto da Qualidade: eficácia da ação	Tratamento do evento ( ) SATISFATÓRIO ( ) INSATISFATÓRIO Ações Propostas ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA	

**FORMULÁRIO PARA TRATAMENTO DOS EVENTOS – ANÁLISE RETROSPECTIVA**

		GERENCIAMENTO DE RISCOS			
<b>ANÁLISE RETROSPECTIVA – IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO</b>					
Nível da análise	Questões*	Achados (o que ocorreu; definir o evento)	Causa	Por quê	Ações
O que ocorreu	Quais são os detalhes do evento? (descrição)				
	Quando o evento ocorreu?				
	Que processos foram envolvidos?				






### TRATAMENTO DE EVENTOS – ANÁLISE PROSPECTIVA

(1) MUITO IMPROVÁVEL	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Raramente ocorre</li><li>✓ Não se espera que o dano ocorra durante anos</li></ul>	(1) LIGEIRA	Quando pode desencadear lesões ligeiras (irritação de olhos, pele, cefaléia, desconforto,)
(2) IMPROVÁVEL	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ocorre ocasionalmente</li><li>✓ Aceita-se que o dano ocorra até uma vez durante 1 ano</li></ul>	(2) GRAVE	Quando é susceptível de provocar incapacidade temporária (lacerações, queimaduras, fraturas menores, lesões músculo esqueléticas,)
(3) PROVÁVEL	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ocorre frequentemente</li><li>✓ Espera-se que o dano venha a ocorrer com relativa facilidade</li><li>✓ Algumas vezes por mês</li></ul>	(3) MUITO GRAVE	Quando pode provocar lesões muito graves (intoxicações, lesões múltiplas, fraturas, doenças crônicas,)
(4) MUITO PROVÁVEL	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Certamente ocorre</li><li>✓ Espera-se que o dano ocorra com muita facilidade</li><li>✓ Várias vezes por semana ou diário</li></ul>	(4) MORTE	

**5.19 ANEXO XIV -PROPOSTA DE POLÍTICA GENTE E GESTÃO**
**APÊNDICE XXII**

		<b>GESTÃO DA QUALIDADE POLÍTICA INSTITUCIONAL</b>		Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar
<b>TÍTULO: POLÍTICA DE GENTE E GESTÃO</b>				<b>Código: POI 004</b>
				<b>Revisão: 00</b>
<b>SETOR: GEGG</b>	<b>Data de elaboração:</b> 08/09/2021	<b>Data de revisão:</b> 08/09/2021	<b>Página: 690/713</b>	

**1. INTRODUÇÃO**

A Gestão de Pessoas compreende um conjunto de técnicas e procedimentos de Recursos Humanos, com vistas à condução ampliada de aspectos estratégicos, relacionados às pessoas. O objetivo ímpar está no desenvolvimento do capital humano na Organização, estando o processo na melhoria do desempenho tanto do quadro funcional quanto da empresa. Neste cenário, outros subsistemas se integram, garantindo um fluxo fluido desde o provimento de pessoas até a manutenção humanizada, incluindo recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, remuneração, plano de cargos e salários, avaliação de desempenho, processos sucessórios, entre outros.

Tem-se um compromisso firmado, pautado na gestão saudável e subjetiva, eficaz e assertivo quanto aos aspectos legais, maximizando assertividade processual, em busca de competitividade e produtividade com qualidade.

**2. OBJETIVO**

Alinhar relação laboral entre capital intelectual e Organização, definindo padrões para os subsistemas e operação no IBGH e unidades administradas. Tal proposta visa o apoio no lance de metas, desenvolvimento e implementação de ações integradas à estratégia do



000691

negócio, contribuindo para o desenvolvimento de cultura de alto desempenho e incentivando a aplicação de abordagem ética à gestão de pessoas.

### 3. POLÍTICA

Os procedimentos adotados para trâmites de provimento de pessoal serão realizados pelo setor de Gente e Gestão Corporativo e/ou unidades administradas, incluindo processos de divulgação para captação/recrutamento, seleção e contratação de pessoal. Para este fim, considerar-se-á equipe capacitada para condução processual e avaliação específica e/ou situacional, obedecidas diretrizes desta política e regulamento vigente.

A Gerência de Gente e Gestão é responsável pela orientação e validação dos procedimentos para contratação de pessoal, sendo obrigatória na solicitação de pessoal a aprovação da gestão imediata da área, gestão de RH (unidade e Sede) e Diretoria Administrativa (Sede).

Ressalta-se que para o preenchimento dos cargos de confiança, a saber: diretoria, gerência, coordenação, supervisão, encarregado, assessoria e responsável técnico, previstos no organograma, vez que configuram atividades de liderança e/ou gestão, será de livre escolha da Superintendência Executiva do IBGH, mediante formalização do Ato Designatório.

#### 3.1 Definições

**Recrutamento:** conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da Organização. A etapa pode ocorrer de forma externa, com a captação de candidatos no mercado, interna com a captação no quadro funcional, de pessoas já pertencentes à Instituição, ou mista, oportunizando a todos os públicos.

**Cargo:** conjunto de atribuições e responsabilidades de mesma natureza e nível de complexidade, considerando requisitos técnicos e comportamentais, compondo o organograma institucional.

**Função:** conjunto de atividades e suas especificidades, tarefas sistemáticas a serem desenvolvidas pelo colaborador.

**Triagem:** análise comparativa entre informações registradas pelo candidato no formulário de cadastro do currículo e requisitos solicitados na publicação/divulgação da vaga.

691



**Seleção:** atividade desenvolvida para a escolha de profissionais que melhor atendem aos requisitos divulgados na vaga ofertada, dentre os candidatos pré-aprovados em processo de triagem.

**Remanejamento:** movimentação de pessoal entre setores ou entre unidades, mantendo mesmo cargo ocupado.

**Promoção:** alteração de cargo ou função, em linha ascendente, de profissional já lotado no IBGH ou unidades administradas, que, tendo participado de processo seletivo, for considerado aprovado para novo cargo ou função.

**Solicitação de Pessoal:** documento institucional para abertura de vaga conforme necessidade. A mesma pode ocorrer em substituição - quando a posição já é/foi ocupada por outro colabora, sendo necessária cobertura da vacância gerada pela ausência do mesmo, não havendo aumento no quadro funcional; ou aumento de quadro - quando nova oportunidade é criada havendo necessidade de aumento no quadro funcional da instituição.

Fica sob responsabilidade do gestor da área verificar a necessidade setorial, procedendo com o preenchimento do Formulário de Solicitação de Pessoal – específico de sua unidade – inserindo todas as informações componentes do documento. Cabe ainda a análise criteriosa da justificativa de solicitação bem como do perfil solicitado em conformidade com o Manual de Descrição de Cargos. A solicitação deve ser inserida para trâmites de autorização via SIN Processos para assinatura de Gestor Imediato, RH, Diretoria Administrativa ou de Operações (unidade) e, sendo autorizada, segue para análise e aprovação do setor de Gente e Gestão e Diretoria Administrativa (Sede).

### 3.2 Processo para Recrutamento

Consideradas as definições de recrutamento e seus tipos, o processo ocorre imediatamente após a autorização da vaga. Considerando vagas de operação e, em conformidade ao regulamento vigente, elabora-se edital de seleção contendo obrigatoriamente: cargo, número de vagas, carga horária, salário, benefícios, perfil técnico exigido, etapas do processo, conceitos/pesos atribuídos a cada uma das etapas, endereço e prazos para cadastro do currículo no próprio site e demais etapas.

A divulgação do edital de seleção dar-se-á por meio do sítio eletrônico do IBGH e/ou unidades administradas, bem como comunicado e demais divulgações, não apenas no site, mas também nos canais de divulgação do instituto, a critério do setor de Gente e Gestão e Diretorias.

As vagas publicadas ficarão abertas para inscrição de candidatos pelo período mínimo de 2 (dois) dias podendo se estender à 4 (quatro) dias corridos, cabendo ainda prorrogação a critério do setor de Gente e Gestão e Diretorias. Desde que devidamente justificado.

Os interessados deverão acessar o sítio eletrônico, cabendo aos mesmos o cadastro de inscrição e acompanhamento das etapas bem como realização de quaisquer atividades propostas em caráter avaliativo, conforme divulgação prévia.

### 3.3 Processo para Seleção

A seleção dos candidatos dar-se-á em conformidade com critérios tecnicamente admitidos, considerando obrigatoriamente uma etapa de caráter objetivo e mensurável para atribuição de nota e escalonamento conforme classificação. A análise curricular ocorrerá a partir da comprovação de experiência e/ou habilitação técnica operacional e/ou avaliação situacional, podendo ser conjugada a outros instrumentos como: avaliação psicológica e/ou testes psicológicos, entrevista individual ou coletiva, entre outros legalmente admitidos, desde que previamente previstos e divulgados no edital. As etapas de avaliação poderão ocorrer separada ou simultaneamente, a depender das exigências da contratação, do cargo em seleção, conforme avaliado pelo setor de Gente e Gestão e Diretorias e descritos/divulgados em edital.

O Processo de Seleção de Pessoal, poderá conter as seguintes etapas:

- **Triagem Curricular:** etapa de caráter eliminatório e obrigatório em todos os processos seletivos. A ausência de informações capazes de qualificar o candidato em face dos requisitos exigidos para o cargo ensejará a não convocação do candidato para as etapas subsequentes. A relação dos candidatos, cujos currículos foram triados para a vaga, será publicada no sítio eletrônico do IBGH e/ou unidades administradas;



000694

- **Análise Curricular:** etapa de caráter eliminatório e classificatório, obrigatório em todos os processos seletivos para verificação da habilitação e/ou qualificação profissional e da experiência para o cargo pretendido. Nesta fase o currículo é pontuado conforme tabela disposta no edital, considerando pesos e métricas atribuídas em divulgação, compatíveis ao nível de escolaridade e cargo. Os documentos solicitados para fins de pontuação são anexados via site no momento da inscrição, conforme edital. Em não havendo inserção de documentos ou pontos atribuídos, o candidato é eliminado do processo seletivo;
- **Avaliação Técnica e/ou Situacional:** etapa de caráter eliminatório e classificatório, mas não obrigatória, sendo adotada apenas nos processos e cargos que exigem a aferição de conhecimentos geral e/ou específicos, vinculadas à área de trabalho. Composta por questões objetivas e/ou subjetivas, sendo necessária pontuação mínima de 50% (cinquenta por cento) para aprovação na etapa. A etapa de avaliação é aplicada em dia, horário e local previamente informados no site do IBGH;
- **Avaliação Psicológica e/ou Testes Psicológicos:** etapa de caráter eliminatório, mas não obrigatória, sendo adotada apenas nos processos e cargos que exigem levantamento de perfil psicológico e/ou comportamental, sendo considerado apto ou inapto cada candidato avaliado. Avaliação realizada exclusivamente pelo RH e profissional habilitado (Psicólogo) para condução da atividade. Necessário o status de apto para aprovação na etapa, a qual é aplicada em dia, horário e local previamente informados no site do IBGH;
- **Entrevista:** etapa de caráter eliminatório e classificatório, mas não obrigatória, sendo adotada apenas nos processos e cargos que exigem levantamento de perfil comportamental e avaliação de competências específicas. E, ainda, para avaliação de capacidade técnica e conhecimentos específicos da área de atuação, verificando domínio da área pretendida e conformidade às exigências do cargo.

Em casos nos quais ocorram empate na pontuação atribuída a candidatos, o edital terá previamente os critérios de desempate, garantindo classificação adequada à proposta de legalidade e transparência.

O IBGH e unidades administradas poderão, conforme necessidade e critério, convocar os candidatos aprovados em processo seletivo, cujo resultado final tenha sido publicado a

694

menos de 12 (doze) meses para o mesmo cargo. A utilização do cadastro de reserva é uma faculdade do IBGH e unidades administradas, que, para tanto, avaliará as especificidades da vaga para a sua utilização.

O candidato que, ao ser convocado, não comparecer no dia, horário e local determinados na convocação, será automaticamente desclassificado.

A promoção de colaborador é modalidade de preenchimento de cargos, desde que observados os seguintes critérios:

- Colaborador com habilitação profissional exigida na descrição de cargos;
- Solicitação de aumento e/ou otimização de quadro de pessoal ou reposição de pessoal, quando for o caso, autorizada pelo Superintendência Executiva;
- Identificação e indicação do colaborador a ser promovido pelo responsável da área cujo cargo vago a ser preenchido esteja subordinado, mediante avaliação de desempenho, análise da gerência de Gente e Gestão, conhecimento e concordância da Superintendência Executiva;
- Colaborador contratado há no mínimo 3 (três) meses;
- Preenchimento de cargos quando da extinção ou criação de serviços, com a finalidade de aproveitar o capital intelectual constituído.

### 3.4 Processo para Admissão

É vedada, em obediência aos princípios da moralidade e impessoalidade, a ocorrência de práticas como nepotismo, tráfico de influência, apadrinhamento, troca de favores ou discriminação relacionada a etnia, cor, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, origem geográfica, condição socioeconômica e crença.

Sobre a admissão de ex-colaboradores, é permitida a readmissão daqueles que tiveram a rescisão de contrato de trabalho sem justa causa, após o período de 90 (noventa) dias a partir da data do desligamento.

É vedada a recontração de colaborador demitido por justa causa, no prazo de até 5 (cinco) anos da demissão, conforme previsto em edital.

A contratação do candidato selecionado se efetivará mediante:

- Conveniência administrativa e operacional;



000696

- Disponibilidade financeira;
- Entrega da documentação completa, conforme lista de documentos para contratação;
- Apresentação do Atestado de Saúde Ocupacional - ASO, declarando apto o candidato a exercer as funções que dele serão exigidas;
- Participação no Treinamento Introdutório;
- Demais dispositivos estatutários e previsão legal.

Os colaboradores, quando admitidos, passarão por um período de experiência de 45 (quarenta e cinco) dias prorrogáveis pelo mesmo período, se aptos na avaliação de desempenho a ser realizada ao final deste período.

Para a contratação de colaboradores na Instituição, estabelece-se as seguintes modalidades:

- CLT contrato de prazo indeterminado - Lei N° 5.452/1943;
- CLT contrato de prazo determinado - Lei N° 229/1967 - em caso de acréscimo extraordinário de trabalho ou substituição de colaboradores afastados por auxílio-doença, após o décimo quinto dia de afastamento e com previsão de afastamento superior a 30 dias no mínimo, auxílio maternidade ou acidente do trabalho;
- Jovens Aprendizizes - Lei No 10.097/2000;
- Estagiários - Lei No 11.788/2008;
- Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - Contratação dos serviços de um profissional autônomo que não atue sob o sistema da Consolidação das Leis Trabalhistas;
- Contratação de Pessoa Jurídica (PJ) - Contratação dos serviços de pessoa jurídica, em conformidade com o objeto, o qual se dá via contrato de prestação de serviço.

A admissão de prestadores de serviços, sejam eles terceirizados, estagiários, residentes e demais, também terão por obrigatoriedade do encaminhamento de documentação com mínimo de 7 (sete) dias de antecedência para o Setor de Gente e Gestão, a fim de que sejam realizados trâmites de cadastro e agendamento de integração.

### 3.5 Processo para Integração

A Integração tem por objetivo admitir todo o corpo funcional do IBGH e unidades administradas, independente da via de contratação, proporcionando conhecimento nos

696



âmbitos operacionais e comportamentais, para que desenvolvam uma visão contextualizada da Instituição, e que no decorrer do desempenho de suas funções, possam ser parte integrante e responsável pelo seu fazer e de seu local de trabalho.

Objetiva-se o acolhimento e integração dos colaboradores com informações sobre visão, missão, diretrizes organizacionais, normas e procedimentos da Instituição, benefícios oferecidos, informações sobre a gestão de pessoas e processos, avaliações entre outras rotinas proporcionando melhor adaptação do colaborador à equipe de trabalho:

- Gestão de Pessoas: História do IBGH e da unidade; normas e condutas éticas;
- Segurança Patrimonial e de Equipamentos: Uso seguro e consciente de equipamentos e mobiliários;
- Tecnologia da Informação: Uso de computadores, LGPD;
- Controle de Infecção Hospitalar: Higienização das Mãos e Infecção Hospitalar;
- SESMT: Fluxo de Acidente de Trabalho, Uso de EPI's e EPC, Rota de fuga, NR 32 e Normas e Condutas para prevenção de acidentes;
- Segurança do Paciente: 6 protocolos básicos de segurança do paciente, notificações de incidentes;
- Qualidade: Planejamento Estratégico; Gestão de Documentos e Acreditação;
- Gerenciamento de Resíduos: RDC 222/2018;
- Departamento Pessoal: Treinamento exclusivo para os colaboradores com vínculo de CLT e RPA para informações sobre registro de jornada de trabalho, férias, benefícios e pagamentos.

Ao término do processo de integração é realizada avaliação dos participantes, registrando conhecimento alcançado no treinamento, para a qual tem-se como nota mínimo 5 pontos para aprovação. Em caso de não atingimento faz-se necessária nova avaliação. As avaliações são encaminhadas para o Setor de Gente e Gestão, para arquivamento na pasta do colaborador.

Finalizados os trâmites de integração, a gestão imediata tem liberdade para condução de treinamento com conteúdo específico de sua área de lotação, considerando programa teórico-prático que considere as atividades a serem desenvolvidas.

Todo treinamento deve possuir lista de presença com evidência do treinamento, sendo a cópia do documento de armazenamento da área e original de responsabilidade do Setor de Gente e Gestão para arquivamento.

### 3.6 Processo para Avaliação de Desempenho

Avaliação periódica, de caráter anual, a ser realizada pelo gestor imediato para uma análise do desempenho individual do quadro funcional da Instituição. Realizada via formulário desenvolvido para este fim, após análise ampliada, as tratativas se dão diretamente entre avaliador e avaliado para apresentação e discussão dos itens, em um ambiente reservado.

O intuito é a apresentação do cenário atual em análise comparativa às metas e planos traçados para aquele ano, definindo nova proposta para o ano seguinte, pactuando parâmetros de análise, Plano de Desenvolvimento Individual, comportamento e ação esperada para o novo período de avaliação.

O momento também se dá para oportunizar retroação por parte do colaborador, de forma a pontuar sua visão sobre a Instituição, a gestão e outros componentes na relação laboral.

### 3.7 Processo para Desenvolvimento

O processo de desenvolvimento tem por objetivo capacitar, qualificar e promover crescimento técnico/operacional bem como habilidades no corpo funcional, com vistas ao alcance da missão institucional e à excelência nos serviços prestados.

Cabe ao Setor de Gente e Gestão o levantamento periódico das competências individuais requeridas para o alcance dos objetivos institucionais e das necessidades de treinamento (LNT), estruturando capacitações para a formação de lideranças e grupos de operação, conforme especificidades.

Para o plano de capacitação anual, considera-se:

- Metas das Unidades estabelecidas no Contrato de Gestão;

- Processos de trabalhos conforme exigência de órgãos fiscalizadores, certificadores e financiadores (Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, Vigilância Sanitária, processo de Certificação ONA e outros);
- Resultado da Pesquisa de Satisfação do Cliente Interno e Externo;
- Resultado das notificações de incidentes;
- Resultado do gerenciamento dos riscos dos processos;
- Resultado da Avaliação de Desempenho;
- Elaboração de cronograma de execução das ações;
- Registro de todas as ações de capacitação/educação realizadas;
- Avaliação da aplicabilidade das ações de capacitação nos processos de trabalho;
- Monitoramento dos indicadores de resultados referentes à capacitação.

O LNT e o cronograma de ações anual devem ser encaminhados ao Setor de Gente e Gestão para validação e posterior envio para qualidade para padronização e divulgação. Além da aplicação anual o LNT, pode ser realizado sempre que o gestor verificar a necessidade.

### 3.8 Processo para Retenção e Valorização do Corpo Funcional

Visando promover a retenção e valorização do corpo funcional a Gente e Gestão realizará múltiplas atividades, como:

- Aniversariantes: cartão personalizado/individualizado;
- Visibilidade nos processos seletivos internos;
- Canal VOCÊ – Gente e Gestão para oportunizar ao colaborador a participação nos processos organizacionais a partir de elogios, apontamentos de melhorias, entre outras possibilidades de manifesto;
- Reuniões semanais entre diretoria e gestores/líderes de área para tratativas diversas e equalização das demandas;
- Pesquisa de clima anual, para levantamento do nível de satisfação do corpo funcional e elaboração de planos/projetos para o ano seguinte, considerando as informações registradas na pesquisa;
- Planos de treinamento e desenvolvimento para ampliação da capacidade técnica e comportamental do quadro, conforme nível e segmento de atuação.

### 3.9 Processo de Desligamento:

O desligamento consiste na demissão voluntária ou involuntária do colaborador, sendo que, quando de iniciativa do empregador, posterior a análises verticalizadas sobre os motivos desencadeadores, propostas e intervenções realizadas e resultados alcançados.

Os procedimentos de desligamento ocorrem em ação conjunta do gestor imediato do colaborador, gerência/diretoria da unidade e setor de Gente e gestão, considerando o acompanhamento do colaborador em vias de desligamento, no que tange aos itens indicados na Avaliação de Desempenho.

Para trâmites de desligamento por parte do empregador faz-se necessário preenchimento de formulário específico para este fim, validado pelo setor de Gente e Gestão e autorizado pelas diretorias envolvidas.

Quando ocorrer o desligamento voluntário caberá ao profissional o preenchimento do *formulário específico, solicitando e informando cumprimento ou não do aviso prévio, para que de posse desta formalidade o gestor imediato possa seguir com os trâmites necessários via Formulário de Solicitação de Desligamento.*

A comunicação de desligamento se dá pelo gestor imediato com a participação do setor de Gente e Gestão, buscando sempre o esclarecimento de dúvidas e apresentação dos trâmites de rescisão.

Em todos os casos de desligamento faz-se necessária a condução da entrevista de desligamento com registro em formulário próprio, excetuando casos de objeção por parte do colaborador. Esta ação tem por objetivo o levantamento de pontos a serem trabalhados, levantamento de indicadores, visão do colaborador sobre a unidade e/ou Sede, e afins.

## 4. SIGLAS

ASO: Atestado de Saúde Ocupacional

IBGH: Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar

LNT: Levantamento de Necessidade de Treinamento

ONA: Organização Nacional de Acreditação

000701

PJ: Pessoa Jurídica

RH: Recursos Humanos

RPA: Recibo de Pagamento Autônomo

SUS: Sistema Único de Saúde

## 5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. (2005) Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH – SUS/Ministério da Saúde. 3 ed. Rev. Atual. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE. (2004) Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente na Saúde: Polos de Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

CHIAVENATO, I. Gestão de Pessoas, 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier. Ano: 2005.

CHIAVENATO, I. Administração de Recursos Humanos. V. 2. São Paulo: Atlas. Ano: 1986.

CHIAVENATO, I. Gestão de Pessoas: O Novo Papel dos Recursos Humanos nas Organizações. Barueri: Manole. Ano: 2014.

ONA. Manual para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. São Paulo. Ano: 2018.

701





## 5.20 ANEXO XX - MANUAL DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

### ORGANIZAÇÃO DA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E SISTEMAS DE GESTÃO DESCRIÇÃO DO GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE PRONTUÁRIOS E SUA RELAÇÃO COM OS SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO SUS EM ESPECIAL COM O SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR - SIH E O SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL – SIA

A solução proposta contempla a sustentação de todos os processos e atividades a cargo da esfera do barramento da rede estadual de saúde através do Sistema de Pronto Atendimento PEP, adicionalmente, ao incluir o registro eletrônico de saúde / prontuário eletrônico de saúde como elemento essencial do processo de apoio à assistência, permitindo:

- I. Promover a universalização, a descentralização, a hierarquização do atendimento;
- II. Organizar de forma equânime o acesso do paciente aos serviços de saúde da unidade;
- III. Padronizar a informação e manter protocolos assistenciais e operacionais;
- IV. Dispor de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de saúde, permitindo uma visão dinâmica do desempenho nos diferentes níveis de gestão;
- V. Escopo específicos dos serviços de apoio e suporte interno do Sistema;
- VI. Levantamento contínuo e rotineiro da situação de registros da Unidade Hospitalar, no contexto do atendimento ao paciente e seus dados, através do encaminhamento dos fluxos operacionais relativos ao prontuário do paciente, levantamento das particularidades de cada departamento envolvido no projeto e levantamento da situação dos cadastros;
- VII. Ajustes nos fluxos operacionais para adequação à sistemática operacional prevista no sistema;
- VIII. Elaboração contínua de documentação contendo a definição da estratégia do sistema, mantendo a aprovação pela Secretaria de Estado da Saúde do Amapá - SESA/AP;
- IX. Aplicação do plano de treinamento de técnicos e capacitação de usuários multiplicadores; bem como o apoio para o planejamento de usuários finais do Sistema;
- X. Orientação e suporte para a configuração e parametrização contínua do Sistema nos processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de saúde, permitindo uma visão dinâmica do desempenho nos diferentes níveis de gestão, sendo elas:

702



a) Modelo DESKTOP de trabalho do Sistema de Pronto Atendimento PEP:

- I. Detalhe de Menu Expandido:
- II. Serviços de Apoio:
  - a) Higienização
  - b) Nutrição e Dietética
  - c) Central de Materiais Esterilizados
  - d) Manutenção
  - e) Lavanderia e Rouparia
  - f) Serviço Arquivo Médico
  - g) Diretoria clínica
  - h) Relatórios Serviços de Apoio
- III. Atendimento:
  - a) Urgência e Emergência
  - b) Central de Agendamento
  - c) Ambulatório
  - d) Internação
  - e) Centro Cirúrgico e Obstétrico
- IV. Clínica e Assistencial:
  - a) Controle de Infecção Hospitalar
  - b) Gerenciamento de Unidades
- V. Diagnóstico e Terapia:
  - a) Laboratório de Análises Clínicas
  - b) Banco de Sangue
  - c) Diagnóstico por Imagem
- VI. Faturamento:
  - a. Faturamento de Internação SUS (AIH)
  - b. Faturamento Ambulatorial SUS (BPA e APAC)
  - c. Auditoria e Controle de Recursos
- VII. Controladoria:
  - a) Controle Financeiro
  - b) Caixa
  - c) Tesouraria

- d) Contabilidade
- e) Repasse Médico
- f) Custos
- g) Intercâmbio Eletrônico de Arquivos
- h) Fiscal
- i) Controle de Cotas

**VIII. Materiais e Logística:**

- a) Almoxarifado
- b) Compras
- c) Farmácia
- d) Patrimônio

**Infraestrutura:**

A gerência de infraestrutura terá suporte técnico no local objetivando garantir o funcionamento ininterrupto da rede, e serviços solicitados de manutenção preventiva e corretiva: instalação e configuração de computadores de uso assistencial e administrativo da unidade de saúde.

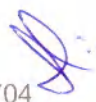
A equipe interna que atuará na unidade tem por fundamento principal a Manutenção em Infraestrutura Tecnológica: Atividades de gestão em ambientes de sustentação tecnológica, como ativos de rede de dados e elétrica, servidores, switches, plataformas computacionais (sistemas operacionais, sistemas de segurança da informação, sistemas gerenciadores de bancos de dados, sistemas gerenciadores de aplicação e de virtualização) e suporte técnico.

A equipe de suporte irá fornecer a capacitação de usuários, envolvendo atividades relacionadas ao treinamento e capacitação de usuários na utilização dos sistemas diversos e principalmente do Sistema de Pronto Atendimento, como a elaboração de programa e material didático, produção de conteúdo, elaboração de vídeos de treinamento e realização de treinamento nas instalações, mantendo o banco de conhecimento criado no período da implantação.

O suporte nível 2 irá apoiar atividades de análise de suporte de redes e segurança da informação - serviços de análise de suporte, para administração de rede de computadores e segurança e integridade das informações, envolvendo: serviços de análise de suporte, para administração de sistemas operacionais Linux, Windows e serviços de diretório, inclusive Microsoft Active Directory, administração de sistemas operacionais em equipamentos de médio porte, administração de firewall, roteadores, com vistas a evoluir e manter a continuidade dos serviços de infraestrutura em operação dentro de parâmetros estabelecidos, considerando o alinhamento com as necessidades de negócio e estratégias de TI.

Contemplando também serviços de procedimentos operacionais, apoio na configuração de perfis de usuários e controle de acesso à rede de comunicação de dados e na utilização de recursos de informática, estações de trabalho, software básico, aplicativos, sistemas internos, atendimento de usuários, abertura de chamados técnicos, instalação e manutenção de rede lógica de dados.

A gerência de suporte promoverá análise e implementação de políticas de segurança, testes de penetração, scan de vulnerabilidades de servidores e serviços, implementação e

  
704



configuração de firewalls, análise de ataques, liberações de regras de firewall/nat, Backup de servidores, restauração e rotinas de backup, homologação de servidores, políticas de acesso a sites, Instalação e configuração de antivírus, vpn.

Política Institucional – Segurança da Informação, tem como objetivo geral fixar diretrizes para a utilização com segurança e consistência dos serviços e ferramentas de informática, permitindo a rastreabilidade das informações vinculada a organização. Seus princípios visam:

- I. Garantir confidencialidade, integridade, disponibilidade e autenticidade da informação;
- II. Otimizar mecanismos para segurança da informação;
- III. Assegurar que as informações sejam prontamente identificáveis e recuperáveis de acordo com sua aplicação;
- IV. Controlar informações geradas na organização;
- V. Garantir adequada utilização da Tecnologia da Informação.

Controle de acesso – o controle de acesso físico ou lógico tem como objetivo, proteger equipamentos, aplicativos e arquivos de dados contra perda, modificação ou divulgação não autorizada, feitas por pessoas ou outros programas de computadores não autorizados. Os sistemas de computadores, bem diferentes de outros tipos de recursos, não podem ser facilmente controlados apenas com dispositivo físico, como cadeados, alarmes ou guardas de segurança. Dessa forma, esta proteção é feita de duas maneiras: a partir do recurso computacional que se quer proteger e a partir do usuário a quem serão concedidos certos privilégios e acessos aos recursos. A proteção aos recursos computacionais baseia-se nas necessidades de acesso de cada usuário.

Monitoramento da informatização é feito, normalmente, através de registros de log, trilhas de auditoria ou outros mecanismos capazes de detectar invasão. Esse monitoramento é essencial à equipe de segurança de informação, já que é praticamente impossível eliminar por completo todos os riscos de invasão por meio da identificação e autenticação de usuário:

- I. Apenas os usuários autorizados tenham acesso aos recursos;
- II. Os usuários tenham acesso apenas a recursos realmente necessários para a execução de suas tarefas;
- III. O acesso a recursos críticos seja bem monitorado e restrito a poucas pessoas;
- IV. Os usuários estejam impedidos de executar transações incompatíveis com sua função ou além de suas responsabilidades;

A segurança e consistência da informação visam garantir a integridade, confidencialidade, autenticidade e disponibilidade das informações processadas pela unidade de saúde. A saber:

- I. O acesso à rede com computadores pelo usuário só poderá ser efetuado exclusivamente para fins profissionais e como ferramenta de trabalho, não se prestando a assuntos pessoais (felicitações, recados etc.) ou para atividades particulares, como, por exemplo, atividades acadêmicas, jogos, entretenimento etc.

705 

- II. A mesma disciplina vale para o acesso à internet, que, igualmente, deverá ser utilizada de forma racionalizada (observar sempre: os horários de melhor acesso; permanecendo conectado o menor tempo possível, efetuar pesquisas de forma objetiva, indo diretamente no assunto) e destinado a atender exclusivamente as necessidades profissionais.
- III. É proibido o acesso a qualquer site não relacionado com a atividade profissional do usuário, como, por exemplo, de conteúdos pornográficos, páginas de lazer e outras (esporte, culinária, horóscopos etc.), Chat ("salas" de conversação), serviços de Webmail (hotmail, uol etc.), bem como a qualquer serviço de correio eletrônico, para recebimento de comunicações indevidas.
- IV. É proibido o envio de e-mails que não sejam relacionados às atividades profissionais, principalmente que contenham conteúdos pornográficos, piadas, correntes etc. Em caso de recebimento de um e-mail nessas condições, solicite ao seu emissor que não mais lhe envie mensagens dessa natureza. Caso o emissor não respeite o seu pedido, solicite ao setor de TI o bloqueio do endereço específico;
- V. Não poderá ser assinada lista de serviços ou assinaturas existentes na internet que não tenham relação direta com a atividade profissional do usuário;
- VI. Em hipótese alguma, as informações relativas ao negócio da unidade hospitalar, incluindo, mas não se limitando a arquivos, programas, em especial aquelas ligadas às atividades financeiras, técnicas, comerciais, senhas, nomes de usuários ou outra *informação relacionada à rede de comunicação, devem ser trocadas através da internet com destinatários não autorizados, amenos que tenha sido aprovado expressamente pela Alta Direção;*
- VII. Cada senha de usuário é exclusiva. Nenhuma senha deve ser fornecida ou divulgada a qualquer pessoa, colaborador da organização ou não, por qualquer razão;
- VIII. Todos os softwares e sistemas utilizados na organização para acesso a rede de computadores deverão ser liberados de acordo com as condições estabelecidas pelos proprietários dos direitos autorais e comercialização;
- IX. Nenhum usuário poderá instalar, desinstalar, duplicar, efetuar cópias, alterar a configuração, fazer upgrade, baixar da internet (download) qualquer software, seja qual for sua natureza ou categoria (papel de parede, protetor de tela etc.), ainda que distribuído gratuitamente (freeware ou shareware), em relação aos microcomputadores pertencentes a organização, exceto se expressamente autorizado pelo responsável técnico competente;
- X. Todos os microcomputadores devem ser protegidos pelo antivírus padrão definido pela área de Tecnologia. Os usuários colaboradores não poderão desabilitar ou remover o antivírus de seus respectivos microcomputadores, ou quaisquer outros sistemas, softwares pacotes instalados pela equipe de TI da unidade;
- XI. Os endereços e sites visitados na internet por qualquer computador interligado à rede de computadores da organização ficam registrados no servidor, possibilitando a identificação e demais dados (horário, tempo de conexão etc.) do usuário que efetuou o acesso;



706



- XII. Na situação de alguma senha esquecida, comprometida ou tomada inútil de alguma outra forma, o colaborador deverá entrar imediatamente em contato com o setor de TI;
- XIII. O acesso físico a sala dos servidores somente poderá ser feita pelos colaboradores do setor TI ou acompanhado por eles.

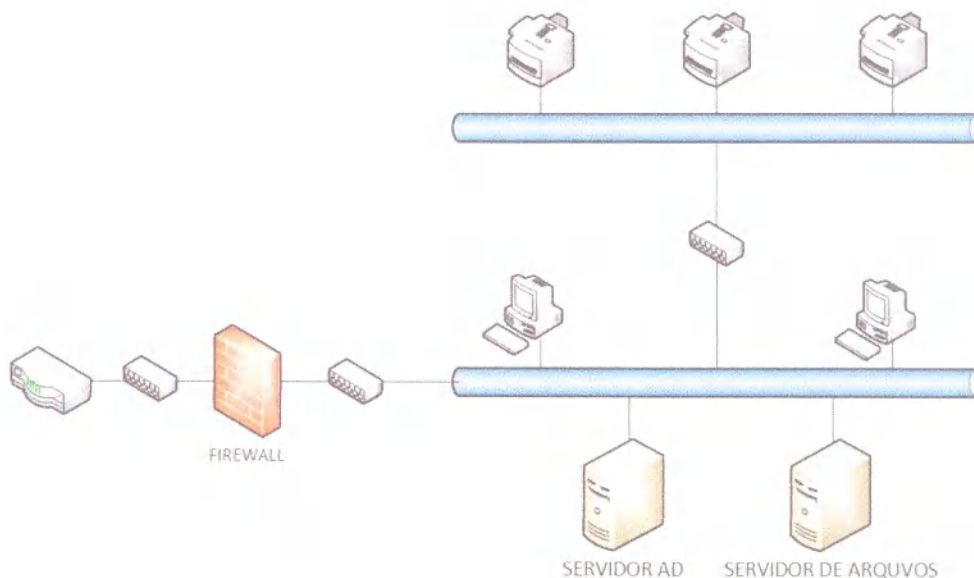
A equipe técnica será composta de 06 (DEIS) profissionais de suporte conforme o abaixo descrito:

- I. 01 (um) - Supervisor;
- II. 01 (um) - Técnicos de segunda a sexta das 08:00 às 18:00 horas (Presencial);
- III. 01 (um) - Técnicos plantonistas (presencial) com revezamento (12x36) das 07:00 às 19:00;
- IV. 01 (um) - Técnicos plantonistas (remoto) com revezamento (12x36) das 19:00 às 07:00.

Perfil profissional da equipe técnica:

- I. Supervisor – Experiência comprovada de no mínimo 5 anos em gerenciamento de projetos relacionados ao processo de manutenção de sistemas e ter gerenciado pelo menos três projetos de manutenção ou desenvolvimento de sistemas de médio porte. Conhecimentos em Sistemas Operacionais Windows, Linux e MacOS; Inglês Técnico; conhecimento dos princípios sobre arquitetura de rede, sistemas operacionais, sistemas gerenciadores de banco de dados, sistemas de segurança e datacenters; conhecimento dos princípios que regem a Gerência de Projetos (PMBOK);
- II. Técnico de Suporte - Nível de formação superior completo na área de tecnologia da informação, experiência comprovada por atestado e/ou treinamento certificado de no mínimo 5 (cinco) anos em análise de suporte de rede de computadores, com conhecimento comprovado de redes Linux e Windows Server.

Modelo conceitual de Rede Ethernet



#### Integrações/Indicadores e Inovações:

Como já explicitado neste tratado, a qualidade das políticas de saúde – quer na sua definição, quer na execução, quer ainda no acompanhamento e no monitoramento – é função direta da qualidade da informação que as ampara. Daí a importância cada vez maior de integrar a informação, de mapear com precisão as necessidades e de prover um subsídio informacional correto para sustentar os gestores, em especial aqueles que tomam as decisões de caráter mais estratégico.

Todo esse contexto torna muito relevante para o conjunto hospitalar – e para a área de registros dos pacientes, em especial – a apropriação e o acultamento com novas tecnologias de concentração de dados e informações, já amplamente utilizada no mundo organizacional.

Propomos a implantação do painel de indicadores e informações assim composto, juntamente com a adequada utilização das ferramentas tecnicamente associadas a esse ambiente informacional, permitindo um substantivo avanço na qualidade da atenção à saúde; além de possibilitar, com algumas ações associadas, um nível ainda mais significativo de transparência na divulgação de informações para os órgãos fiscalizadores e para o grande público, constituindo-se em ferramenta inovadora de participação até mesmo da sociedade, com impactos relevantes sobre as questões de equidade e qualidade do atendimento.

O modelo geral que orienta este componente da solução é o conceito de armazém de dados (*datawarehouse*), um depósito de informações devidamente estruturadas, alimentado a partir da coleta de dados nos sistemas que operam atividades-chave de diferentes áreas da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá - SESA/AP. Este armazém de dados será modelado de forma a prover mecanismos de consulta apropriados para acompanhamento operacional, tático e estratégico do INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR.

708



Dessa forma, ter-se-á um sistema modelado para permitir o acompanhamento histórico de informações, que irá permitir análise de dados e a composição de indicadores apurados a partir dos dados operacionais com métricas pré-estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde do Amapá - SESA/AP.

Os serviços a serem prestados irão abranger:

- VII. Definição e proposição de metodologia para desenvolvimento de projeto de DataWarehouse controle de Metas;
- VIII. Disponibilização de consultores com expertise em projetos de gestão hospitalar e conhecimento em Sistema de Pronto Atendimento e do barramento da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá - SESA/AP, bem como atividades correlatas de consultoria em projetos de DataWarehouse;
- IX. Levantamento de requisitos para geração dos indicadores de desempenho em saúde e controle de custos e financeiro, ajustados as demandas da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá - SESA/AP;
- X. Detalhamento conceitual dos contextos de análise;
- XI. Levantamento e definição dos sistemas-fonte de informação para carga do Data Warehouse. Entre essas fontes, deverão constar o Sistema de Pronto Atendimento, além de outras fontes indicadas pela Secretaria de Estado da Saúde do Amapá - SESA/AP, como por exemplo, o DATASUS, Sistema VISA etc.;
- XII. Implementação de processos de ETL (Extração-Transformação-Carga), a fim de compor os dados em aplicação própria do INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR garantidoras de controle de metas e auditoria da estatística.

Os indicadores serão reunidos em uma base local da unidade a fim de análise e auditoria de dados consolidando base única de resultados para gestão de transferência de dados para a Secretaria de Estado da Saúde do Amapá - SESA/AP.

A avaliação e publicação de transparência e site com domínio da unidade de saúde devem ser entendidos como processos que envolvem a coleta, processamento, análise sistemática, crítica e periódica das informações; assim como os indicadores de saúde pré-selecionados com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas e os resultados alcançados conforme as obrigações contratuais e planejamento, tanto sob a ótica Financeira-Contábil, como assistencial.

A organização e sequenciamento de atividades será feita por sistema próprio de Gestão de Processos nos moldes real-time web, correspondente a inovação do INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR em contratar de forma sistemática e automatizada os fluxos de trabalho e o workflow de tarefas, com as seguintes características:

- XIX. Detalhamento separado por objetivo do processo;
- XX. Tarefas e Subtarefas;
- XXI. Número sequencial;
- XXII. Tipo do processo;
- XXIII. Área de processo;
- XXIV. Data do processo;
- XXV. Data da Tarefa;



000710

- XXVI. Número da Solicitação;
- XXVII. Unidade;
- XXVIII. Status do processo;
- XXIX. Período de Execução (SLA);
- XXX. Assinatura Digital;
- XXXI. Sequenciamento de Atividades;
- XXXII. Digitalização e Arquivamentos de Documentos;
- XXXIII. Sigilo com Login e Senha (criptografada)
- XXXIV. Backup Redundante em Nuvem
- XXXV. Auditoria de Processos em Tempo Real
- XXXVI. Integrado com Portal de Transparências

710



## 5.21 ANEXO XXI - PROPOSTA DE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO

### PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DE GESTÃO DE LEITOS

#### 5.9.4. PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PARA GESTÃO DE LEITOS

A organização hospitalar, sabemos, é muito complexa, devido aos inúmeros processos assistenciais e administrativos trabalhando de forma simultânea.

Um dos processos críticos nos hospitais é o gerenciamento de leitos. Vários hospitais têm enfrentado dificuldades para gerir este processo.

A falta de leitos e a fragilidade no gerenciamento são uma realidade, trazendo assim insatisfação dos clientes e perda financeira quando um leito fica parado.

Com a intenção de não trabalhar com tantos imprevistos, os hospitais têm investido em uma gestão para planejar e acompanhar os processos relacionados à liberação dos leitos.

A implantação do gerenciamento de leitos traz diversos benefícios para a instituição de saúde, tais como: Aumento da taxa de ocupação, Melhor utilização da capacidade instalada, contribui para a satisfação do cliente médico e cliente paciente.

É essencial identificar claramente os processos que interagem na ocupação dos leitos, definir metas para acompanhar os resultados alcançados, mensurá-los, checá-los, agir sobre os resultados e propor melhorias.

Abaixo listamos alguns passos que podemos aplicar para implantação da gestão de leitos nas instituições de saúde, sempre avaliando o perfil da instituição e suas condições:

1. Definir sistemática para implantação da Gestão de Leitos. Consiste em criar critérios para liberação dos leitos das internações eletivas e não programadas, definição das prioridades, definir a equipe que será responsável pelo processo e quantidade de cirurgia liberada para agendamento eletivo.

2. Interfaces e Integração com as áreas. Algumas instituições optam em criar um setor para gerenciamento de leitos, outras incluem ao setor de internação e admissão; o mais importante é ter um dono para o processo, para ser a referência e dar diretrizes aos outros setores que tem interface direta com o gerenciamento de leitos.

Áreas envolvidas como enfermagem, manutenção, higienização, rouparia, tesouraria e corpo clínico são peças fundamentais de integração para o sucesso da implantação da gestão de leitos. Todos devem ter a consciência do seu papel, seu grau de importância e os impactos nas falhas de processo. Todos devem saber quanto custa um leito parado, seja por uma lâmpada estragada, falta de enxoval para compor, até mesmo como uma interdição de pequenas reformas.

3. Gerenciar os tempos. Antes de definir tempos para meta, deve medir os tempos atuais: – Tempo médio de internação, tempo de alta, tempo de liberação do leito para higienização,

tempo médio higienização e composição do leito. Baseado nestes dados o gestor do processo terá um pré-diagnóstico, em sua grande maioria já saberá onde deverá atuar.

4. Sistema/Software. Ter um sistema para auxiliar a gestão de leitos tem como objetivos a redução do tempo de espera para internação, a eliminação de ocorrências de cancelamento de cirurgias por falta de leitos, possibilita a programação de manutenções preventivas e corretivas em apartamentos e a melhoria da qualidade de atendimento na central de reservas. Um sistema de gerenciamento de leitos possibilita a integração das equipes de Hotelaria, Enfermagem, Nutrição e Manutenção refletindo diretamente na qualidade do atendimento aos pacientes.

5. Indicadores. Definir indicadores para acompanhamento das rotinas e processos a fim de tomada de decisão. Alguns exemplos de indicadores utilizados: Tempo médio de higienização; Tempo médio para internação; Tempo médio de alta até a liberação do leito; Taxa de altas prescritas até 10 horas; Tempo médio de solução de solicitação de apartamentos. Indicadores devem ser mensurados para checar os resultados e avaliar futuras ações.

Estes são alguns exemplos de como podemos iniciar ou aprimorar o gerenciamento de leitos, favorecendo não somente a rotina da instituição de saúde, mas também o cliente.

Gerenciamento significa buscar a utilização dos leitos disponíveis em sua capacidade máxima, com segurança dentro dos critérios estabelecidos (técnicos, administrativos), com objetivo de otimizar o tempo de espera para internação e satisfação dos clientes internos e externos.

A gestão de leitos será de acordo com a Portaria nº 3.390/2013.

Gerenciar a taxa e a qualidade da ocupação do leito hospitalar significa buscar a máxima utilização possível, sem que isso represente risco para o paciente ou para a instituição. A prática reduz a espera para novas internações, sejam elas externas sejam oriundas das unidades fechadas ou da emergência, melhora a satisfação dos clientes e impacta positivamente a receita do hospital. O processo, que se inicia na alta e liberação do ambiente para a higiene, é repleto de pontos nevrálgicos na comunicação interna, sensibilização das equipes e agilidade da hotelaria e manutenção. As etapas que envolvem a liberação de um leito precisam ser detalhadas e entendidas em suas minúcias e necessidades. Com isso, também é possível mensurá-las, checá-las, para então, atuar sobre os indicadores, determinar metas e, conseqüentemente, planejar a utilização do leito.

#### **Atividades do Gerenciamento de Leitos:**

- Acompanhamento das internações e altas
- Gestão das transferências internas
- Planejamento de vagas para procedimentos de alta complexidade
- Acompanhamento diário da taxa de ocupação
- Controle do giro de leito
- Controle do tempo de espera para internação, para liberação do leito e para transferência de pacientes
- Análise dos cancelamentos de procedimentos por falta de vaga
- Planejamento e controle do processo de regulação de vagas



### Fases para Implantação do Gerenciamento de Leitos

- Sensibilização das equipes envolvidas sobre manter a permanência do paciente dentro de critérios técnicos estabelecidos pela instituição;
- Sensibilização dos setores envolvidos no processo de liberação do leito.

### Processo de Liberação/Ocupação de Leito

- Alta do paciente e liberação do leito para higiene;
- Higienização do leito e liberação para internação de novo paciente;
- Internação de pacientes de urgência.
- Sensibilização da equipe médica sobre a permanência do paciente dentro de critérios técnicos estabelecidos pela Instituição, bem como sobre sua atuação no processo de liberação do leito;

### Resultados Esperados

- Aumentar a taxa de ocupação
- Agilizar transferência para as Unidades de Internação do Hospital e/ou outras Unidades Hospitalares da Retaguarda;
- Alta Médica até as 11hs sempre que possível;
- Agilizar liberação do leito para internação de novo paciente;
- Desocupar leito com brevidade após a alta;
- Maior Assertividade das previsões de alta;
- Diminuir o tempo de espera das cirurgias dos pacientes internados;
- Internar pacientes para procedimentos eletivos o mais próximo possível do dia e hora do procedimento;