

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO AMAZONAS – SUSAM**  
**COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE**  
**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2018**

1

## SUMÁRIO

<b>1 – Título</b>	<b>006</b>
1.1 – Objeto	006
1.2 – Validade do Projeto	006
<b>2 – Apresentação Da Organização Social</b>	<b>007</b>
<b>3 – Estrutura E Perfil Da Região</b>	<b>022</b>
<b>4 – Área De Atividade</b>	<b>030</b>
4.1 – Os Entes Interessados Exporão Entre Outros Aspectos Organizativos, No Mínimo, O Seguinte:	030
4.1.1 - Horários E Distribuição Semanal De Utilização Dos Locais De Consultas.	030
4.1.2 - Produção Estimada Mensal De Consultas.	032
4.1.3 - Horários De Funcionamento, Distinguindo Entre Atividade Programada E Urgente, De Todos Os Serviços Diagnósticos.	033
4.1.4 - Horários E Freqüência Semanal De Uso Das Salas De Cirurgia Por Especialidades;	035
4.2 - Implantação De Fluxos	036
4.2.1 - Fluxos Operacionais Compreendendo Circulação Dos Usuários Em Atendimento, Em Espera E Em Áreas Restritas Como Salas De Observação, De Atendimento, De Suturas E Curativos.	036
4.2.2 - Fluxo Operacional Para Material Médico Hospitalar E Medicamentos.	042
4.2.3 - Fluxos Para Registros E Documentos	046
4.2.4 - Fluxo Unidirecional Para Materiais Esterilizados	050
4.2.5 - Fluxo Unidirecional Para Roupas	054
4.2.6 - Fluxo Unidirecional Para Resíduos De Saúde.	058
4.3 - Implantação Da Gestão	067
4.3.1 - Implantação De Logística De Suprimentos	067
4.3.2 - Política De Recursos Humanos A Ser Implementada	069
4.3.3 - Proposta Para Regimento Interno Da Unidade	072
4.3.4 - Proposta Para Regimento Do Serviço De Enfermagem	084
4.3.5 - Proposta Para Regimento Do Corpo Clínico	096
4.4 - Implantação De Processos	100
4.4.1 - Apresentar Instrução / Manual Para Atuação Em Protocolos	100
4.4.2 - Apresentar Instrução / Manual Para Faturamento De Procedimentos	109
4.4.3 - Apresentar Instrução / Manual De Desenvolvimento Financeiro	111
4.4.4 - Apresentar Instrução / Manual De Gerencia Do Almoxarifado	116
4.4.5 - Apresentar Proposta De Educação Em Saúde / Capacitação	118
4.5 - Incremento De Atividade	121
4.5.1 - 5% Acima Da Meta Anual (Sem Elevar Custos)	121
4.5.2 - 10% Acima Da Meta Anual (Sem Elevar Custos)	122
4.5.3 - Maior Ou Igual A 15% Acima Da Meta (Sem Elevar Custos)	122
4.5.4 - Proposição De Outras Especialidades Além Das Constantes No Perfil Da Unidade	123
<b>5. Área De Qualidade</b>	<b>126</b>
5.1. Qualidade Objetiva	126
5.1.1 - Comissões Técnicas	126
5.1.1.1 - Comissão De Análise E Revisão De Prontuários	130
5.1.1.2 - Comissão De Óbitos	135
5.1.1.3 - Comissão De Ética Médica	139
5.1.1.4 - Comissão De Ética De Enfermagem	144
5.1.1.5 - Comissão De Controle De Infecção Hospitalar	148
5.1.1.6 - Comissão De Qualidade E Segurança No Cuidado Ao Paciente	156
5.1.1.7 - Comissão De Ensino E Pesquisa Por Comitê De Ética E Pesquisa	162
5.1.1.8 - Comissão De Transplantes Por Comissão Intra-Hospitalar E Doação De Órgãos E Tecidos Para Transplantes - Cihdott	167
5.1.1.9 - Comissão Interna De Prevenção De Acidentes – Cipa E Sesmest	171
5.1.2 - Organização Específica Do Serviço De Farmácia.	174



5.1.3 - Organização Específica Do Serviço De Arquivo De Prontuários Médicos.	201
5.1.4 - Descrição De Funcionamento Da Unidade De Estatísticas.	210
5.1.5 - Monitoramento De Indicadores De Desempenho E De Qualidade, De Produtividade E Econômico-Financeiros: Indicadores Seleccionados, Sistemáticas De Aplicação De Ações Corretivas;	218
5.1.6 - Manutenção Do Programa De Acolhimento E Classificação De Risco.	223
5.1.7 - Apresentação De Protocolos Clínicos De Atendimento Conforme O Perfil Descrito No Edital;	233
5.1.8 - Implantação De Capacitação Do Corpo Clínico, Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social E Serviços Administrativos;	273
5.1.9 - Regulamento E Manual De Normas E Rotinas;	286
5.1.10 - Outras Iniciativas E Programas De Qualidade Que O Ente Interessado Já Tenha Em Desenvolvimento Ou Pense Iniciar Sua Implantação.	299
5.2. Qualidade Subjetiva	303
5.2.1 - Acolhimento	303
5.2.1.1 - Como Irá Estruturar A Informação Aos Usuários (Usuários E Familiares) Acerca Do Processo De Atenção;	303
5.2.1.2 - Instrução Com Indicação Das Formas De Notificação, Recepção, Orientação Social E Apoio Psicossocial Aos Usuários E Familiares;	305
5.2.1.3 - Proposta Para Implantação Do Acolhimento Dos Usuários Na Unidade	309
5.2.2 - Atendimento	311
5.2.2.1 - Instrução De Definição De Formas De Acomodação E Conduta Para Os Acompanhantes De Crianças, Adolescentes E Portadores De Necessidades Especiais Conforme Previsão Da Legislação Vigente.	311
5.2.2.2 - Proposta P/ Implantação De Serviço De Atendimento Ao Usuário.	313
5.2.2.3 - Como Irá Pesquisar A Opinião Ou Nível De Satisfação Do Usuário: Instrumento De Pesquisa, Frequência, Sistemática Das Ações Corretivas;	322
5.2.2.4 - Proposta De Pesquisa Periódica / Contínua De Satisfação Do Colaborador, Com Definição De Uso Das Informações.	325
5.2.2.5 - Proposta Para Implantação Do Sistema De Contra Referência À Atenção Primária.	328
5.2.2.6 - Proposição De Projetos Assistências E Sociais (Relacionamento Com A Atenção Primária, Comunidades, Campanhas Educativas Para O Usuário, Etc.	336
5.2.2.7 - Políticas De Humanização: Como Irá Desenvolver Os Dispositivos Do Programa Nacional De Humanização, Acolhimento Com Classificação De Risco, Dentre Outros.	341
<b>6. Qualificação Técnica</b>	<b>347</b>
6.1 - Certificar Experiência Anterior, Mediante Comprovação Através De Declarações Legalmente Reconhecidas (Declaração De Contratantes Anteriores);	347
6.1.1 - Em Unidade De Médio Porte De 70 Até 149 Leitos De Internação E Fração.	347
6.1.2 - Em Unidade De Pequeno Porte Com Menos Do Que 69 Leitos De Internação.	348
6.2. Estrutura Diretiva Do Complexo Hospitalar Zona Norte:	350
6.2.1 - Descrição Do Organograma Do Complexo Hospitalar Zona Norte Até O Segundo Nível: Coordenador Geral, Coordenador Técnico (Médico), Coordenador De Enfermagem. Explicação De Competências/ Atribuições Bem Definidas Com Apresentação Em Organograma Do Núcleo Gestor.	350
6.2.2 - Titulação De Especialistas Em Administração Hospitalar Ou Saúde Coletiva Dos Membros Das Coordenações.	356
6.3 - Organização De Serviços Assistenciais:	357
6.3.1 - Descrição Da Organização Do Complexo Hospitalar Zona Norte, Coordenadoria De Enfermagem E Serviço Social.	357
6.3.2 - Expressar Estrutura De Chefia E Número De Pessoas, Assim Como O Tipo De Vínculo Com A Unidade;	367
6.3.3 - Compatibilização Da Proposta De Trabalho Com As Diretrizes Da Susam/Am;	377
6.4 - Na Organização De Serviços Administrativos, Financeiros E Gerais, O Ente Interessado Deverá Apresentar, Entre Outras, As Seguintes Informações:	380
6.4.1 - Descrição De Funcionamento Da Unidade De Faturamento, Bem Como Horários De Trabalho; Estrutura De Chefia; Membros E Vínculo Com A Unidade;	380

6.4.2 - Descrição De Funcionamento Para A Upa Campos Sales, Da Manutenção Predial, Descrição De Funcionamento Da Manutenção De Equipamentos E Orçamentos Dedicados Aos Mesmos;	<b>382</b>
6.4.3 - Volume De Recursos Financeiros Destinados A Cada Tipo De Despesa.	<b>388</b>
6.5 - Organização Dos Recursos Humanos	<b>392</b>
6.5.1 - Prazos Propostos Para Implantação E Para Pleno Funcionamento De Cada Serviço Proposto (Cronograma).	<b>392</b>
6.5.2 - Implementação De Serviços E Funcionamento De Equipe Interdisciplinar	<b>395</b>
6.5.2.1 - Apresentação De Quadro De Pessoal Médico Por Área De Atenção Compatível Com As Atividades Propostas No Plano De Trabalho, Constando Forma De Vínculo, Horário E Salário.	<b>395</b>
6.5.2.2 - Protocolos Assistenciais De Atenção Médica E Rotinas Operacionais Para O Ambulatório.	<b>399</b>
6.5.2.3 - Apresentação De Quadro De Metas Para A Área Médica.	<b>409</b>
6.5.2.4 - Apresentação De Quadro De Pessoal Técnico Por Área De Atividade Profissional, Compatível Com As Atividades Do Plano De Trabalho, Constando Forma De Vínculo, Horário, Salário.	<b>416</b>
6.5.2.5 - Protocolos De Enfermagem (Rotinas Por Nível De Qualificação Dos Profissionais) Na Área Ambulatorial	<b>423</b>
6.6 - Implementação E Funcionamento De Outros Serviços	<b>434</b>
6.6.1 - Instrução Para O Funcionamento Do Serviço Social E Fisioterapia Com Especificação De Estrutura, Normas E Rotinas Definidas, As Áreas De Abrangências, Horários E Equipes Mínimas.	<b>434</b>
6.6.2 - Normas Para O Funcionamento Do Serviço De Administração Geral Com Especificação De Estrutura, Normas E Rotinas Definidas, As Áreas De Abrangência, Horário E Equipe Mínima.	<b>445</b>
6.6.3 - Instrução Normativa Para Realização Dos Procedimentos De Aquisição De Materiais (Licitação), Observadas As Fases De Construção De Banco De Dados E Fornecedores, Consultas De Preços, Aquisição, Recebimento, Guarda E Distribuição Nas Unidades De Serviço No Pronto Socorro.	<b>455</b>
6.6.4 - Manual Para Padronização De Medicamentos E Materiais Médico Hospitalares.	<b>460</b>
6.6.5 - Termos De Referência Para A Contratação De Terceiros Para Os Serviços Contratados (Ex: Limpeza, Vigilância, E Outros).	<b>479</b>
6.6.6 – Serviço De Verificação De Óbitos	<b>483</b>
6.6.7 - Complemento De Estrutura Para Upa Campos Salles	<b>484</b>
6.6.8 – Serviços De Informática Com Sistema Para Gestão Hospitalar;	<b>485</b>
6.7 - Ciência E Tecnologia	<b>488</b>
6.7.1 - Convênio De Cooperação Técnica Com Entidades De Ensino Para Desenvolvimento De Estágios Curriculares, Treinamentos E Residências.	<b>488</b>
6.7.2 - Parcerias Com Instituições Para Desenvolvimento De Projetos De Pesquisa Na Área Ambulatorial Especializada E/Ou De Saúde Pública.	<b>489</b>
6.7.3 - Termo De Referência Para Desenvolvimento De Projeto Em Educação Permanente Com Vista À Capacitação Da Equipe Interdisciplinar Da Unidade.	<b>490</b>
6.7.4 – Certificação De Hospital De Ensino	<b>493</b>
6.8 - Política De Recursos Humanos	<b>494</b>
6.8.1 - Apresentar Projeto Para Definição Da Política De Segurança No Trabalho E Prevenção De Acidentes. Criação De Comissão Específica.	<b>494</b>
6.8.2 - Proposta Para Estabelecimento De Normas Para Seleção Simplificada De Pessoal, Contrato De Trabalho E Avaliação De Desempenho Sugestão De Condutas Para Combater Absenteísmo E Estimular Produção.	<b>509</b>
6.8.3 - Registros E Controles De Pessoal. Modelo Para Escalas Com Simulado De Férias (Propor Critérios De Afastamento) Após O Primeiro Ano De Contrato.	<b>524</b>

## ANEXOS

<b>ANEXO I – DIMENDINAMENTO PESSOAL</b> A – HOSPITAL PRONTO SOCORRO ZONA NORTE B – UPA CAMPOS SALLES
<b>ANEXO II – DIMENDINAMENTO MÉDICO</b> A – HOSPITAL PRONTO SOCORRO ZONA NORTE B – AMBULATÓRIO - HOSPITAL PRONTO SOCORRO ZONA NORTE C – UPA CAMPOS SALLES
<b>ANEXO III – AMBULATÓRIO CLINICO E CIRURGICO - HPSZN</b>
<b>ANEXO IV – PRODUÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS</b> HPSZN E HOSPITAL DIA
<b>ANEXO V – TEMPO MÉDIO DE PERMANENCIA E TAXA DE OCUPAÇÃO – HPSZN</b>
<b>ANEXO VI – PRODUÇÃO DE INTERNAÇÃO - HPSZN</b>
<b>ANEXO VII – ATENDIMENTOS – URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA</b>
<b>ANEXO VIII – PRODUÇÃO DE SADT - HPSZN</b>
<b>ANEXO IX – PLANILHA DE DESPESAS MENSAIS</b>
<b>ANEXO X – CERTIFICAR EXPERIÊNCIA ANTERIOR, MEDIANTE COMPROVAÇÃO ATRAVÉS DE DECLARAÇÕES LEGALMENTE RECONHECIDAS (DECLARAÇÃO DE CONTRATANTES ANTERIORES); EM UNIDADE DE MÉDIO PORTE DE 70 ATÉ 149 LEITOS DE INTERNAÇÃO E FRAÇÃO.</b>
<b>ANEXO XI – CERTIFICAR EXPERIÊNCIA ANTERIOR, MEDIANTE COMPROVAÇÃO ATRAVÉS DE DECLARAÇÕES LEGALMENTE RECONHECIDAS (DECLARAÇÃO DE CONTRATANTES ANTERIORES); EM UNIDADE DE PEQUENO PORTE COM MENOS DO QUE 69 LEITOS DE INTERNAÇÃO.</b>
<b>ANEXO XII – TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR OU SAÚDE COLETIVA DOS MEMBROS DAS COORDENAÇÕES. O ENTE INTERESSADO DEVERÁ APRESENTAR CURRÍCULOS E ATESTADOS FORNECIDOS POR PESSOA (S) JURÍDICA (S) DE DIREITO PÚBLICO OU PRIVADO, REGISTRADO NO CONSELHO DE CLASSE COMPETENTE DA JURISDIÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO, DOS POSTOS CORRESPONDENTES AOS DOIS PRIMEIROS NÍVEIS.</b>
<b>ANEXO XIII – CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ENTIDADES DE ENSINO PARA DESENVOLVIMENTO DE ESTÁGIOS CURRICULARES, TREINAMENTOS E RESIDÊNCIAS.</b>
<b>ANEXO XIV – PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA NA ÁREA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU DE SAÚDE PÚBLICA.</b>
<b>ANEXO XV – OUTRAS COMPROVAÇÕES</b>

## 1 – TÍTULO

PROJETO PARA ORGANIZAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO DO **COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE** CONFORME EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2018.

### 1.1 – OBJETO

Seleção de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social no âmbito do Estado do AMAZONAS, para celebração de Contrato de Gestão, objetivando o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de SAÚDE, no **COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE, COMPREENDIDO PELO HOSPITAL E PRONTO SOCORRO DA ZONA NORTE (DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ) E UPA CAMPOS SALLES**, conforme definido neste edital e seus anexos, que são parte integrante e indissociável deste instrumento.

### 1.2 – VALIDADE DO PROJETO

**Validade:** 90 (noventa) dias, contados da data de abertura do Chamamento Público.

## 2 – APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

### Sinopse Histórica

#### Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH



Historicamente, o Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH) é uma continuidade da Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Pedro Leopoldo, criada pelo padre Sinfrônio Torres de Freitas em 1950, com o objetivo de cuidar de um lactário e um consultório médico na cidade mineira de Pedro Leopoldo.

Em 1960, surge, como evolução do lactário e do consultório, o Hospital e Maternidade Dr. Eugênio Gomes de Carvalho, à época sob gestão das Irmãs Franciscanas da Providência de Deus.

Em 2009, com o escopo de profissionalização da gestão da Unidade e diante da perspectiva de expandir seu modelo de administração para outras unidades hospitalares, surge o Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano, a partir da gestão da Maternidade.

#### Objetivos do INDSH

7

O INDSH está constituído como organização social, de caráter filantrópico, sem fins lucrativos, com a visão de se tornar referência nacional em sua área de atuação.

Seu foco é prestar serviços de gestão em hospitais, clínicas, Unidades de Pronto Atendimento, laboratórios, entre outros, além de oferecer consultoria nas áreas de saúde, meio ambiental, apoio em cursos e treinamentos, visando o aprimoramento e capacitação dos profissionais do setor hospitalar.





### Quem Somos

- Entidade privada
- Filantrópica
- Sem fins lucrativos
- Referência em gestão hospitalar
- Aptos a prestar serviços de prevenção, proteção e promoção nas áreas de assistência social e de saúde.

### Nossa Atividade

- Gestão em Saúde
- Consultoria e Assessoria
- Cursos e Treinamentos
- Gestão Ambiental
- Gestão em Sustentabilidade

### Nosso Lema

Respeito à Vida.

### Nossa Missão

“Promover a gestão em saúde, ambiental e social de excelência, com qualidade, ética e valorização profissional e humana, visando a restauração do bem-estar físico, psíquico e social, em benefício da comunidade.”

### Visão

“Ser reconhecido como referência em governança de instituições de saúde, promovendo soluções de qualidade e gestão de negócios, com foco no desenvolvimento profissional, humano e com excelência de atendimento.”

### Princípios Organizacionais

- Humanidade – Atuar com dignidade, respeitando os semelhantes como seres únicos e complexos.
- Ética – Agir com regras e preceitos de ordem valorativa e moral da sociedade.
- Qualidade – Compromisso de exercer suas obrigações, buscando sobressair nos resultados.

Responsabilidade Social e Humana – Desenvolver ações valorizando e respeitando o ser humano e o seu ambiente social, contribuindo para seu crescimento.

### Matriz



Figura 1 – Hospital e Maternidade Dr. Eugênio Gomes de Carvalho – Pedro Leopoldo (MG)

### Sede Administrativa



Figura 2 – Av. Marquês de S. Vicente, 576 – 19º andar – Barra Funda – São Paulo – SP.

## Onde somos qualificados como Organização Social de Saúde (junho/2018)

### Estados

- Espírito Santo
- Goiás
- Mato Grosso
- Minas Gerais
- Pará
- Paraíba
- Rio de Janeiro
- Rio Grande do Norte
- Tocantins
- Bahia
- Santa Catarina
- Acre

### Municípios

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| • São Paulo (SP)             | • Jacareí (SP)               |
| • Americana (SP)             | • Itabira (SP)               |
| • Angra dos Reis (RJ)        | • Itapema (SC)               |
| • Araucária (PR)             | • Itapeçerica da Serra (SP)  |
| • Arujá (SP)                 | • Itu (SP)                   |
| • Balneário de Camboriú (SC) | • Lagoa Santa (MG)           |
| • Barueri (SP)               | • Paulínia (SP)              |
| • Caieiras (SP)              | • Pinhais (PR)               |
| • Cajamar (SP)               | • Piraquara (SP)             |
| • Caraguatatuba (SP)         | • Ponta Grossa (PR)          |
| • Cerqueira César (SP)       | • Rio Grande da Serra (SP)   |
| • Criciúma (SC)              | • São João da Boa Vista (SP) |
| • Cubatão (SP)               | • Sertãozinho (SP)           |
| • Diadema (SP)               | • Ubatuba (SP)               |
| • Ferraz de Vasconcelos (SP) | • Uberaba (SP)               |
| • Embu das Artes (SP)        | • Uberlândia (MG)            |

## Serviços Oferecidos pelo INDSH

### Gestão em Saúde



**Figura 3 - Hospital Regional Público do Leste - Paragominas (PA).**

O INDSH está qualificado a executar gestão de serviços de Saúde, em unidades particulares ou por meio de contrato com órgãos públicos de âmbito municipal, estadual e federal, com base nos pilares de Governança Corporativa (equidade, transparência, prestação de contas e responsabilidade corporativa) de hospitais públicos, privados, filantrópicos, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, entre outros.

- Hospitais públicos, privados, filantrópicos.
- Unidades de Pronto-Atendimento.
- Unidades Básicas de Saúde.
- Clínicas.
- Laboratórios.

10

### Consultoria e Assessoria

O INDSH executa a gestão em saúde, com atuação pontual das necessidades da unidade hospitalar, por meio de Diagnóstico, Planejamento Estratégico com base na metodologia Balanced ScoreCard – BSC.

Atua também na gestão de Pessoas, de Logística, Enfermagem, Meio Ambiente, Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente, tendo como ferramenta a Acreditação, através da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

- Diagnóstico Organizacional.
- Planejamento Estratégico.
- Gestão Organizacional.
- Atenção ao Paciente.
- Diagnóstico e Terapêutica.
- Gestão de Apoio.
- Gestão de Meio Ambiente na Área da Saúde.



## Cursos e Treinamentos

O INDSH promove cursos de aprimoramento profissional, abertos e customizados, de acordo com cada necessidade. Também realiza cursos e treinamentos *in company*. Abaixo, alguns exemplos.



- Plano de Capacitação.
- Gestão por Processo.
- Gestão de Risco focado em Segurança do Paciente.
- Gestão de Pessoas.
- Programa de Desenvolvimento de Liderança.
- Logística de Serviços de Saúde.
- Gestão Contábil.
- Indicadores Hospitalares.
- Gestão de Meio-Ambiente.

## Gestão Ambiental

O INDSH oferece projetos de sustentabilidade na área da saúde focada nas atividades hospitalares e seu impacto ambiental, tendo como premissa:

- Cumprimento de normas e legislação ambiental.
- Suporte jurídico às atividades hospitalares e seu impacto no meio ambiente.
- Plano de ação para gestão de ações de sustentabilidade e responsabilidade social.
- A elaboração voluntária de inventários de GEE.

O GEE é o primeiro passo para que uma organização contribua para o combate à mudança climática. A iniciativa recebeu, em 2014, o prêmio 'Boas Práticas de Sustentabilidade', da revista Healthcare Management e foi, em 2016, um dos finalistas do prêmio de Sustentabilidade da Associação Brasileira de Recursos Humanos – Sec. Pará.

Unidades do INDSH são certificadas pela FGV no combate à mudança climática e emissão de Gases de Efeito Estufa (GEE)

Os hospitais administrados pelo INDSH, além da Sede Administrativa, são certificados com o Selo Ouro do Programa Brasileiro Greenhouse Gas Protocol (GHG) da Fundação Getúlio Vargas, concedido a quem divulga, anualmente, inventários sobre emissão de Gases de Efeito Estufa (GEE).



## O INDSH é filiado ao Instituto Ética Saúde



O INDSH, desde 2017, é filiado ao Instituto Ética Saúde, com o objetivo de aprimorar as relações na área da Saúde e promover uma cultura mais transparentes e responsável, tanto na gestão pública, quanto privada.

O INDSH foi a primeira Organização Social de Saúde (OSS) a ser aceita pelo IES.

### Objetivos

- Promover uma cultura ética empresarial que gere ambientes de concorrência justos e transparentes.
- Fomentar ação social responsável e participativa para desenvolvimento da sociedade.
- Estabelecer, aos associados, regras rígidas para atuar nos mercados privado e público.
- Garantir a segurança do paciente.
- Incentivar e apoiar uma relação ética entre paciente e médico.
- Gerar confiança no mercado.
- Fortalecer princípios que assegurem a adoção de práticas lícitas e éticas.
- Promover concorrência justa com respeito à relação qualidade x preço.

12

### Entidades com acordos de cooperação e canais de diálogo

- Anvisa
- Tribunal de Contas da União
- Ministério Público de São Paulo
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
- Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE)

### Conselho Consultivo do IES

- Associação Médica Brasileira (AMB)
- Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP)
- Instituto Ethos
- Federação das Santas Casas do Estado de São Paulo (Fehosp)
- Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde (ABIIS)
- Associação Brasileira dos Auditores em Saúde (AUDIF)
- Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos (ABRAIDI)
- Associação Brasileira de Alta Tecnologia de Produtos para a Saúde (ABIMO)
- Sociedades Brasileiras: Traumatologia, Cardiologia, Cirurgia Cardiovascular

## Unidades Administradas

### Maternidade Dr. Eugênio G. de Carvalho - Pedro Leopoldo (MG) – Unidade Própria



- Início: 1960;
- Leitos totais: 45;
- Média complexidade;
- Quadro funcional: 104;
- Médicos: 60.

### Hospital Regional Público Do Marajó - Breves (PA)



- Início da gestão: 2010;
- Pertencente à rede de serviços de Saúde do governo estadual;
- Leitos: 67;
- Alta e média complexidade;
- Quadro funcional: 364;
- Médicos: 50.

13

### Hospital Regional Público Do Leste Do Pará - Paragominas (PA)



- Início: julho / 2014;
- Pertencente à rede de serviços de Saúde do governo estadual;
- Leitos: 70;
- Alta e média complexidade;
- Quadro funcional: 320;

### Hospital Geral De Tailândia - Tailândia (PA)



- Início da gestão: julho / 2013;
- Pertencente à rede de serviços de Saúde do governo estadual;
- Leitos: 42;
- Média e baixa complexidade.
- Quadro funcional: 241;
- Médicos: 42

### Unidade de Pronto Atendimento e Pronto Atendimento Infantil Santa Paula - Ponta Grossa (PR)



- Início: julho / 2014;
- Pertencente à rede de serviços de urgência e emergência de Saúde do município;
- Quadro funcional: 120;
- Médicos: 50.

14

### Centro Hospitalar Hospital Jean Bitar - Belém (PA)



- Início: março/2016;
- 90 leitos;
- Quadro funcional: 511;
- 600 exames/mês;
- 394 internações/mês.

### **Unidade Assitência De Alta Complexidade Em Oncologia Unacom - Do Hospital Regional De Tucuruí – Tucuruí (PA)**



- Início maio / 2016;
- 800 consultas / mês especializadas em oncologia;
- 13.280 exames / mês entre quimioterapia, radioterapia e inserções de braquiterapia.

### **Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação (CIIR) – Belem (PA)**



- Início: 2018;
- Complexo de assistência médica, odontológica, reabilitação, capacitação, oficinas para produção de próteses e serviço de apoio e diagnósticos.

15

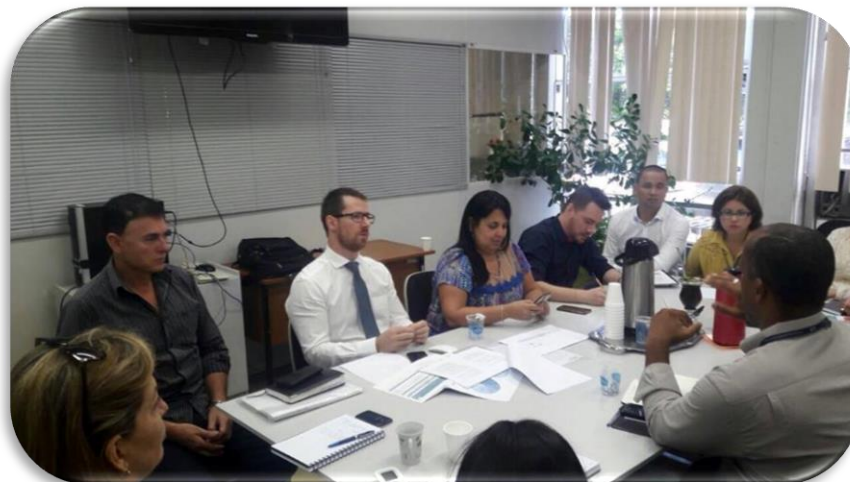
### **Hospital Geral de Ipixuna do Pará – Ipixuna do Pará (PA)**



- Início: 2018;
- Leitos: 23;
- Baixa Complexidade



## Atuação da Equipe de Gestão



**Figura 4 – Diretoria da UPA Santa Paula e representantes da Secretária de Saúde de Ponta Grossa (PR) em reunião de trabalho.**

Atuação direta sobre todas as atividades da unidade, por meio da equipe de gestores que desenvolvem o papel executivo, para implementar deliberações da Diretoria do INDSH. Gradativamente são introduzidos o Planejamento e a Gestão Estratégica. A equipe de gestão é responsável por:

Designar para a administração direta um profissional com experiência em gestão hospitalar.

- Manter, como base de apoio, uma equipe de retaguarda à distância, composta de médicos, administradores hospitalares, enfermeiros, contadores e advogados, para prestarem assessoria à contratante quando solicitado.
- Manter uma equipe de retaguarda à distância, composta de médicos, administradores hospitalares, enfermeiros, contadores e advogados, para prestarem assessoria à contratante quando solicitado.
- Colocar à disposição da unidade toda a estrutura técnica necessária ao bom desempenho das atividades, incluindo assessoria e consultoria jurídica, financeira, contábil, médica e de enfermagem.
- Administrar a unidade com plena autonomia e independência para implantar sistemas administrativos, rotinas e procedimentos condizentes com as modernas normas de administração hospitalar.
- Organizar a estrutura indispensável para o bom funcionamento da unidade.
- Elaborar os instrumentos administrativos e jurídicos compatíveis com as necessidades.
- Orientar quanto à instalação de novos serviços, adequação ou ampliação dos já existentes.
- Orientar e proceder a celebração e revisão de todos os contratos existentes e necessários.
- Definir os objetivos e estratégias de funcionamento da unidade alinhadas ao contrato de gestão.
- Elaborar a prestação de contas mensal que contenha todos os elementos para a correta apreciação das atividades gerais no período, envolvendo aspectos administrativos, sociais e econômico-financeiros.
- Esclarecer sobre as atividades desenvolvidas na gestão da unidade sempre que for convocado pelo contratante.

### **Serviços de Assessoria Técnica**

O desenvolvimento do trabalho de gestão conforme modelo proposto requer, entre outros, suporte técnico de assessoria específica, a ser utilizada sempre que o plano de trabalho assim demandar. Entre outros, destacamos as seguintes áreas:

#### **Assessoria Jurídica**

- Emitir pareceres jurídicos ligados à área hospitalar, quando solicitada.
- Analisar os contratos firmados pela unidade, emitindo parecer.

#### **Assessoria Contábil**

- Implantar plano contábil hospitalar, conforme a legislação em vigor.
- Assessorar a unidade na contabilização de todos os fatos contábeis ocorridos no decorrer do mês.
- Emitir pareceres conclusivos relativos as questões da área contábil e financeira.
- Acompanhar a conciliação das contas e o fechamento dos balancetes mensais e também do balanço anual.

#### **Assessoria Médica**

- Emitir pareceres, sempre que solicitada, acerca de novas terapias a serem implantadas, rotinas, aquisição de equipamentos, entre outros, sempre respeitando os preceitos éticos, morais e legais.

#### **Assessoria Assistencial**

- Emitir parecer acerca do correto dimensionamento de pessoal.
- Auxiliar na implantação das escalas de trabalho.
- Assessorar equipes de enfermagem na utilização das melhores práticas de trabalho.
- Emitir parecer acerca das atribuições de cada segmento profissional da área de enfermagem.
- Colocar à disposição da unidade toda a legislação relativa a atuação profissional da área de enfermagem.

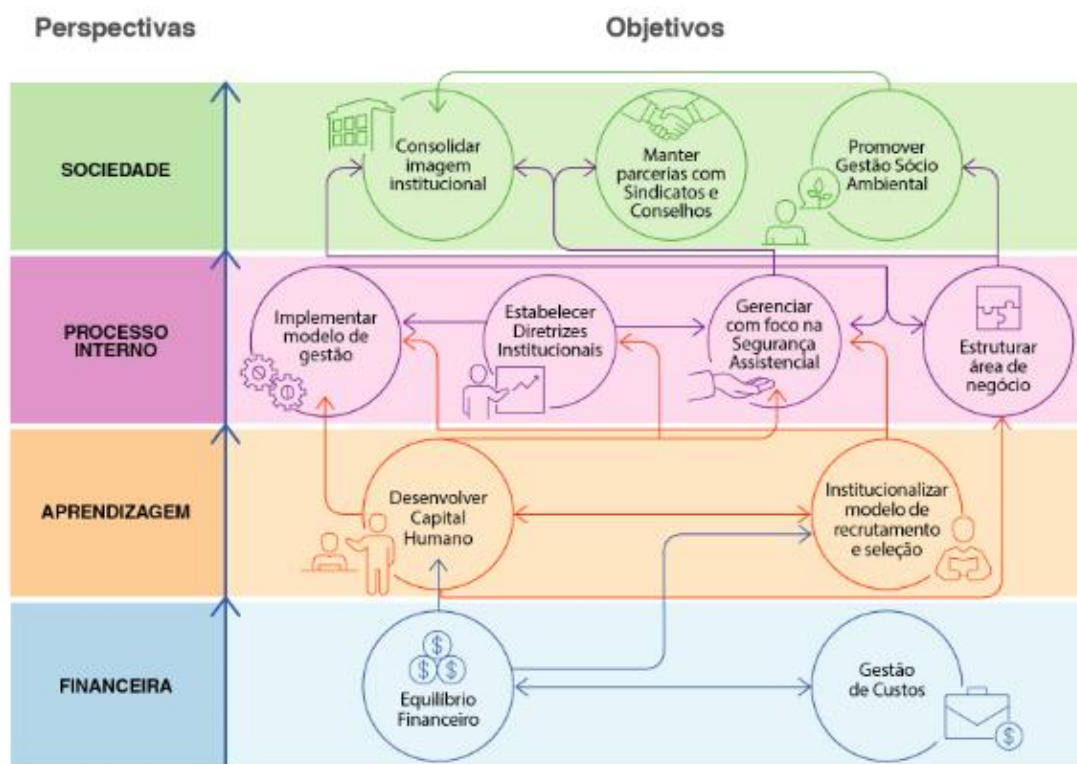
#### **Assessoria Administrativa**

- Orientação especializada ao Dirigente Hospitalar.
- Apoio técnico em mudanças estruturais.
- Introdução de instrumentos de análise permanente de desempenho.
- Gestão de Resultados: Plano de Ação do Exercício e Programação Orçamentária.
- Projetos de desenvolvimento empresarial e comprometimento das partes envolvidas.
- Estudos de viabilidade: expansão e redução de serviços, terceirizações.
- Projeto de novas receitas.
- Parametrização de despesas.
- Orientação e enquadramento legal.
- Implantar plano estatístico hospitalar.
- Assessorar as unidades no levantamento dos dados estatísticos.

## Foco Estratégico



A equipe de gestores tem uma atuação focada em alguns objetivos estratégicos pertencentes a este modelo de gestão. O mapa estratégico possui, entre outros a serem incorporados ao longo do trabalho, os seguintes objetivos:



18

Esses objetivos estratégicos fazem parte do mapa acima e junto com ele existem indicadores e metas, assim como planos de ação para serem executados em busca do cumprimento das estratégias institucionais.



## Relatórios de Desempenho



**Captação e processamento de informação e análise do desempenho da unidade, por meio de relatórios e planos de trabalho. Avaliação da capacidade produtiva e do custeio de toda atividade, pelos seguintes instrumentos:**

### **Plano Estatístico**

- A estatística é composta do movimento geral da unidade, reunindo os indicadores hospitalares utilizados na avaliação de desempenho. A gestão é feita com o auxílio dos números que são fornecidos pela estatística.

### **Relatório de Atividades**

Este relatório permite o acompanhamento sistematizado do desempenho da unidade sob vários aspectos, análise crítica dos resultados previstos e alcançados, entre outros.

### **Atividades Assistenciais**

- Número de Internações (Admissões e Saídas).
- Porcentagem de Ocupação.
- Média de Permanência.
- Taxa de Mortalidade.
- Número de Exames por Tipo.
- Número de Procedimentos.

### **Recursos Humanos**

- Número de Funcionários
- Rotatividade de Pessoal
- Taxa de Absenteísmo
- Colaborador por Leito
- Colaborador por Paciente
- Relatório com pessoal Médico, Enfermagem, Outros de Nível Superior e Nível Técnico com nome, função, turno e jornada de trabalho

### **Atividades Sociais**

- Cursos ministrados.

### **Atividades econômicas**

- Composição das Receitas
- Composição das Despesas

### **Indicadores de Resultados**

- Assistenciais
- Recursos Humanos
- Econômicos

## Metodologia e Critério de Apropriação dos Custos da Sede Social e às Unidades e Projetos

O INDSH tem como referência que todas as empresas devem conhecer, administrar e controlar com muita propriedade os custos e despesas gerados para a produção e comercialização de seus produtos ou serviços.

Dessa forma, o INDSH adota uma parceria com a empresa Planisa – Planejamento e Organização de Instituições de Saúde, considerada referência em consultoria especializada em custos para o segmento da saúde. Conforme parecer, considera o critério adotado pelo INDSH em conformidade com os princípios da metodologia defendidos:

*“(…) Caracterizada a Sede da OSS como uma Unidade Central de prestação de serviços ou uma Unidade de Serviços Corporativos, os custos gerados para execução de suas atividades necessitam ser distribuídos às unidades consumidoras dos tais serviços, e a forma mais adequada para realizar esta operação é distribuir os custos através da adoção de critério de rateio que leve em conta a complexidade de cada operação, ou o esforço dispendido pela Sede na prestação dos serviços administrativos às unidades.*

*Inicialmente analisamos a possibilidade do critério de rateio ser o número de leitos e valor dos contratos, mas descartamos ambos, pois nem todos os clientes trabalham com leitos hospitalares, como por exemplo, unidades de pronto atendimento e fato de que o critério do valor faturado nem sempre reflete a quantidade de trabalho empregado. Por exemplo, uma clínica de quimioterapia pode ter um faturamento maior que um hospital de médio porte.*

*Conforme revisão de literatura e pela própria experiência da Planisa, o critério que mais se aproxima da acurácia na distribuição de rateio é o número de colaboradores para cada unidade administrada pela OSS. Deve-se lembrar de que é necessário considerar todos os colaboradores existentes em cada operação, independentemente de sua condição contratual (CLT, Funcionário Público, Pessoa Jurídica, Profissional Autônomo, ou outros) e de sua função. Por outro lado, esta informação é de fácil obtenção pois, mensalmente, os relatórios de cada unidade identificam estas quantidades de colaboradores, aos quais os contratantes também têm acesso. (...)”*

20

O rateio das despesas Administrativas está legalmente amparado pela Resolução SS - 116, de 10-12-2012 publicado no D.O.E. do Estado de São Paulo Nº 231 – DOE de 11/12/12 – Seção 1 – p.24, onde prevê:

*Artigo 2º - Na hipótese de concentração, pela Organização Social de Saúde, de parte dos serviços gerenciais em suporte técnico direto à Administração, vinculado ao contrato de gestão, **será admitida a cobrança por rateio, para cada contrato, condicionada à demonstração contábil-financeira da despesa operacional.***

Em conformidade com a **Lei federal n. 12.873/13**, onde prevê:

Art. 56. As entidades privadas filantrópicas e as entidades sem fins lucrativos podem repassar às suas mantenedoras recursos financeiros recebidos dos entes públicos, desde que expressamente autorizado no instrumento de transferência, observados a forma e os limites estabelecidos no instrumento de transferência e na legislação, quando houver.

## INFORMAÇÕES CADASTRAIS

<b>Razão Social:</b> Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH			
<b>CNPJ:</b> 23.453.830/0001-70			
<b>Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)</b> Atividade de Atendimento hospitalar			
<b>Endereço:</b> Rua Dr. Cristiniao Ottoni, 233 – Pedro Leopoldo			
<b>Cidade:</b> Minas Gerais			<b>UF:</b> MG
<b>CEP:</b> 33.600-000	<b>DDD/Telefone:</b> (11) 3672–5136 / (11) 2367-0081		
<b>E-mail:</b> cristiano@indsh.org.br			
<b>Banco:</b> Banco do Brasil	<b>Agência:</b> 0386-7	<b>Conta Corrente:</b> 141213-2	<b>Praça de Pagamento (*)</b> São Paulo

*(\*)*. Declaramos que esta Conta corrente será exclusiva para o recebimento do recurso

### Responsáveis

<b>Responsável pela Instituição:</b> José Carlos Rizoli		
<b>CPF:</b> 171.893.228-68	<b>RG:</b> 3.148.647-2	<b>Órgão Expedidor:</b> SSP/SP
<b>Cargo:</b> Presidente		
<b>Endereço:</b> Rua Heitor Penteado, 220		
<b>Cidade:</b> São Paulo		<b>UF:</b> SP
<b>CEP:</b> 05438-000	<b>Telefone:</b> (11) 2853-9980	

### 3 – ESTRUTURA E PERFIL DA REGIÃO

#### Contextualização Manaus – AM



#### Informações Gerais

- Uma das maiores cidades do Brasil, Manaus é considerada uma das melhores possui o maior porto fluvial em volume de cargas do país.
- O Polo Industrial de Manaus abriga mais de 400 empresas, a maioria de produtos eletrônicos.
- Segundo a Superintendência da Zona Franca de Manaus (Suframa) o faturamento em 2017 ultrapassou R\$ 81 bilhões, cerca de 9% acima do ano anterior, gerando cerca de 87 mil empregos diretos e indiretos, arrecadando cerca de 60% dos impostos totais de toda região Norte do país.
- Manaus possui o sexto maior Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil, abrigando cerca de 11 shoppings centers e é o maior destino turístico em toda região Amazônica. A cidade recebe um grande número de navios de cruzeiro.

#### Fundação

- 24 de outubro de 1669.

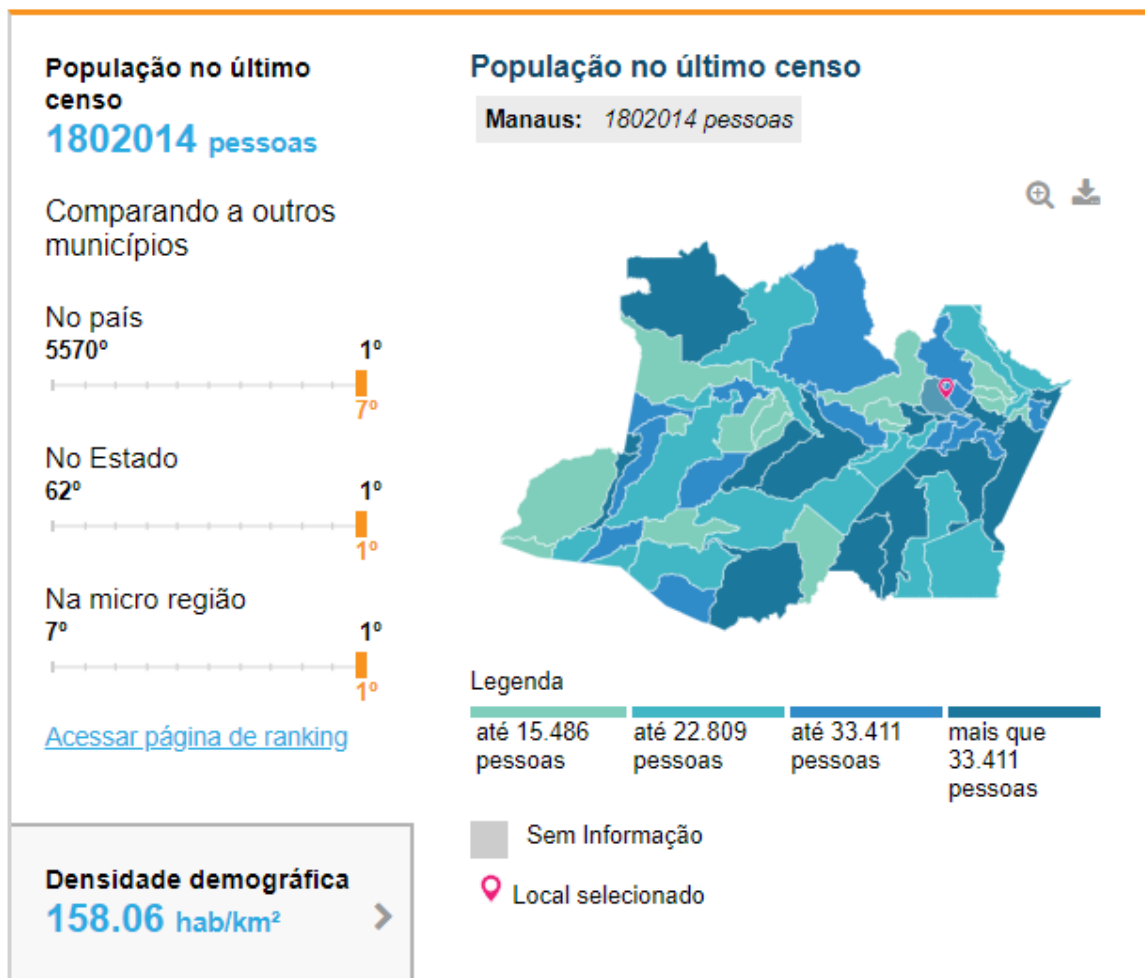
**Gentílico:** manauense ou manauara.

#### Histórico

Manaus foi fundada por portugueses, com a construção de um forte, considerado estratégico para a expansão portuguesa na região. Inicialmente chamada de Manaos, em homenagem aos indígenas da tribo dos manaós, o nome atual só foi oficializado em 1856.

A partir de 1870, Manaus viveu o surto da economia gomífera, encerrando-se em 1913, em virtude da perda do mercado mundial para a borracha asiática, fazendo com que a cidade retornasse a um novo período de isolamento até o advento da Zona Franca de Manaus, em 1970. Durante a época áurea da borracha, a cidade ficou conhecida como a 'Paris dos Trópicos', com acelerada modernização e atraindo investimentos estrangeiros e visitantes de todo o mundo.

## População



23

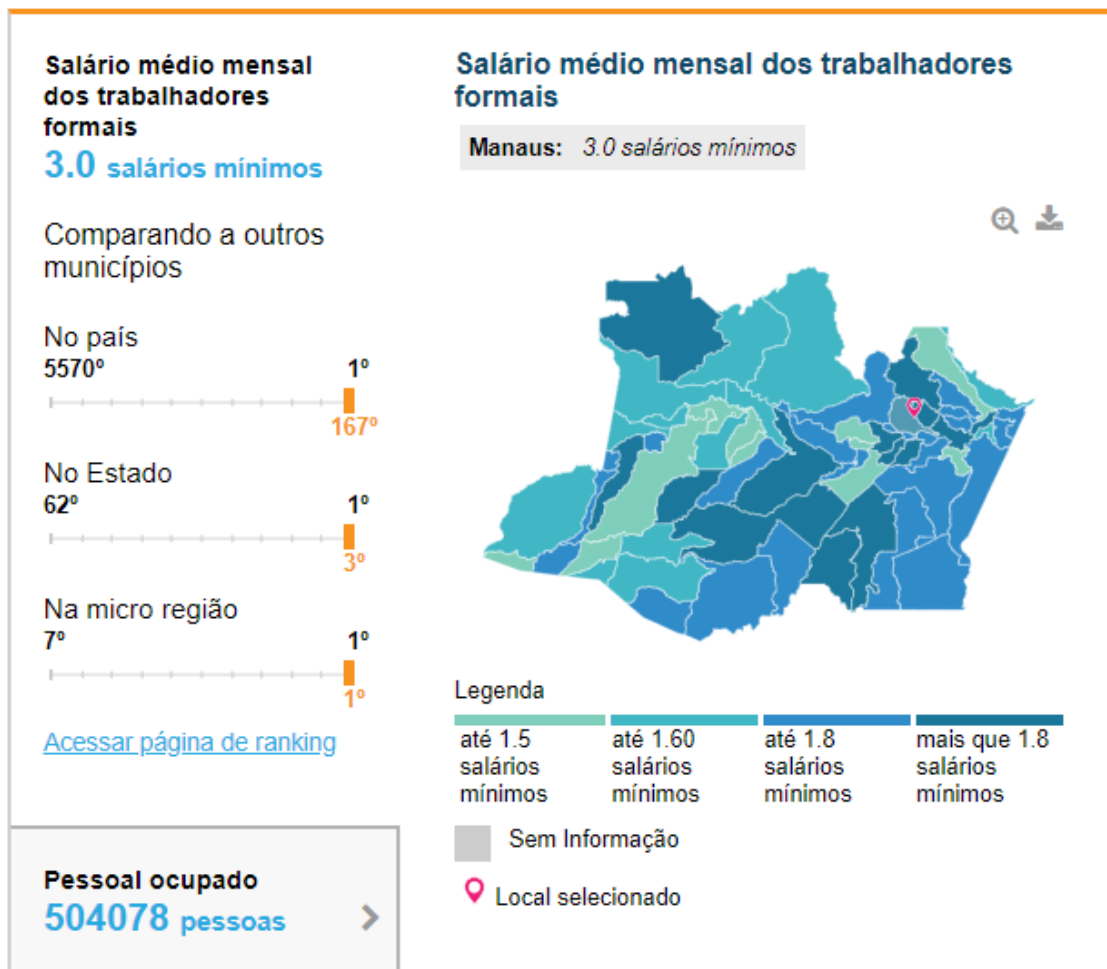
## Indicadores Gerais

Item	Quantidade
População estimada (2017)	2.130.264
Área territorial	11.401,09 km <sup>2</sup>
Densidade demográfica (2010)	158,06 hab/km <sup>2</sup>
Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM – 2010)	0,737
Religião predominante	Católica (53%)

Fonte: IBGE.

## Trabalho e Rendimento

Em 2016, o salário médio mensal era de 3.0 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 24.1%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 3 de 62 e 1 de 62, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 167 de 5570 e 853 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 37.9% da população nessas condições, o que o colocava na posição 62 de 62 dentre as cidades do estado e na posição 3021 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

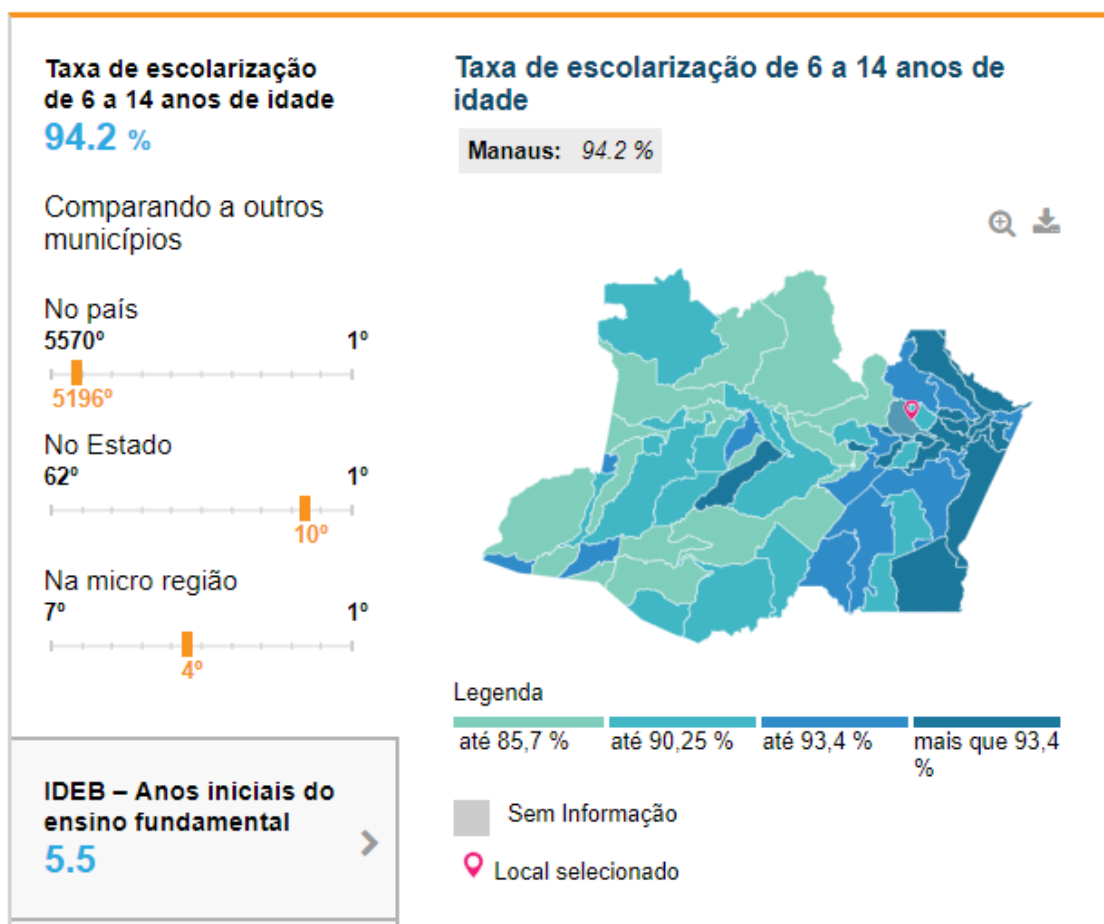


Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2016]	3,0 salários mínimos
Pessoal ocupado [2016]	504.078 pessoas
População ocupada [2016]	24,1 %
Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo [2010]	37,9 %



## Educação

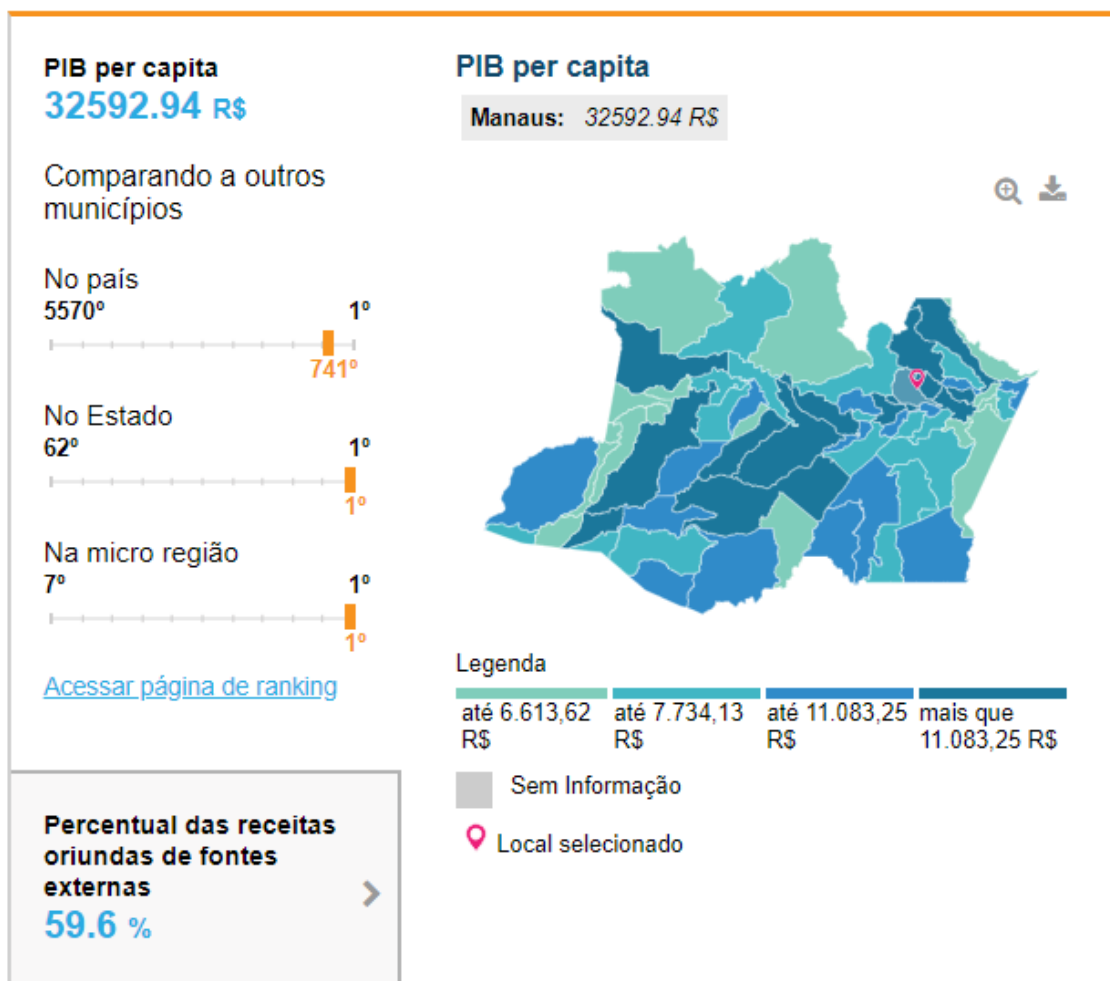
Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 5.5 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.4. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 2 de 62. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 8 de 62. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 94.2 em 2010. Isso posicionava o município na posição 10 de 62 dentre as cidades do estado e na posição 5196 de 5570 dentre as cidades do Brasil.



25

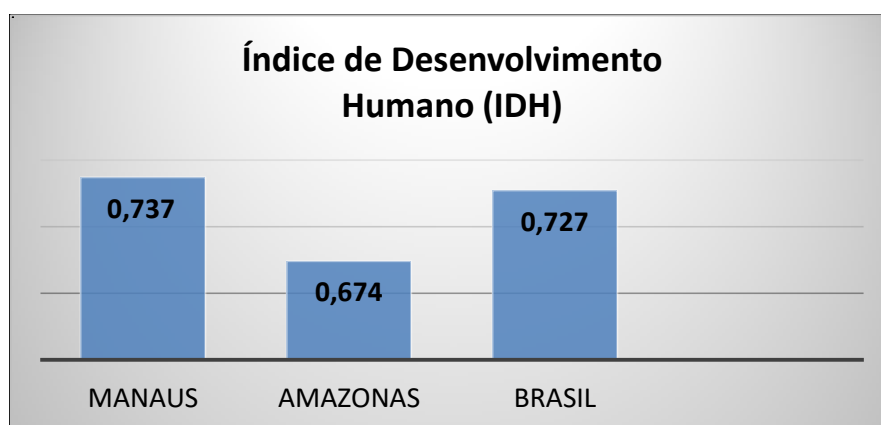
Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]	94,2 %
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental [2015]	5.5
IDEB – Anos finais do ensino fundamental [2015]	4.4
Matrículas no ensino fundamental [2015]	334.288 matrículas
Matrículas no ensino médio [2015]	101.259 matrículas
Docentes no ensino fundamental [2015]	12.413 docentes
Docentes no ensino médio [2015]	3.995 docentes
Número de estabelecimentos de ensino fundamental [2015]	734 escolas

## Economia



26

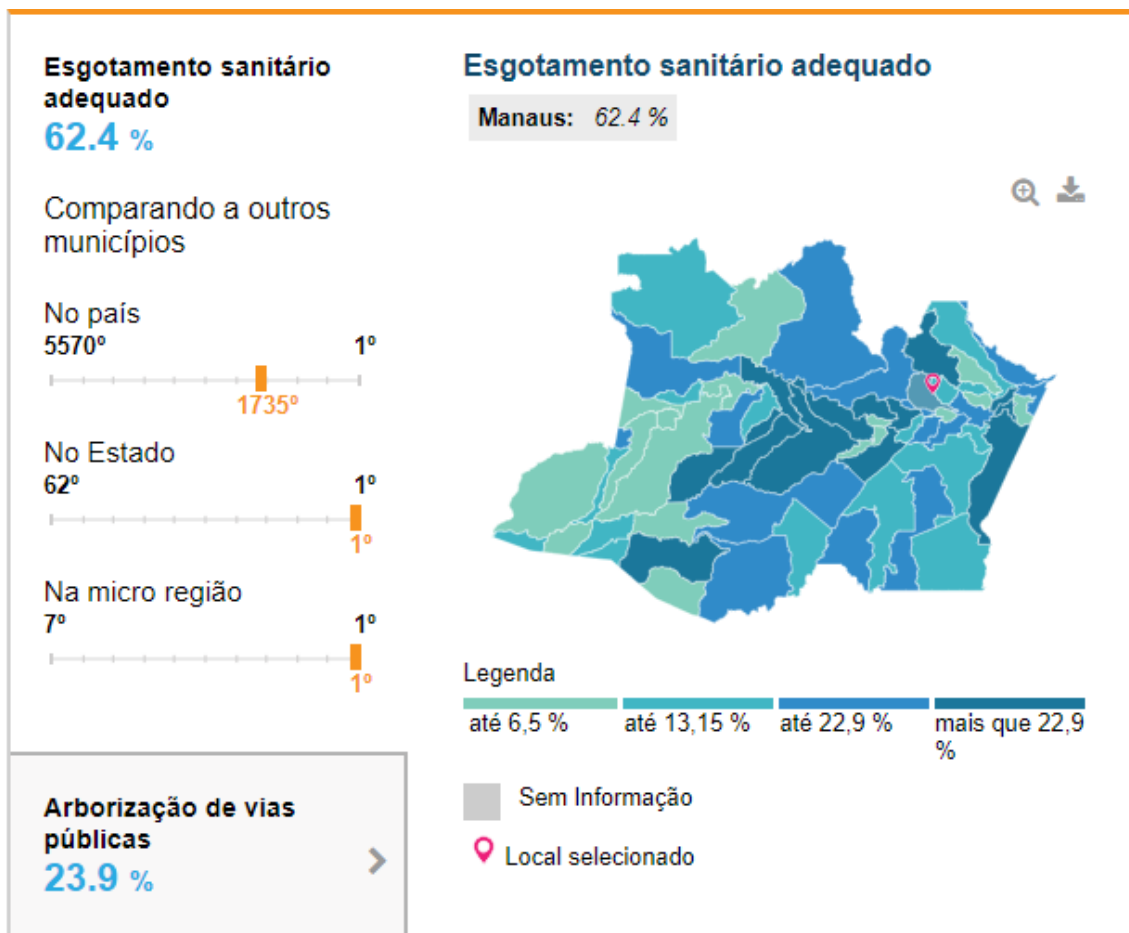
PIB per capita [2015]	R\$ 32.592,94
Percentual das receitas oriundas de fontes externas [2015]	59,6 %
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) [2010]	0.737
Total de receitas realizadas [2014]	4.262.280,00 R\$ (×1000)
Total de despesas empenhadas [2014]	3.785.748,00 R\$ (×1000)





### Território e Ambiente

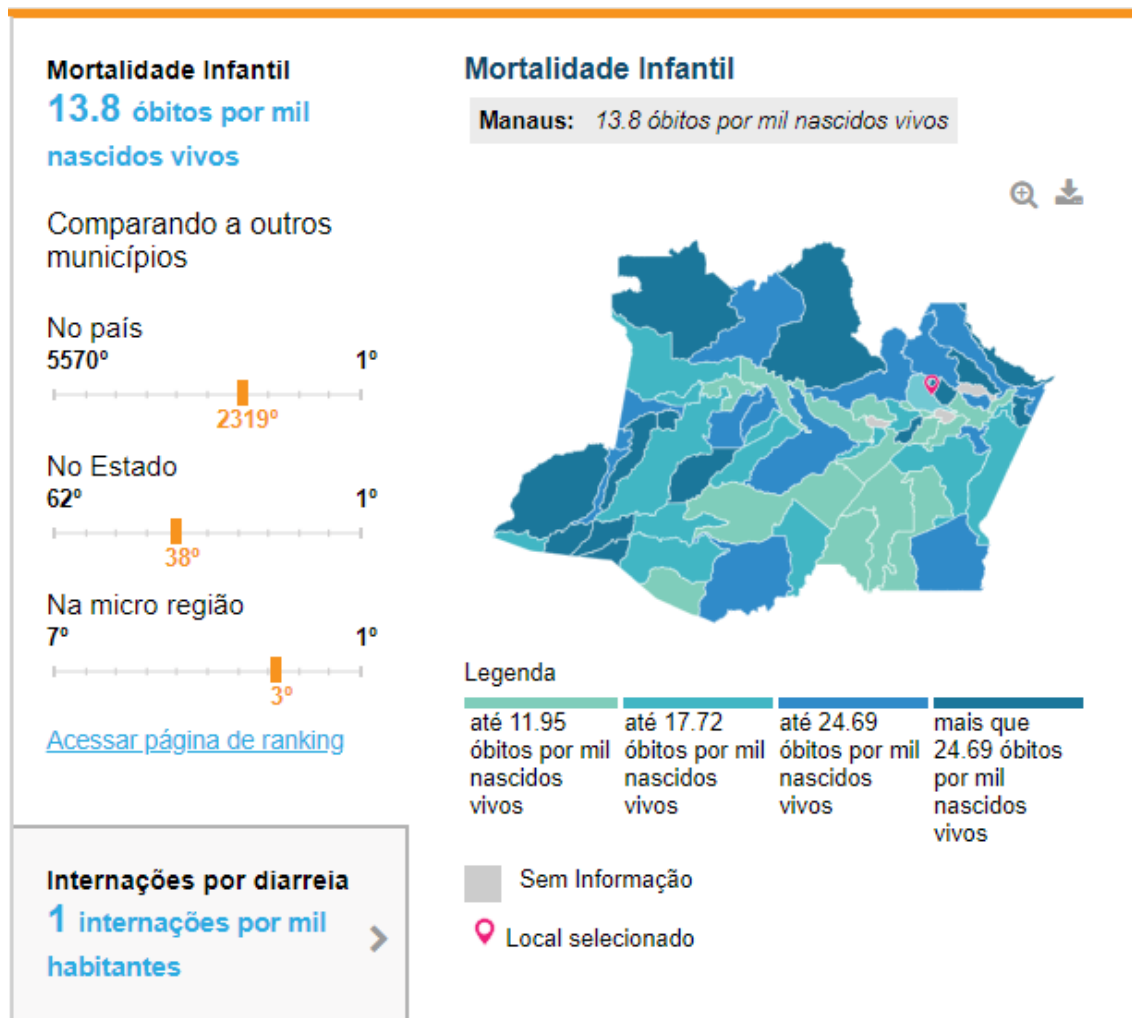
Apresenta 62.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 23.9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 26.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 1 de 62, 37 de 62 e 6 de 62, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 1735 de 5570, 5015 de 5570 e 1441 de 5570, respectivamente.



Área da unidade territorial [2017]	11.401,092 km²
Esgotamento sanitário adequado [2010]	62,4 %
Arborização de vias públicas [2010]	23,9 %
Urbanização de vias públicas [2010]	26,3 %

## Saúde

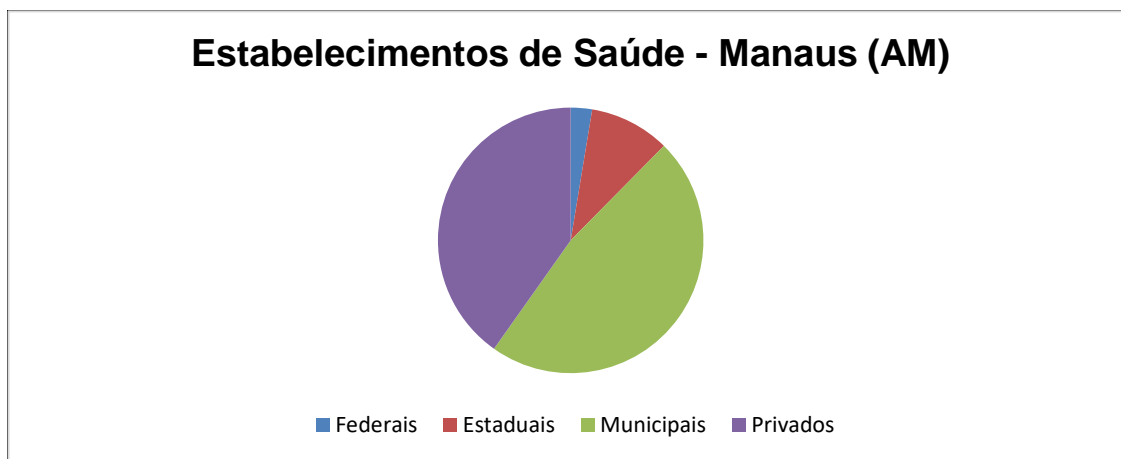
A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13.8 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 1 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 38 de 62 e 33 de 62, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2319 de 5570 e 2419 de 5570, respectivamente.



## Estabelecimentos de Saúde

Variável	Manaus	Amazonas	Brasil
Federais	13	60	950
Estaduais	49	117	1.318
Municipais	237	609	49.753
Privados	201	224	42.049

Fonte: IBGE.



Fonte: IBGE.

#### Morbidade Hospitalar

Variável	Manaus	Amazonas	Brasil
Homens	1.370	1.824	242.238
Mulheres	1.101	1.424	205.787

(Fonte: IBGE – 2014).

#### Taxa de Morbidade Infantil

	2014
Manaus	13,8
Amazonas	-
Brasil	12,89
OMS (valor aceitável)	10

(Fontes: IBGE / OMS - 2014).

## 4 – ÁREA DE ATIVIDADE

### 4.1 – OS ENTES INTERESSADOS EXPORÃO ENTRE OUTROS ASPECTOS ORGANIZATIVOS, NO MÍNIMO, O SEGUINTE:

#### 4.1.1 - HORÁRIOS E DISTRIBUIÇÃO SEMANAL DE UTILIZAÇÃO DOS LOCAIS DE CONSULTAS.

	Especialidade	Forma Contratação	Médicos na Escala				
			SEMANA				
			SEG	TER	QUA	QUI	SEX
AMBULATÓRIO	Cardiologia Geral	Pessoa Jurídica	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	
	Proctologia Geral	Pessoa Jurídica		07:00 às 19:00		07:00 às 19:00	
	Dermatologia	Pessoa Jurídica	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00
	Angiologista	Pessoa Jurídica	07:00 às 19:00		07:00 às 19:00		
	Endocrinologia Geral	Pessoa Jurídica			07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00
	Gastroenterologia Geral	Pessoa Jurídica	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00		07:00 às 19:00	
	Nefrologia Geral	Pessoa Jurídica			07:00 às 19:00		
	Neurologia Pediatra	Pessoa Jurídica		07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	
	Neurologia Geral	Pessoa Jurídica	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00		
	Oftalmologia Geral	Pessoa Jurídica	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00
	Otorrinolaringologia Geral	Pessoa Jurídica				07:00 às 19:00	07:00 às 19:00
	Pneumologia Geral	Pessoa Jurídica			07:00 às 19:00		
	Pneumologia Pediatria	Pessoa Jurídica		07:00 às 19:00		07:00 às 19:00	
	Reumatologia Geral	Pessoa Jurídica			07:00 às 19:00		
	Urologia Geral	Pessoa Jurídica	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00
Hepatologia	Pessoa Jurídica				07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	

30

Psicologia	CLT	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00
Nutrição	CLT	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00
Fonoaudiologia	CLT	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00
Fisioterapia	CLT	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00
Assistente Social	CLT	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00
Consulta Aval.Cir.Cabeça Pesçoço	Pessoa Jurídica				07:00 às 19:00	
Consulta Aval.Cir.Geral	Pessoa Jurídica	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00
Consulta Aval.Cir.Pequenas Cir.	Pessoa Jurídica	07:00 às 19:00				
Consulta Aval.Cir.Urologica	Pessoa Jurídica		07:00 às 19:00	07:00 às 19:00		
Consulta Aval.Cir.Otorrinolar	Pessoa Jurídica			07:00 às 19:00	07:00 às 19:00	
Consulta Aval.Cir.Proctologia	Pessoa Jurídica		07:00 às 19:00	07:00 às 19:00		
Consulta Urologia De Litotripsia	Pessoa Jurídica		07:00 às 19:00		07:00 às 19:00	
Consulta Aval.Cir.Vascular	Pessoa Jurídica	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00			
Consulta Transp.Rim Pancreas Fig.	Pessoa Jurídica	07:00 às 19:00	07:00 às 19:00			07:00 às 19:00

#### 4.1.2 - PRODUÇÃO ESTIMADA MENSAL DE CONSULTAS.

ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS - HPSZN	PRODUÇÃO ESTIMADA
Cardiologia Geral	606
Proctologia Geral	269
Dermatologia	808
Angiologista	269
Endocrinologia Geral	539
Gastroenterologia Geral	539
Nefrologia Geral	135
Neurologia Pediatra	539
Neurologia Geral	539
Oftalmologia Geral	902
Otorrinolaringologia Geral	202
Pneumologia Geral	135
Pneumologia Pediatria	269
Reumatologia Geral	135
Urologia Geral	808
Hepatologia	269
Psicologia	269
Nutrição	269
Fonoaudiologia	269
Fisioterapia	326
Assistente Social	269
Consulta Aval.Cir.Cabeça Pescoço	135
Consulta Aval.Cir.Geral	808
Consulta Aval.Cir.Pequenas Cir.	135
Consulta Aval.Cir.Urologica	269
Consulta Aval.Cir.Otorrinolar	269
Consulta Aval.Cir.Proctologia	269
Consulta Urologia De Litotripsia	269
Consulta Aval.Cir.Vascular	269
Consulta Transp.Rim Pancreas Fig.	408
Geriatra – Incremento Especialidade	200
Fisiatra – Incremento Especialidade	200
<b>TOTAL ATENDIMENTOS</b>	<b>11.596</b>

32

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	PRODUÇÃO ESTIMADA
Atendimento médico HPSZN	10.000
Atendimento médico UPA Campos Sales	20.000
Atendimento Odontologico UPA Campos Sales	510
<b>TOTAL</b>	<b>30.510</b>

### 4.1.3 - HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO, DISTINGUINDO ENTRE ATIVIDADE PROGRAMADA E URGENTE, DE TODOS OS SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS.

O **Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT Interno** é realizado com a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico para a totalidade dos pacientes atendidos em regime de urgência e emergência, internação do próprio **COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE**.

Serão disponibilizados no SADT Interno os mesmos exames disponibilizados para o SADT Externo.

Serão disponibilizados os seguintes exames de acordo com as necessidades da população usuária, no limite da capacidade operacional do hospital.

<b>Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS</b>	<b>AMBULATORIAL</b>	<b>INTERNADOS E EMERGÊNCIA</b>
<b>Diagnostico em laboratorio Clínico</b>	<b>07 h ás 17 h</b>	<b>24 horas</b>
<b>Diagnostico por endoscopia</b>	<b>07 h ás 17 h</b>	
Colangiopancreatografia retrograda (via endoscopia)	07 h ás 17 h	Sobreaviso
Colonoscopia	07 h ás 17 h	Sobreaviso
Esofagogastroduodenoscopia	07 h ás 17 h	Sobreaviso
Retossigmoidoscopia	07 h ás 17 h	Sobreaviso
Videolaringoscopia	07 h ás 17 h	Sobreaviso
Cistoscopia e/ou ureteroscopia e/ou uretroscopia	07 h ás 17 h	Sobreaviso
Broncospia (broncofibroscopia)	07 h ás 17 h	Sobreaviso
<b>Diagnostico por radiologia</b>	<b>07 h ás 17 h</b>	
Exames radiologicos	07 h ás 17 h	24 horas
Mamografia	07 h ás 17 h	Sobreaviso
<b>Diagnostico por ressonancia magnetica</b>	<b>07 h ás 17 h</b>	<b>24 horas</b>
<b>Diagnostico por tomografia</b>	<b>07 h ás 17 h</b>	<b>24 horas</b>
<b>Diagnostico por ultrassonografia</b>	<b>07 h ás 17 h</b>	
Ecocardiografia Transtoraxica	07 h ás 17 h	Sobreaviso
Ultrassonografia doppler colorido	07 h ás 17 h	Sobreaviso
Ultrassonografia	07 h ás 17 h	Sobreaviso
<b>Metodos diagnosticos em especialidades</b>	<b>07 h ás 17 h</b>	
<b>Diagnostico em Cardiologia</b>	<b>07 h ás 17 h</b>	
Eletrocardiograma	07 h ás 17 h	24 horas

Monitoramento pelo sistema holter 24hs 3 canais	07 h às 17 h	Agendado
Monitorização ambulatorial de pressão arterial	07 h às 17 h	Agendado
Teste esforço / teste ergométrico	07 h às 17 h	Agendado
<b>Diagnostico em oftalmologia</b>	<b>07 h às 17 h</b>	<b>Sobreaviso</b>
<b>Diagnostico em otorrinolaringologia/fonoaudiologia</b>	<b>07 h às 17 h</b>	<b>Sobreaviso</b>
<b>Diagnostico em pneumologia</b>	<b>07 h às 17 h</b>	
Prova função pulmonar completa com broncodilatador	07 h às 17 h	Agendado
Prova função pulmonar simples	07 h às 17 h	Agendado
<b>Diagnostico em neurologia</b>	<b>07 h às 17 h</b>	
Eletroneuromiograma ENMG	07 h às 17 h	Agendado
Eletromiograma emg	07 h às 17 h	Agendado
Eletroencefalograma	07 h às 17 h	24 horas
<b>Terapias especializadas</b>	<b>07 h às 17 h</b>	
Litotripsia extracorporea	07 h às 17 h	Sobreaviso
Fisioterapia	07 h às 17 h	Sobreaviso
<b>Diagnostico por anatomia patologica e citopatologia</b>	<b>07 h às 17 h</b>	
Exame anatomo-patologico p/congelamento/parafina por peça ou biopsia	07 h às 17 h	24 horas



#### 4.1.4 - HORÁRIOS E FREQUÊNCIA SEMANAL DE USO DAS SALAS DE CIRURGIA POR ESPECIALIDADES;

MAPA CIRÚRGICO							
CENTRO CIRÚRGICO	2ª.	3ª.	4ª.	5ª.	6ª.	SÁBADO	DOMINGO
Sala 1	TRANSPLANTE	TRANSPLANTE	TRANSPLANTE	TRANSPLANTE	TRANSPLANTE	URGÊNCIA	URGÊNCIA
Sala 2	CIRURGIA VASCULAR	CIRURGIA VASCULAR	CIRURGIA VASCULAR	CIRURGIA VASCULAR	CIRURGIA VASCULAR		
Sala 3	CIRURGIA GERAL	CIRURGIA GERAL	CIRURGIA GERAL	CIRURGIA GERAL	CIRURGIA GERAL		
Sala 4	CIRURGIA GERAL	CIRURGIA GERAL	CIRURGIA GERAL	CIRURGIA GERAL	CIRURGIA GERAL		
Sala 5	CIRURGIA GINECOLÓGICA	CIRURGIA GINECOLÓGICA	CIRURGIA GINECOLÓGICA	CIRURGIA GINECOLÓGICA	CIRURGIA GINECOLÓGICA		
Sala 6	CIRURGIA OTORRINO	CIRURGIA OTORRINO	CIRURGIA OTORRINO	CIRURGIA OTORRINO	CIRURGIA OTORRINO		
Sala 7	CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO		
Sala 8	CIRURGIA UROLÓGICA	CIRURGIA UROLÓGICA	CIRURGIA UROLÓGICA	CIRURGIA UROLÓGICA	CIRURGIA UROLÓGICA		
Sala 9	CIRURGIA PROCTOLOGIA	CIRURGIA PROCTOLOGIA	CIRURGIA PROCTOLOGIA	CIRURGIA PROCTOLOGIA	CIRURGIA PROCTOLOGIA		
Sala 10	CIRURGIA PLÁSTICA	CIRURGIA PLÁSTICA	CIRURGIA PLÁSTICA	CIRURGIA PLÁSTICA	CIRURGIA PLÁSTICA		
Sala 11	URGÊNCIA	URGÊNCIA	URGÊNCIA	URGÊNCIA	URGÊNCIA		
<b>Observações:</b>							
1) As numerações das salas, bem como as especialidades constantes são somente informativas, não condizendo especificamente com as salas presenciais da Unidade, pois deverão ser feita conforme o dimensionamento, tamanho, complexidade e volume de cada cirurgia a ser realizada.							

35

ASPECTOS ORGANIZACIONAIS										
CENTRO CIRÚRGICO	2ª.	3ª.	4ª.	5ª.	6ª.	SÁBADO	DOMINGO	Média MENSAL		
TRANSPLANTE						URGÊNCIAS	URGÊNCIAS	9		
CIRURGIA VASCULAR								15		
CIRURGIA GERAL								110		
CIRURGIA GINECOLÓGICA								48		
CIRURGIA OTORRINO								5		
CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO								5		
CIRURGIA UROLÓGICA								25		
CIRURGIA PROCTOLOGIA								5		
CIRURGIA PLÁSTICA								12		
HOSPITAL DIA	2ª.	3ª.	4ª.	5ª.	6ª.					Média MENSAL
CIRURGIA UROLÓGICA										25
CIRURGIA GINECOLÓGICA								25		
CIRURGIA OTORRINO								24		
CIRURGIA VASCULAR								2		
OUTRAS ESPECIALIDADES								25		
TOTAL MENSAL								335		

## 4.2 - IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

### 4.2.1 - FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO DOS USUÁRIOS EM ATENDIMENTO, EM ESPERA E EM ÁREAS RESTRITAS COMO SALAS DE OBSERVAÇÃO, DE ATENDIMENTO, DE SUTURAS E CURATIVOS.

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

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

Caracterizando os tipos de pessoas e materiais que acessam (entram e saem) na UNIDADE podemos elencar:

- Paciente externo ambulante ou transportado, acompanhante e doador;
- Paciente a ser internado, observação, ambulante ou transportado e acompanhante;
- Cadáver, acompanhante e visitas relacionadas a esse;
- Funcionário e aluno, vendedor, fornecedor e prestador de serviço, outros; e
- Suprimentos e resíduos.

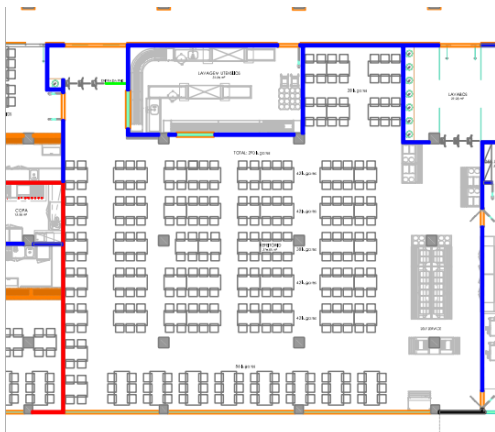
36

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

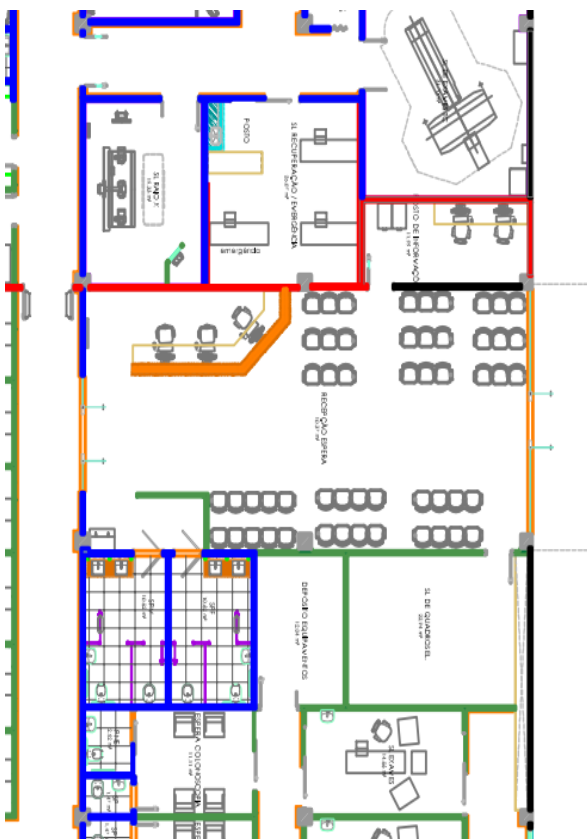
#### ÁREA INTERNA:

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

## No caso do HPSZN :



**AMBULATÓRIO:** usuários egressos da instituição hospitalar e aos usuários encaminhados pela CRE para as especialidades previamente definidas após pactuação com o HPSZN no limite da capacidade operacional do ambulatório com atendimento mínimo de 10.976 (dez mil, novecentos e setenta e seis) consultas médicas por mês



### SADT:

#### Diagnóstico por Imagem:

Ressonância Nuclear Magnética (RNM);  
Tomografia Computadorizada (TC);  
Ultrassonografia  
Ecocardiograma;  
Raios-X;  
Mamografia

#### Diagnóstico por Endoscopia

Endoscopia digestiva;  
Colonoscopia;  
Retossigmoidoscopia;  
Broncoscopia;  
Videolaringoscopia;

#### Métodos Gráficos:

Eletrocardiograma;  
Holter 24h;  
Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (MAPA);  
Teste Ergométrico;  
Eletroencefalografia;

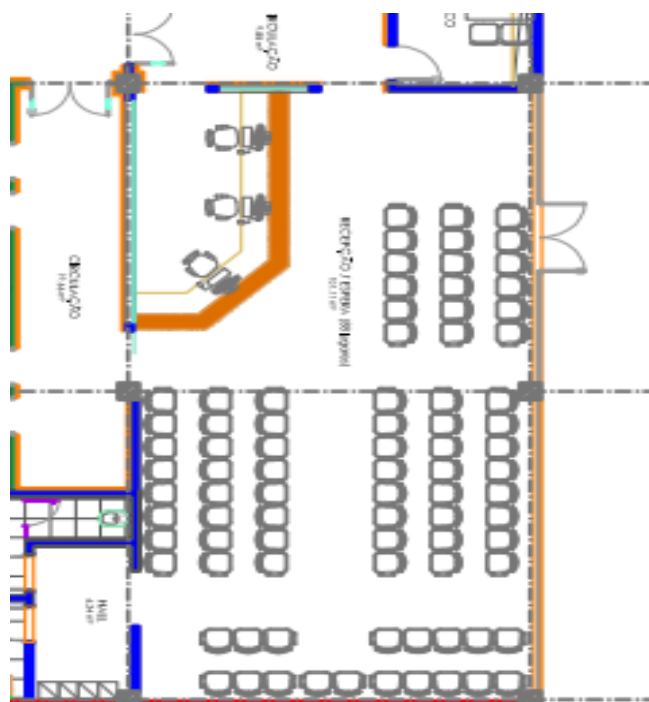
#### Laboratório de Análises Clínicas;

#### Reabilitação;

#### Agência Transfusional



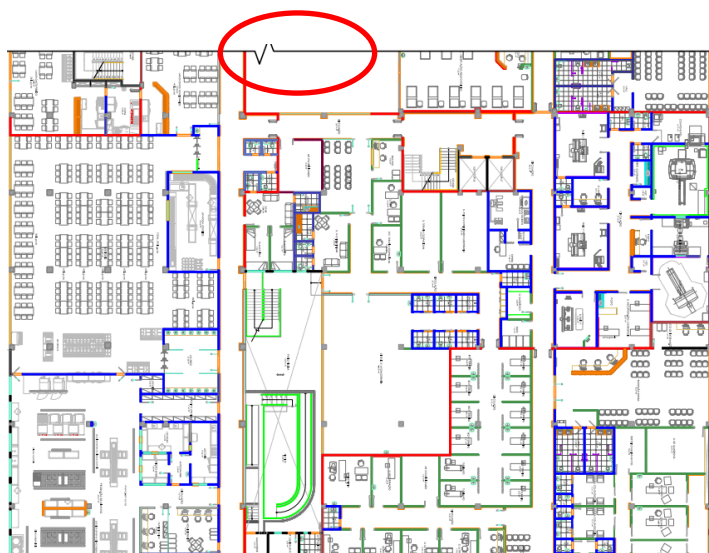
**RECEPÇÃO HPSZN: PS INFANTIL**



**RECEPÇÃO HPSZN: PS ADULTO**



## RECEPÇÃO DE INTERNAÇÃO



**REABILITAÇÃO:** Conforme visita técnica na Unidade, os pacientes em reabilitação, deverão adentrar pela entrada ambulatorial do HPSZN, ocorrendo fluxo cruzado de pacientes que muitas vezes não deambulam, ou que apresentam debilidade motoras, em desconformidade das normas de acessibilidade vigente e humanização. O INDSH propõe realizar um projeto ao parceiro SUSAM/ABENGOA para realizar uma abertura

39

conforme circulado na figura acima, uma vez que a parede é de vidro, e dá acesso justamente a uma área de estacionamento, onde os pacientes com dificuldades motoras, PcDs, ou cadeirantes poderiam ter melhor comodidade e acesso a Unidade de Reabilitação.

No caso da UPA há somente a entrada de urgência e emergência das ambulâncias e a entrada principal dos pacientes.

**PACIENTE INTERNO:** São constituídos pelos fluxos de pacientes em regime de internação ou observação, dentro da própria unidade, ou quando acompanhados por funcionários e/ou acompanhantes, acessam os diferentes setores funcionais para diagnóstico ou terapia, sempre portando de identificação (etiqueta e/ou crachá) cedida pela unidade.

**ACOMPANHANTES:** São constituídos pelos fluxos de familiares e/ou responsáveis dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência na Unidade, inclusive na fase de internação ou observação, quando se tratar de crianças e idosos. A circulação destes pela unidade deve ser restrita e com a identificação nas áreas funcionais.

**VISITANTES:** São constituídos de indivíduos que demandam a unidade para visitar os pacientes internados e/ou em observação, ou em função de algumas atividades administrativas, tais como compras, serviços terceirizados, entre outros e visitas de cunho religioso, focada em humanização. O acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da unidade.

*OBS – O visitante de cunho religioso passa por uma integração envolvendo as áreas pertinentes, com o objetivo de orientar sobre controle de infecção e normas gerais.*

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

### **ÁREAS RESTRITAS:**

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

### **ÁREAS EXTERNAS:**

Tipos de serviços ao usuário que requer estacionamento na Unidade:

- Paciente externo transportado (paciente de emergência), que chega ou parte de automóvel ou ambulância ou helicóptero;
- Paciente a ser internado (paciente interno), ou em observação;
- Funcionários (médicos, enfermeiros), se possível vaga de uso exclusivo;
- Entrega de insumos: combustível, mantimentos, medicamentos, etc.;
- Remoção de cadáveres;
- Remoção de resíduos.

40

*OBS – Quando existir essa estrutura na unidade administrada.*

### **LINHAS DE TRÁFEGO**

Segundo o arquiteto Jarbas B. KARMAN (1974, p. 11), “a eficiência do hospital está intimamente condicionada ao seu sistema de comunicações, de interligação e, particularmente, de circulação”. As relações entre as diferentes unidades e serviços do hospital e suas interligações, através das circulações e fluxos provenientes de cada uma delas, irão condicionar o funcionamento do edifício.

Um edifício que não funciona corretamente pode, por exemplo, trazer problemas de orientação aos visitantes, desgaste físico aos funcionários através do aumento das distâncias a serem percorridas e do tempo gasto na realização das tarefas, bem como aumento nos custos com sinalização, barreiras divisoras dos fluxos, controle de infecção hospitalar, segurança e vigilância, proteção contra incêndios - mecanismos de prevenção e saídas -, entre outros.

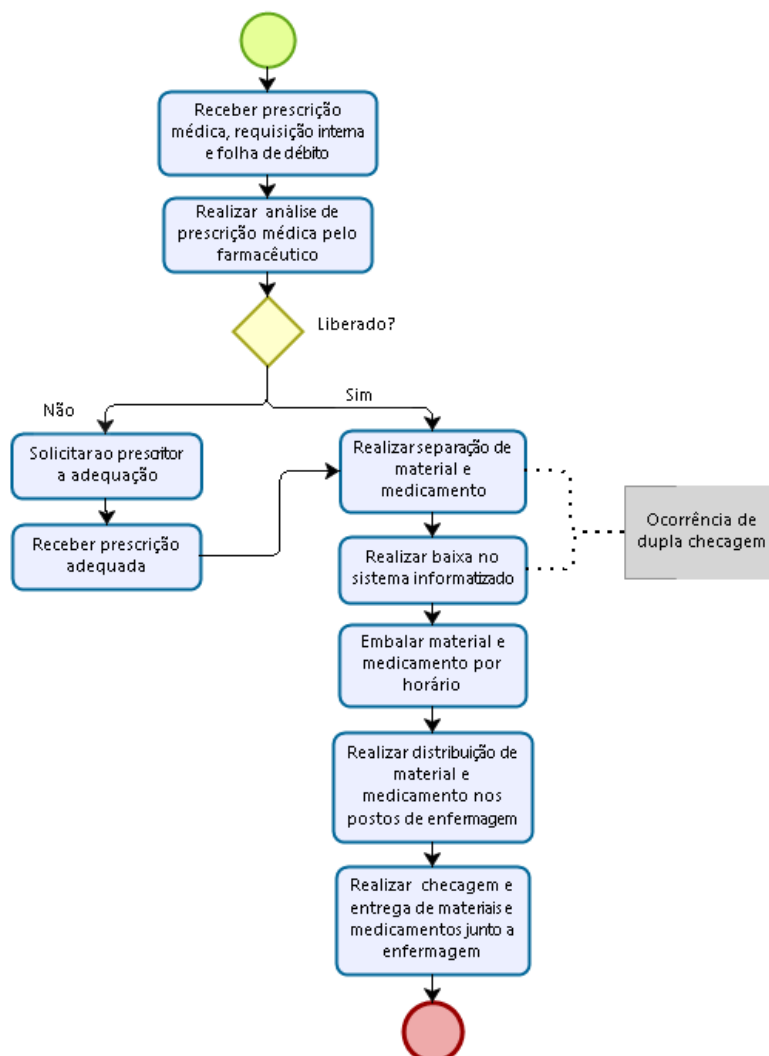


Ao analisarmos o elemento circulação dentro do edifício hospitalar, podemos avalia-lo tanto sob o ponto de vista do visitante e paciente externo – usuários externos -, quanto sob o ponto de vista do funcionário e paciente interno – usuários internos. Tendo em vista a complexidade dos sistemas de circulação dos nossos edifícios hospitalares, sob o ponto de vista dos usuários externos, preocupa-nos primordialmente a questão da orientação. Já no que diz respeito aos usuários internos, principalmente o funcionário ou profissional da saúde, é de fundamental importância a avaliação dos excessivos deslocamentos realizados durante as jornadas de trabalho, principalmente porque estes implicam em sobrecargas físicas e psicológicas a estes profissionais.

Para os pacientes externos e visitantes, a questão primordial é a orientação. O modo através do quais as pessoas chegam ao seu destino final ou se orientam no espaço torna-se difícil em hospitais que se parecem com labirintos. Isto é particularmente mais difícil para pessoas com dificuldade em reconhecer padrões e sinais, devido à doença ou estado emocional alterado, como é o caso de pacientes e visitantes. Estes aspectos, somados à falta de familiarização com o edifício, resultam em uma inquietação do usuário no que diz respeito a sua segurança.

Para resolver isso o INDSH investe em HUMANIZAÇÃO das áreas de estar e circulação que podem contribuir para o bem-estar dos pacientes e visitantes, reduzindo a angústia e a insegurança causada pela falta de familiarização com o edifício e estado emocional alterado. O contato, mesmo que apenas visual, com o exterior - através de aberturas e jardins ligados às circulações -, também auxilia na orientação dos usuários e é um importante meio de diminuir o stress emocional destes, assim como o uso de cores, a instalação de bancos, bebedouros e outros equipamentos, a utilização de uma iluminação agradável, a presença de locais de estar etc. Para seus funcionários buscando maximizar o bem-estar psicológico destes, investe no conforto e bem estar ambiental da Unidade Hospitalar, em ressonância ao lema do INDSH que é “Respeito à Vida”.

## 4.2.2 - FLUXO OPERACIONAL PARA MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR E MEDICAMENTOS.



42

É o processo de gerenciar estrategicamente e racionalmente a aquisição, movimentação e armazenagem de materiais médico-hospitalares, medicamentos e outros materiais necessários ao perfeito funcionamento da UNIDADE, de modo a poder preservar a vida e/ou restaurar a saúde dos pacientes com qualidade, custo baixo e retorno satisfatório para a instituição.

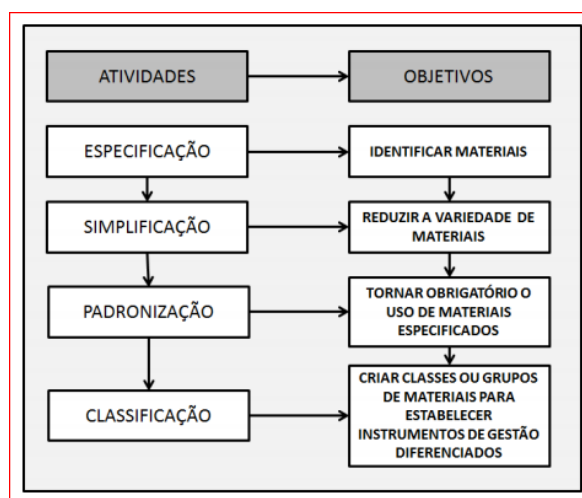
Consiste na distribuição de forma racionalizada, o que significa planejar, organizar, coordenar e executar todo o processo, com o objetivo de reduzir os custos, garantir a rapidez na entrega dos materiais médicos e medicamentos, para preservar a vida e aumentar a qualidade.

A cadeia de suprimentos em unidades de saúde é um sistema complexo e com grandes desafios, fazendo com que o gestor deste processo tenha que lidar com

muitas variáveis e limitações, tais como: multiplicidades de embalagens, especificações e apresentações; acondicionamento específico segundo normas do segmento e controles rígidos de temperatura e umidade.

Para a aquisição de materiais médicos, deve ser implantado o sistema de simplificação, que visa reduzir a variedade desnecessária de materiais que atendam às mesmas finalidades, buscando também eliminar os materiais selecionados anteriormente, devido ao lançamento de substituto de melhor desempenho. Quanto maior a variedade de produtos com a mesma finalidade, maior será o estoque médio da UNIDADE, acarretando em maior dispêndio de recursos aplicados na aquisição e gestão de materiais.

A classificação de materiais tem como objetivo definir critérios para agrupamento e posterior codificação de insumos, sendo que esta classificação deve ser simples e ampla, com critérios consistentes e sustentáveis que permitam a padronização, facilitem o armazenamento e a implantação de sistemas informatizados. Trata-se da forma de definir grupos de materiais segundo algum critério, com o objetivo de facilitar as atividades operacionais e administrativas, visando o tratamento diferenciado para cada tipo de materiais, como o valor de utilização, criticidade de uso, dificuldade de armazenamento e dificuldade de aquisição.



A UNIDADE que abriga a farmácia objetiva garantir que os remédios prescritos pelos médicos sejam usados e administrados ao paciente de forma correta, segura e racional, atendendo assim todas as necessidades e demandas dos pacientes.

Para que estes medicamentos sejam administrados de forma correta, a farmácia deverá manter o estoque destes medicamentos que são caracterizados por ciclos de demanda e de ressuprimentos.

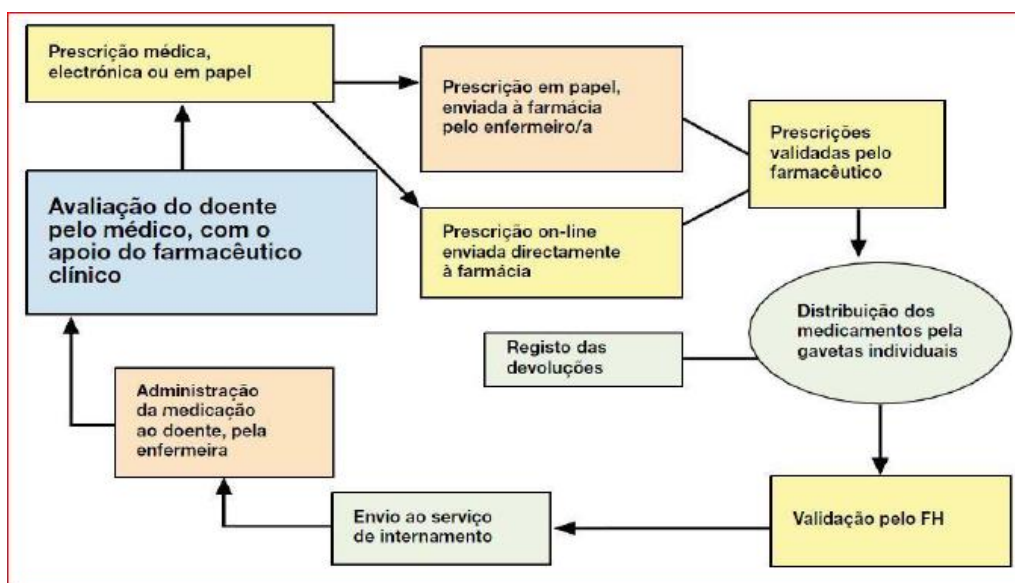
A portaria n.º4.283, de 30 de dezembro de 2010, define farmácia hospitalar como sendo uma unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por

farmacêutico, compondo a estrutura organizacional da UNIDADE e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente. A Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar - SBRAFH (2007) externa que a Farmácia Hospitalar deve ter como foco o paciente bem como o atendimento de suas necessidades. A compreensão que tanto os medicamentos quanto os produtos envolvidos na terapia medicamentosa do paciente são instrumentos no auxílio do tratamento do paciente.

A principal função da Farmácia Hospitalar é garantir a qualidade de assistência prestada ao paciente e com a ajuda dos farmacêuticos garante o uso seguro e racional dos medicamentos, adequando sua aplicação à saúde individual e coletiva.

Segundo o Guia Básico para a Farmácia Hospitalar do Ministério da Saúde (1994), a estrutura organizacional de uma Farmácia Hospitalar, se diferencia de acordo com cada atendimento assistencial, número de leitos, atividades gerenciadas pelas atividades farmacêuticas e dos recursos de cada UNIDADE.

De acordo com o Manual de Farmácia Hospitalar (2005) os fluxos de medicamentos funcionam conforme o circuito mostrado na Figura 1.



44

### Descrição da Rotina:

- Receber a Solicitação de Compras via sistema informatizado verificando se todas as especificações do(s) item(s) solicitado estão devidamente informadas e justificadas pelo solicitante;
- Entrar em contato com fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando da necessidade da UNIDADE, solicitando o envio de uma proposta para fornecimento;
- Receber as propostas dos fornecedores, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, inserindo as informações no Mapa de Cotação;

- Analisar as informações enviadas pelos fornecedores, escolhendo a melhor proposta, levando em conta preço, prazo de entrega, prazo de pagamento e frete. Enviar para Gerente Administrativo Financeiro;
- Comprador repassa ao Gerente Financeiro e Administrativo para que o mesmo autorize ou não as compras. É necessário anexar ao processo de compras, com no mínimo 03 fornecedores, o Mapa de Cotação e os orçamentos enviados pelos fornecedores;

**Obs.:** Sempre observando os valores aprovados em Orçamento.

- Entrar em contato com Fornecedor informando os itens a serem adquiridos, dentro das condições acertadas nas cotações e orçamentos, identificando o número da Ordem de Compra a que se refere a aquisição, enviando uma cópia da OC para o Fornecedor;
- Arquivar todo o processo de aquisição, junto a uma cópia da OC no Setor Contábil/Financeiro e Compras;
- Entregar no Setor de Recebimento a Ordem de Compra;
- Receber as Ordens de Compra, todas as manhãs, encaminhado pelo setor de Recebimento, as quais estiverem com o prazo de entrega vencido, bem como entrar em contato com os Fornecedores para regularizar a situação.

### **Descarte de Materiais Médicos e Medicamentos**

Os hospitais, clínicas e centros médicos e odontológicos, bem como centros de distribuição e almoxarifados de fabricantes e distribuidores de medicamentos e produtos para a saúde devem desenvolver e implantar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), atendendo aos requisitos da RDC/ANVISA nº 306 de 07/12/2004.

A ANVISA estabelece que “os produtos farmacêuticos a serem descartados, seja pelo prazo de validade expirado, pela perda de qualidade na conservação do produto ou outro qualquer motivo que conclua pela sua não utilização, devem adotar nas fases de acondicionamento, identificação, armazenamento temporário e destinação final, as exigências para os resíduos do Grupo B-resíduos com substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade”.

### 4.2.3 - FLUXOS PARA REGISTROS DE DOCUMENTOS

Os registros dos pacientes são feitos dentro dos módulos do Software Operacional e são utilizados pelos estabelecimentos de saúde para registrar todos os processos de entrada do paciente, internação, atendimento ambulatorial e alta de pacientes, visando garantir sua identificação permanente de todo seu histórico na Unidade, com um único prontuário.

Para isso são realizados os seguintes fluxos:

#### **A - Fluxos Auxiliares (Recepção Entrada)**

##### **A1. Pesquisa e cadastramento de pacientes**

Objetivo: Localizar ou cadastrar um determinado paciente através de seu documento de identificação com foto e seu Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou de seu nome, e, caso o paciente não se encontre cadastrado na base de dados, cadastrar esse paciente.

Descrição: Este fluxo se inicia quando o paciente precisa ser atendido na Unidade onde é necessária a localização ou o cadastro para preenchimento de sua ficha e registro junto a Unidade.

##### **A2. Solicitações de internações**

Objetivo: Realização de gestão de leito e disponibilidade de vaga.

Descrição: Realização de censo diário, permitindo a verificação de leitos disponíveis conforme perfil da Unidade.

##### **A3. Transferência de leito (interna)**

Objetivo: Alterar a informação de alocação de leito de um paciente, ou seja, tirar o paciente de um leito e interná-lo em outro.

Descrição: Este fluxo se inicia sempre que é necessário transferir um paciente de um leito para outro, conforme sua necessidade de assistência, tendo como base o plano terapêutico desenhado e acompanhado para o paciente. O procedimento padrão nestes casos é transferir o paciente para clínica, conforme sua necessidade.

##### **A4. Definição da Assistência Prestada**

Objetivo: Desospitalização segura e com qualidade.

Descrição: Na admissão do paciente, o médico constrói o seu plano terapêutico com definição de dias previstos para sua internação e quais profissionais (equipe multidisciplinar) que acompanharão e definirão o projeto terapêutico individualizado, tendo encontros chamados “visita multidisciplinar”, cujo foco é a confirmação da alta na previsão do médico e possíveis atuações de forma preventiva para existir a alta assistida.

##### **A5. Gestão da Informação/Registro**

Objetivo: Segurança das informações.

Descrição: Padronização das atividades relacionadas à segurança das informações em meio físico e digital, contemplando coleta, processamento, armazenamento e distribuição destas informações, estabelecendo assim, meios de comunicação interna e externa.



## **B - Fluxos Principais (Atendimento e Internação)**

### **B1. Atendimento de urgência e emergência**

Objetivo: Registrar o atendimento de pacientes no próprio hospital, focado no atendimento imediato à pacientes externos, sem risco de perda da vida (urgência) ou com risco de perda da vida (emergência).

Descrição: Este fluxo se inicia sempre que existe a procura ou referência de um paciente que necessita de atendimento emergencial, onde terá uma equipe assistencial para promover sua assistência imediata e acompanhamento durante 24 horas, e, quando necessário, promover o internamento.

### **B2. Internações de emergência no próprio hospital**

Objetivo: Dar continuidade na assistência realizada na emergência do hospital conforme a necessidade do quadro/diagnóstico do paciente.

Descrição: Registrar a internação e AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e o médico constrói o seu plano terapêutico com definição de dias previstos para sua internação e quais profissionais (equipe multidisciplinar) que acompanharão e definirão o projeto terapêutico individualizado, tendo encontros chamados “visita multidisciplinar”, cujo foco é a confirmação da alta na previsão do médico e possíveis atuações de forma preventiva para existir a alta assistida.

### **B3. Internações de Referência Externa (Central de Regulação)**

Objetivo: Confirmar com a Referência a agenda dos possíveis usuários a serem internados. Quando o usuário chega na unidade verificar a AIH de encaminhamento, documento com foto e Cartão Nacional de Saúde (CNS) para realização do registro e, em seguida, efetuar a internação para promoção da assistência.

Descrição: Registrar a internação e AIH (Autorização de Internação Hospitalar) própria e o médico construirá o seu plano terapêutico com definição de dias previstos para sua internação e quais profissionais (equipe multidisciplinar) que acompanharão e definirão o projeto terapêutico individualizado, tendo encontros chamados “visita multidisciplinar”, cujo foco é a confirmação da alta na previsão do médico e possíveis atuações de forma preventiva para existir a alta assistida.

### **B4. Internações de Referência e Contra Referência (Transferências)**

Objetivo: Articular relações necessárias para a continuidade do cuidado.

Descrição: Confirmar a Unidade a ser referência, conforme disponibilidade da rede, realizar o contato, informando a necessidade do paciente e verificando a disponibilidade de transferência. Logo em seguida, providenciar a documentação e transporte para a realização. Realizar a confirmação da chegada do paciente/internação de paciente para o local que foi transferido, fazendo o registro para evidenciar a continuidade da assistência.

### **B5 - Alta do paciente**

Objetivo: Entregar o paciente à sociedade para continuar as suas atividades no meio profissional, social e familiar, com o devido restabelecimento da sua saúde.

Descrição: No momento da admissão já é desenhada a alta do paciente, quando se define a programação e previsão de dias de internação e os profissionais que irão acompanhar o mesmo, possibilitando assim a existência da alta assistida por todos os profissionais que atuaram no seu tratamento.

### **C - Fluxos Administrativos (Serviço de Prontuários do Paciente - SPP)**

Objetivo: Fazer a composição de todos os registros que envolve a internação ou atendimento ambulatorial do paciente na Unidade.

Descrição: Fazer a conferência de toda documentação definida como padrão pela Comissão de Revisão de Prontuário e providenciar arquivamento e guarda dos mesmos conforme preconizado em Lei.

Todos os prontuários dos pacientes recebidos pelo Faturamento deverão estar com a documentação em ordem. Só serão recebidos no SPP, os prontuários já faturados e listado com nomes e número de prontuário para conferência no ato do recebimento.

O SPP utilizará o sistema de arquivamento com base na definição da diretoria local, (podendo ser ordenação por cor, numérica ou alfabética).

O Prontuário do paciente é o documento legítimo e individual, contendo dados e informações pessoais, bem como informações sobre a assistência prestada durante o seu período na Unidade. Informações que abrangem tratamento clínico, resultados de exames, situação de internação, linha de cuidado, descrição cirúrgica, resultados e conclusões. É um instrumento dinâmico que uma vez iniciado permanece aberto por tempo indeterminado, atendendo sempre que o paciente recorrer à instituição.

Com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado ao paciente admitido na UNIDADE, o prontuário acompanha o paciente em todo o processo do atendimento.

Para atender a RDC 36 temos como premissa a definição de três marcadores de identificação, sendo eles: nome completo do paciente, data de nascimento e nome da mãe, essa informação é definida como padrão para todos os documentos que compõe o prontuário.

O prontuário deve ser composto de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), Plano Terapêutico Médico, Projeto Terapêutico da Equipe Multiprofissional, Acompanhamento da Visita Multiprofissional, Prescrição Médica, Prescrição de Enfermagem, Escalas e Controles de Enfermagem, Evolução Médica, Evolução da Enfermagem, Evolução Multiprofissional, Exames e Laudos.

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

- Constituição Federal, artigo 5º, inciso X;
- Código Penal, artigos 153, 154, 325 e 269;
- Resolução CFM (Conselho Federal de Medicina) nº 1.821/07;
- Lei de Acesso a Informação nº 12.527/2011.

A criação e revisão de impressos deverá seguir um fluxo estabelecido pelo Comissão de Revisão de Prontuário, devendo ser validade junto ao Diretor Técnico e controlado pela Gestão do SPP.

O SPP deve auditar de maneira sistematizada, o nível de conformidade de preenchimento do prontuário e atuar com educação permanente.

A solicitação de cópias de quaisquer informações do prontuário devem ser direcionadas ao Diretor Técnico que avaliara sua liberalidade. Vale ressaltar que

apenas o paciente ou seu representante legal poderá solicitar cópia através de documento escrito. Esta solicitação deverá ser declarada em formulário próprio, fornecida pelo SPP.

*“cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmente comprovado o vínculo, conforme Recomendação 03/2014 do Conselho Federal de Medicina”.*

O prontuário deve ser disponibilizado em envelope lacrado ao paciente/representante, por segurança.

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

#### **4.2.4 - FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS**

A Central de Materiais Esterilizados - CME é um Setor de Apoio Técnico dentro da UNIDADE destinada a limpeza, desinfecção, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição de instrumental, órteses, próteses e materiais especiais (OPME), equipamentos e materiais para a organização.

A Resolução RDC nº. 307, de 14 de novembro de 2002, considera a CME uma unidade de apoio técnico, que tem como finalidade o fornecimento de materiais médico-hospitalares adequadamente processados, proporcionando, assim, condições para o atendimento direto e a assistência à saúde dos indivíduos enfermos e sadios.

A Resolução RDC nº 15, de 2012 – Boas Práticas para o processamento de artigos e a RE nº 05/2006 – Lista de Artigos Proibidos de Reprocessamento.

De acordo com a RDC nº. 50 (ANVISA, 2004), a prestação de serviço de apoio técnico desta unidade, tem as seguintes atividades:

##### **Área de Lavagem e Descontaminação**

- Receber, conferir e anotar a quantidade e espécie do material recebido;
- Descontaminar e separar o material;
- Realizar inspeção do material;
- Proceder a limpeza do material;
- Encaminhar o material para a área de preparo;

##### **Área de Esterilização:**

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

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

- Estocar o material esterilizado, garantindo rastreabilidade;
- Proceder à distribuição do material com registro aos setores.

## Processos Desenvolvidos

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

As limpezas automatizadas, realizadas através das “lavadoras termodesinfectoras” que utilizam jatos de água quente e fria, realizando enxágue e drenagem automatizada, a maioria, com o auxílio dos detergentes enzimáticos, possui a vantagem de garantir um padrão de limpeza e enxágue dos artigos processados em série, diminuem a exposição dos profissionais aos riscos ocupacionais de origem biológica, que podem ser decorrentes dos acidentes com materiais perfuro- cortantes. As lavadoras ultrassônicas, que removem as sujidades das superfícies dos artigos pelo processo de cavitação, são outro tipo de lavadora para complementar a limpeza dos artigos com lumens.

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

**Desinfecção:** A desinfecção é o processo de eliminação e destruição de microrganismos, patogênicos ou não em sua forma vegetativa, que estejam presentes nos artigos e objetos inanimados, mediante a aplicação de agentes físicos ou químicos, chamados de desinfetantes ou germicidas, capazes de destruir esses agentes em um intervalo de tempo operacional de 10 a 30 min<sup>3</sup>.

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

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

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

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

## Processos Físicos:

**Calor Seco:** Este processo realizado pelo calor seco é realizado em estufas elétricas. De acordo com Moura (1990), “a estufa, da forma como é utilizada nas instituições brasileiras, não se mostra confiável, uma vez que, em seu interior, encontram-se temperaturas diferentes das registradas no termômetro. O centro da câmara apresenta “pontos frios”, nos quais a autora constatou, por meio de testes biológicos, a presença de formas esporuladas.

Dessa maneira, é necessário manter espaço suficiente entre os artigos e, no caso do processamento de instrumental cirúrgico, no máximo, em torno de 30 peças. Contudo, a SOBECC recomenda abolir o uso da esterilização por calor seco. ” (Práticas Recomendadas- SOBECC Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 4ª edição – 2007, pág. 78).

**Vapor Saturado Sob Pressão:** Este processo está relacionado com o mecanismo de calor latente e o contato direto com o vapor, promovendo a coagulação das proteínas. Realizando uma troca de calor entre o meio e o objeto a ser esterilizado. Existe uma constante busca por modelos de autoclaves que permitam a máxima remoção do ar, com câmaras de auto vácuo, totalmente automatizadas. Entretanto, esses equipamentos sofisticados necessitam de profissionais qualificados, pois estes são, e continuarão sendo, o fator de maior importância na segurança do processo de esterilização.

**Autoclave Pré-Vácuo:** Por meio da bomba de vácuo contida no equipamento, podendo ter um, três ou cinco ciclos pulsáteis, o ar é removido dos pacotes e da câmara interna, permitindo uma dispersão e penetração uniforme e mais rápida do vapor em todos os pacotes que contém a respectiva carga. Após a esterilização, a bomba a vácuo faz a sucção do vapor e da umidade interna da carga, tornando a secagem mais rápida e completando o ciclo. Os materiais submetidos à esterilização a vapor são liberados após check-list feito pelo auxiliar de enfermagem da área.

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

**Validação Dos Processos De Esterilização De Artigos:** A validação é o procedimento documentado para a obtenção de registro e interpretação de resultados desejados para o estabelecimento de um processo, que deve consistentemente fornecer produtos, cumprindo especificações predeterminadas.

A validação da esterilização precisa confirmar que a letalidade do ciclo seja suficiente para garantir uma probabilidade de sobrevivência microbiana não superior a 10°.



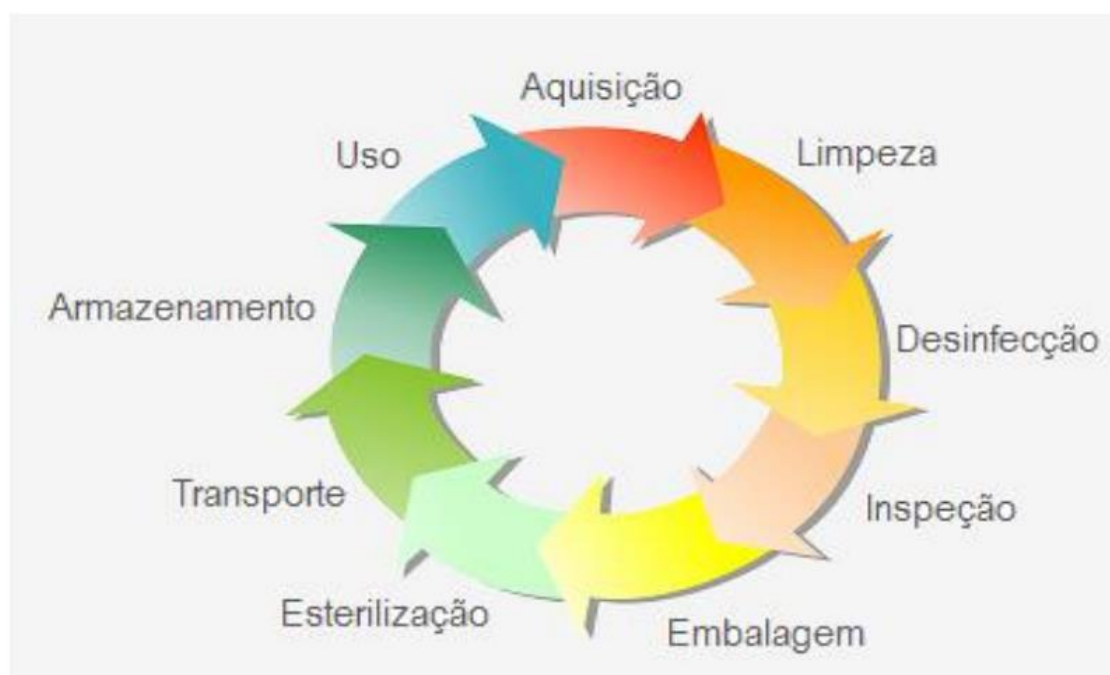
## Controles do Processo de Esterilização:

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

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

## Fluxo/Ciclo de CME

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



## 4.2.5 - FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS

Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o Setor de Processamento de Roupas/Lavanderia é considerada uma área de apoio que tem como finalidade coletar, separar, lavar, secar, classificar, reparar, distribuir e armazenar roupas em condições de uso, higiene, qualidade e conservação aos setores pertinentes, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência.

Os enxovais utilizados na UNIDADE incluem lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, roupas de pacientes, campos cirúrgicos, dentre outros.

O Processamento de Roupas dentro da UNIDADE é de fundamental importância, pois envolve os seguintes aspectos:

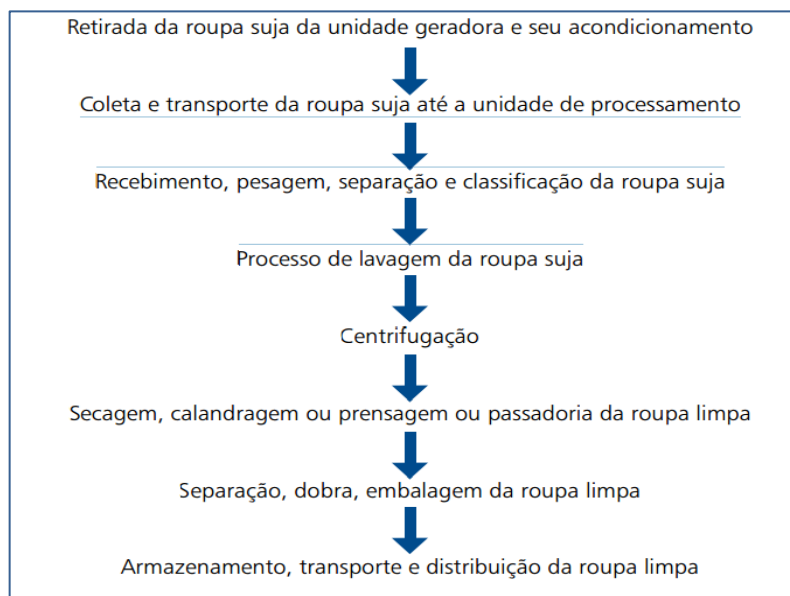
- Controle das infecções;
- Conforto e segurança do paciente;

### A1. Atividades Realizadas pela Unidade de Processamento de Roupas

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

### A2. Descrição do Processo

#### A2.1. Processamento Geral das Roupas:



54

O processamento da roupa consiste em todos os passos requeridos para a coleta, transporte e separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição.

#### A2.2. Acondicionamento e Remoção da Roupa Suja da Unidade Geradora:

O Acondicionamento da roupa suja na unidade geradora tem como objetivo guardar a roupa em local adequado, imediatamente após o uso, até o recolhimento e transporte para a lavanderia visando à proteção da equipe de saúde e dos pacientes.

Os hampers são de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos para evitar destinos errados de ambos;

A retirada da roupa suja da unidade geradora (onde foram utilizadas), deve seguir o cuidado de não ter fluxo cruzado com outras áreas, como SND, e realizar este transporte em carro apropriado, observando as precauções padrão independente da sua origem ou do paciente que a usou. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes.

### **A2.3 Coleta e Transporte da Roupa Suja;**

A coleta da roupa suja deve ser realizada em horários preestabelecidos, devendo permanecer o menor tempo possível na unidade geradora.

O funcionário que realiza a coleta e o transporte da roupa suja deve estar devidamente paramentado com todos os EPI indicados pelo SESMT para tal atividade.

A roupa suja deve ser transportada de tal forma que seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia. Deverá ser coletada em carro apropriado, conforme legislação.

O Carro de transporte deve ser exclusivo para esse fim, identificado e com tampa, não excedendo a capacidade do mesmo, permitindo assim o fechamento total da tampa.

**Obs:** Caso o carro de coleta da UNIDADE não possua tampa, deve-se observar o fechamento adequado dos sacos plásticos, e respeitar a capacidade dos carros de coleta rigorosamente.

### **A2.4 Processamento da Roupa na Área Suja (Pesagem, Separação e Classificação):**

Na área suja da Lavanderia, a roupa é classificada por sujidade e pesada antes de iniciar o processo de lavagem. O trabalhador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

- **Pesagem:** etapa importante para dados de controle de custo e para dimensionar a carga de acordo com a capacidade da lavadora.
- **Separação e Classificação:** Na separação das roupas sujas, será realizada a classificação segundo o grau de sujidade, tipo de tecido e cor.

### **A2.5 Processo de Lavagem (Umectação, Pré-lavagem, Alveamento, Acidulação, Amaciamento):**

O processo de Lavagem consiste na eliminação da sujeira, deixando-a com aspecto agradável e sem odores, além do nível bacteriológico reduzido ao mínimo. A roupa é desinfetada durante esta etapa, tornando-se livre de patógenos vegetativos, mas não se torna estéril.

A roupa é colocada dentro da lavadora na área suja e no final do processo de lavagem, é retirada por meio da abertura voltada para a área limpa. A descontaminação de qualquer tipo de roupa antes do processo de lavagem é desnecessária.

## **A2.6 Processamento da Roupa na Área Limpa (Centrifugação, Secagem, Calandragem, Prensagem, Embalagem, Estoque e Armazenamento):**

Após a operação de lavagem, a roupa passa por processos de centrifugação, secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas, assim como realizar a inspeção do enxoval, e, caso seja notado sujidade, deverá ser classificado para relave e novo processamento.

Após a etapa de secagem, alguns enxovais passam pela calandra e todos seguem para etapa de dobradura e acondicionamento.

O manuseio da roupa limpa deve ocorrer somente quando necessário e com prévia lavagem das mãos.

Obs: A circulação do trabalhador entre a área limpa e a área suja deve ser evitada, quando necessária deverá ser precedida de banho.

## **A2.7 Transporte e Distribuição da Roupa Limpa;**

A distribuição da roupa limpa é feita de acordo com as requisições solicitadas pelos setores. O transporte é realizado em carrinhos limpos, desinfetados e com tampa. No caso de existir carrinho com tampa, deverão ser acondicionados em sacos fechados, evitando o risco de contaminação da roupa antes de chegar aos locais de destino.

## **A2.8 Particularidades:**

- Serviço de Quimioterapia: Não há recomendação específica para o processo de lavagem de roupas contaminadas com antineoplásicos, no entanto, é fundamental a adoção de precauções padrão ao manipular roupa contaminada com esses medicamentos.

*\* As roupas contaminadas com excretas e fluidos corporais de pacientes em quimioterapia precisam ser acondicionadas e identificadas (Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de Material) para encaminhamento à Lavanderia;*

*\* O recolhimento das roupas dos pacientes e a manipulação antes de introduzir na lavadora, deve ser feito com o mínimo de agitação evitando a dispersão dos quimioterápicos no ar;*

*\* O uso de máscara de carvão ativado para a manipulação destas roupas é obrigatório e definido pelo SESMT.*

- Roupas provenientes de pacientes em isolamento: Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes desses pacientes, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral. Se as precauções padrão forem adequadamente adotadas, não há necessidade de adoção de cuidados adicionais no manuseio de roupas de pacientes em isolamento.

- Roupas provenientes de serviço de nutrição e dietética e panos para limpeza: Também não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes dessas áreas, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral.

### **A3. Esterilização das Roupas:**

O processamento normal da roupa não resulta em eliminação total dos microrganismos, especialmente em suas formas esporuladas, conseqüentemente, as roupas que serão utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou procedimentos que exijam técnica asséptica devem ser submetidas à esterilização após a sua lavagem. Não há necessidade de esterilização das roupas utilizadas por recém-nascidos.

Roupas que serão submetidas à esterilização não poderão ser submetidos à calandragem ou passadoria a ferro.

### **A4. Responsabilidades da Equipe de Enfermagem com o Enxoval da UNIDADE:**

Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade do mesmo, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte. Isso evitará a contaminação do ambiente;

Colocar dois hampers em locais que a produção de roupa suja é muito grande, evitando ultrapassar a capacidade de acondicionamento do hamper;

Não deixar roupa suja no chão, colocando-as imediatamente no hamper após o uso;

Não é necessário acondicionamento diferente para roupas sujas de enfermarias de isolamentos (não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes de isolamento ou de enfermarias comum);

A manipulação das roupas contaminadas com excretas e fluidos corporais de pacientes em quimioterapia, deve ser feito com o mínimo de agitação evitando a dispersão dos quimioterápicos no ar, acondicioná-las em hampers, protegidas com lençol não contaminado até o recolhimento pela lavanderia (envolver toda a roupa do paciente no lençol do leito fazendo uma “trouxinha”);

O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia, conforme fluxo definido na UNIDADE;

O funcionário da lavanderia identifica os hampers com o objetivo de coletar dados estatísticos, bem como verificar a quantidade de roupa necessária para aquele setor;

Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar, devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hampers, para evitar contaminação do ambiente (solicitar sacos brancos leitosos ao SHL);

A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados e regra de troca dos enxovais ou quando necessário;

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

O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletadas nos setores da UNIDADE; é necessário anotar em uma planilha a quantidade de peças deixadas em cada unidade, para possibilitar o controle de estoque e deverá ser realizado inventário para avaliação da necessidade de reposição dos enxovais;

Roupa limpa deverá ser armazenada em local próprio e adequado em cada setor, a fim de evitar contaminação das mesmas.

#### 4.2.6 - FLUXO UNIDIRECIONAL PARA RESÍDUOS DE SAÚDE.

Deverá ser apresentado o PGRSS, conforme definição da Resolução CONAMA nº 358/2005 e Resolução Anvisa RDC nº 306/2004.

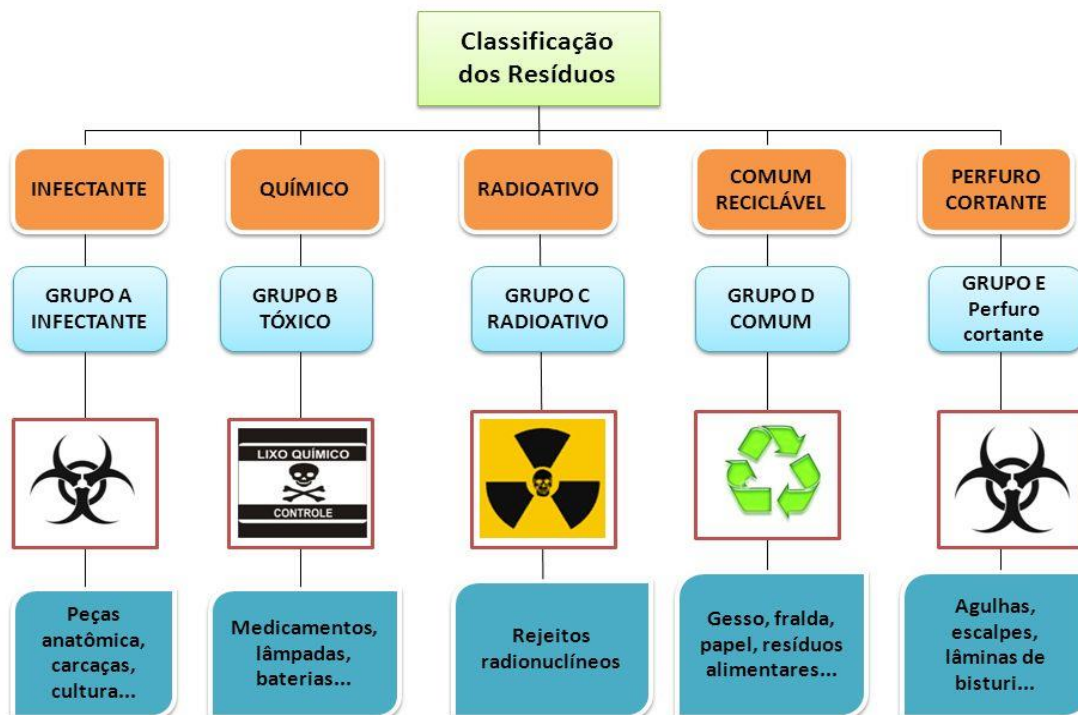
Segundo a NBR 10004 (2004), resíduos sólidos são classificados como resíduos nos estados sólido e semi-sólido, que resultam de atividades de origem industrial, doméstica, comercial, agrícola, serviços de varrição e hospitalar, logo conclui-se que os resíduos hospitalares são classificados como resíduos sólidos. Estes têm uma tratativa específica e demandam ser gerenciados.

O gerenciamento dos resíduos hospitalares constitui-se de um conjunto de procedimentos de gestão, planejado e implementado a partir de uma base legal, técnica e científica, com o objetivo de proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e de forma eficiente, visando à proteção humana, a preservação do meio ambiente, dos recursos naturais e da saúde pública. As etapas do gerenciamento dos resíduos hospitalares, conforme a Resolução Anvisa RDC nº 306/2004 são: identificação, segregação, acondicionamento, transporte interno, armazenamento temporário, armazenamento externo, coleta e transporte externo, tratamento e destino final.

#### Identificação

Conforme a Resolução Anvisa RDC nº 306/2004, a identificação deve ser feita nos locais de acondicionamento, coleta, transporte e armazenamento. Esta identificação deve ser em local de fácil visualização e com simbologia conforme a NBR 7500 da ABNT2. No Quadro 1, a simbologia de identificação dos cinco grupos de resíduos é explicada.

**Quadro 1 Identificação dos resíduos de serviço de saúde**





## Segregação

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

Conforme a Resolução CONAMA nº 358/2005:

É obrigatória a segregação dos resíduos na fonte e no momento da geração, de acordo com suas características, para fins de redução do volume dos resíduos a serem tratados e dispostos, garantindo a proteção da saúde e do meio ambiente.

A segregação é uma etapa de grande relevância para que o gerenciamento seja eficaz. Ter embalagens e locais específicos, sendo eles identificados em todos os locais geradores para cada tipo de resíduo, proporciona êxito à segregação. O processo de segregação, conforme a Resolução Anvisa RDC nº 306/2004, consiste em acondicionar cada grupo de resíduo em um local previamente determinado, isso porque cada um tem características que necessitam de cuidados específicos. Conforme a Resolução Anvisa RDC nº 306/2004 e a Resolução CONAMA nº 358/2005, os resíduos do serviço de saúde são classificados considerando grupos de risco, onde cada um destes exige cuidados específicos. A segregação deve ser feita considerando estes cinco grupos, quais sejam:

**GRUPO A:** são os resíduos com a possível presença de **agentes biológicos** que, por suas características, podem apresentar risco de infecção. O grupo A tem cinco subdivisões. São elas:

- A1: culturas e estoques de microrganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre; dentre outros;
- A2: carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anátomo-patológico ou confirmação diagnóstica;
- A3: peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiares;
- A4: kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados; filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares; sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons; dentre outros;

• **A5:** órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com prions.

**GRUPO B:** são os resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, em razão de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Enquadram-se neste grupo os produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossuppressores; digitálicos; imunomoduladores; anti-retrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344 (1998) 4 e suas atualizações; resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfetantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes; efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores); efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas; e demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).

**GRUPO C:** são quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do CNEN6 e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista. Enquadram-se neste grupo os rejeitos radioativos ou contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratórios de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia, segundo a Resolução CNEN-6.05.

**GRUPO D:** são os resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. Enquadram-se neste grupo papéis de uso sanitário e fraldas, peças descartáveis de vestuário, restos alimentares de paciente, materiais utilizados em antisepsia, equipo de soro e outros similares não classificados como A1; sobras de alimentos e do preparo de alimentos; restos alimentares de refeitório; resíduos provenientes das áreas administrativas; resíduos de varrição, flores, podas e jardins; resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde.

60

**GRUPO E:** são os materiais perfurocortantes ou escarificantes. Enquadram-se neste grupo as lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

### **Acondicionamento**

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

Conforme a Resolução Anvisa nº 306/2004:

Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

Os resíduos do Grupo A4 devem ser acondicionados em sacos plásticos brancos leitosos, resistentes e identificados com a simbologia infectante de acordo com a NBR 7500 da ABNT.

Devem ser utilizados sacos de capacidade que respeite as exigências previstas na NBR 9191 da ABNT. Estes sacos plásticos devem ser acondicionados em lixeiras de material lavável, identificadas com a mesma simbologia presente nos sacos plásticos anteriormente mencionados. Todas as lixeiras devem ter pedal e tampa, cantos arredondados e serem resistentes ao tombamento.



**Figura – Modelo de recipiente para acondicionamento de resíduo do grupo A4.**

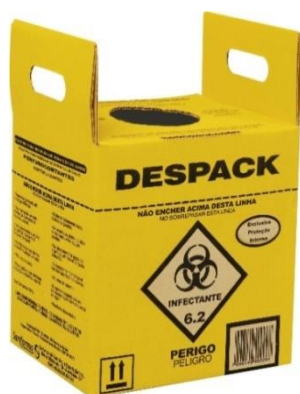
Os resíduos do Grupo D podem ser acondicionados em sacos de lixo. Os sacos devem ser de capacidade que obedeça às especificações da NBR 9191 e devem respeitar o limite de peso de cada saco. As lixeiras que acondicionam os resíduos do grupo D devem ter pedal e tampa, cantos arredondados e serem resistentes ao tombamento. Tanto os sacos plásticos quanto as lixeiras devem atender à demanda diária.

61



**Figura – Modelo de recipiente para acondicionamento de resíduo do grupo D.**

Os resíduos do Grupo E devem ser acondicionados em recipientes rígidos, impermeáveis, resistentes à punctura, ruptura e vazamento; devem ser identificados com o símbolo de substância infectante constante na NBR 7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenhos e contornos pretos acrescidos da inscrição: “Resíduo Perfurocortante”. Tais recipientes devem atender à capacidade diária dos resíduos gerados, respeitando o limite de peso de cada saco.



**Figura - Modelo de recipiente para acondicionamento de resíduo do grupo E**

Os resíduos do Grupo B devem ser acondicionados em embalagens plásticas, constituídas de plástico resistente. Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes individualizados de material compatível com o líquido, resistentes, rígidos e com tampa rosqueada e vedante. Os resíduos gerados devem ser devidamente identificados por meio do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.



**Figura - Modelo de recipiente para acondicionamento de resíduo do grupo B**

### Transporte Interno

Esta etapa, conforme consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. Para o transporte interno, alguns cuidados devem ser seguidos e merecem destaque: um deles é que o profissional da saúde responsável pelo transporte deve estar paramentado com os equipamentos de proteção individual adequados, conforme definição do SESMT.

Conforme a Resolução Anvisa nº 306/2004, os recipientes para transporte interno devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e serem identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos, de acordo com o PGRSS.

Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído. Como exemplo, os resíduos do Grupo A4 proveniente de cirurgias podem ser direcionados do local de origem, nos recipientes nos quais são segregados, para o local de armazenamento temporário logo após a sua geração. Em seguida são descartados em locais próprios os quais possuem sacos brancos, leitosos, com a simbologia de

resíduo infectante, para resíduos sólidos. Para resíduos A4 líquidos, os mesmos devem ser armazenados em embalagens rígidas e com rosca e devem seguir fluxo de recolhimento, conforme definido em PGRSS.

Figura – Modelo de carrinho utilizado para transporte interno

### Armazenamento Temporário



Conforme a Resolução Anvisa nº 306/2004, o armazenamento temporário consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

O armazenamento temporário pode ser feito em carrinhos ou contenedores, um para cada grupo de resíduos, em quantidade suficiente para atender à demanda diária. O armazenamento temporário poderá ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo seja pequena.

Seguindo as orientações da Resolução RDC Anvisa nº 50/2002, é importante que o local destinado para o armazenamento temporário possua pisos e paredes laváveis e lisas de cor branca, pontos de iluminação artificial e telas de proteção contra insetos nos ralos e janela, bem como inclinação adequada para escoamento de água.

### Armazenamento Externo

Conforme a Resolução RDC Anvisa nº 306/2004, consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores. Nesta etapa, os resíduos gerados devem ficar em um local, geralmente uma sala, onde cada resíduo deve ter um local específico para serem armazenados em contenedores. O local do armazenamento deve ser de fácil acesso para recolhimento externo, ter uso exclusivo para armazenar os resíduos e oferecer segurança aos mesmos até que seja realizada a coleta para a destinação final.

É de extrema importância que no local de armazenamento externo a saída de escoamento da água seja ligada a rede coletora de esgoto, conforme determinação da estação de tratamento de água do Estado, o que permite a limpeza e desinfecção do local de armazenamento. Conforme a Resolução RDC Anvisa 50/2002, caso a região onde o estabelecimento assistencial de saúde estiver localizado tenha rede pública de



coleta e tratamento de esgoto, todo o esgoto resultante desse pode ser lançado nessa rede sem qualquer tratamento. Não havendo rede de coleta e tratamento, todo esgoto terá que receber tratamento antes de ser lançado em rios, lagos, etc., seguido normas locais para descarte.

### **Coleta e Transporte Externo\***

Esta etapa consiste na remoção dos resíduos hospitalares do local de armazenamento externo até a unidade de tratamento ou disposição final. É comum que os resíduos dos Grupos A4, D e E sejam recolhidos pelo órgão responsável pela limpeza pública do município. Deve ser feito em veículo específico para resíduos hospitalares e a periodicidade da coleta deve ser suficiente para transportar todos os resíduos. É comum também que a coleta dos resíduos dos Grupos A4 líquido e B seja feita por empresa contratada que se responsabilize pela incineração e destino dos mesmos. Após coleta dos resíduos deve ser realizada a higienização do local de armazenamento externo. A coleta e transporte externo dos resíduos hospitalares devem estar conforme as normas NBR 1281010 e NBR 1465211 da ABNT.



Segundo a Resolução RDC Anvisa nº 306/2004, devem ser utilizadas técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade do meio ambiente.

### **Tratamento\***

Segundo a Resolução CONAMA nº 358/2005, o Sistema de tratamento de resíduos de serviços de saúde é conjunto de unidades, processos e procedimentos que alteram as características físicas, físico-químicas, químicas ou biológicas dos resíduos, podendo promover a sua descaracterização, visando à minimização do risco à saúde pública, a preservação da qualidade do meio ambiente, a segurança e a saúde do trabalhador. Os produtos que necessitam de tratamento prévio são realizados processos de inativação para então serem descartados. O tipo de tratamento para inativação depende do tipo de produto a ser descartado. Há várias formas de se proceder ao tratamento por desinfecção química ou térmica. Segundo a ANVISA, as tecnologias alternativas de tratamento de resíduos de serviços de saúde, descritas a seguir, permitem um encaminhamento dos resíduos tratados para o circuito normal de resíduos sólidos urbanos, sem qualquer risco para a saúde pública. São elas: descontaminação com utilização de vapor em altas temperaturas (autoclavagem); tratamento com utilização de micro-ondas de baixa ou de alta frequência; e tratamento térmico por incineração. Seguem algumas orientações referentes ao tratamento dos resíduos:



## GRUPO A

- A1 - devem ser submetidos a tratamento em equipamentos que reduzam ou eliminem a carga microbiana compatível com nível III de inativação microbiana;
- A2 - devem ser submetidos a tratamento em equipamentos que reduzam ou eliminem a carga microbiana compatível com nível III de inativação microbiana;
- A3 - devem ser encaminhados para sepultamento ou tratamento. Se forem encaminhados para o sistema de tratamento, devem ser acondicionados em sacos vermelhos com a inscrição “Peças Anatômicas”. O órgão ambiental competente nos Estados, Municípios e Distrito Federal pode aprovar outros processos alternativos de destinação;
- A4 – podem ser dispostos sem tratamento prévio em local devidamente licenciado para disposição final de resíduo do serviço de saúde;
- A5 - devem ser sempre submetidos à incineração, conforme ANVISA 305 (2002).

**GRUPO B:** quando não forem conduzidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser submetidos a tratamento ou disposição final específicos.

**GRUPO C:** quando encaminhados a sala de decaimento, esta deve possuir paredes blindadas ou esses rejeitos radioativos devem estar acondicionados em recipientes individualizados com blindagem. O objetivo do armazenamento para decaimento é manter o radionuclídeo sob controle até que sua atividade atinja níveis que permitam liberá-lo como resíduo não radioativo. Qualquer tratamento de rejeitos radioativos está sujeito à aprovação da CNEN, em conformidade com normas específicas para cada tipo de instalação, conforme a CNEN NE-6.05 (1985)14.

**GRUPO D:** os resíduos orgânicos, flores, resíduos de podas de árvore e jardinagem, sobras de alimento e de pré-preparo desses alimentos, restos alimentares de refeitórios e de outros que não tenham mantido contato com secreções, excreções ou outros fluidos corpóreos, podem ser encaminhados ao processo de compostagem.

**GRUPO E:** os resíduos deste grupo devem ser submetidos ao mesmo tempo de decaimento do material que o contaminou. Após o decaimento, passam a ser considerados resíduos das categorias química, biológica ou radiológica e devem ter tratamento específico de acordo com a contaminação. Como exemplo pode-se citar os resíduos com contaminação biológica, que após o decaimento devem ser tratados como resíduos A1 e A4.

### Destino Final\*

Conforme a Resolução CONAMA nº 358/2005 a destinação final é a prática de dispor os resíduos sólidos no solo previamente preparado para recebê-lo, de acordo com os critérios técnico-construtivos e operacionais adequados, em consonância com as exigências dos órgãos ambientais competentes. Segue a determinação da Resolução CONAMA nº 358/2005 referente à destinação final:

**Grupo A:** não podem ser reciclados, reutilizados ou reaproveitados, inclusive para alimentação animal;

- A1 e A2: após tratamento, devem ser encaminhados para aterro sanitário licenciado ou local devidamente licenciado para destinação final de resíduos dos serviços de saúde;
- A3: devem ser encaminhados para sepultamento em cemitério ou incinerados. Na impossibilidade da destinação citada, o órgão ambiental competente nos Estados, Municípios e Distrito Federal pode aprovar outros processos alternativos de destinação;

- A4: podem ser encaminhados sem tratamento prévio para local devidamente licenciado para a disposição final de resíduos dos serviços de saúde. Fica a critério dos órgãos ambientais estaduais e municipais a exigência do tratamento prévio;
- A5: devem ser submetidos a tratamento específico orientado pela ANVISA.

**Grupo B:** os resíduos deste grupo devem ter destinação final específicas. Os que estiverem no estado sólido e não forem tratados previamente, devem ser dispostos em Aterro de Resíduos Perigosos – Classe I. Os resíduos no estado líquido não devem ser encaminhados para disposição final em aterros;

**Grupo C:** devem seguir a determinação da CNEN;

**Grupo D:** quando não for passível a reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser encaminhados para aterro sanitário de resíduos sólidos urbanos, devidamente licenciado pelo órgão ambiental competente. Quando for passível de reutilização, recuperação ou reciclagem devem atender as normas legais de higienização e descontaminação;

**Grupo E:** devem ter tratamento específico de acordo com a contaminação química, biológica ou radiológica.

**\*OBS:** As fases de coleta e transporte externo, tratamento e destinação final serão feitas por contrato com empresas devidamente especializadas, aptas e regularizadas para a realização dos serviços, onde deverá ser realizada visita técnica por parte da UNIDADE e cobrança de recebimento de laudos técnicos para comprovação do processamento e destino final dos resíduos.

Cronograma de Implantação	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
<b>Levantamento dos resíduos no setor de origem</b>	X			
<b>Classificação dos resíduos</b>	X			
<b>Padronização e implantação das lixeiras</b>	X			
<b>Identificação do acondicionamento temporário</b>	X			
<b>Definir o PGRSS e registrar na Anvisa local</b>	X			
<b>Treinamento da equipe da Unidade</b>	X			
<b>Treinamento equipe de limpeza</b>	X			
<b>Monitorar o PGRSS</b>	X	X	X	X

## 4.3 - IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

### 4.3.1 - IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

---

O INDSH divide o setor de logística de suprimentos em três departamentos, sendo eles compras, almoxarifado e farmácia.

#### **Setor de Compras**

Este setor terá como responsável profissional qualificado, diretamente subordinado a Diretoria Administrativa e Financeira ou a Gerencia Administrativa e Financeira. Este setor é responsável por todas as compras realizadas pela instituição, trabalhando parceria com o portal Bionexo.

O setor de Compras deve desenvolver suas atividades acompanhando instruções de trabalho e a lista de padronização elaborada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, adotando a metodologia de Ponto de Pedido, além de aplicar critérios de qualificação dos fornecedores, visando sempre à aquisição do produto mais adequado, com o menor preço.

Essa área tem por objetivo coordenação das atividades de planejamento e aquisição, rastreabilidade e disponibilização de materiais, insumos e serviços.

Atuamos com a política de compras onde se descreve as diretrizes para atuação de MAT/MED, contratações de obras e serviços, relação com fornecedores, avaliação dos fornecedores e critério de visita técnica junto aos fornecedores.

67

#### **Setor de Almoxarifado**

Este setor terá como responsável profissional qualificado, diretamente subordinado a Diretoria Administrativa e Financeira ou a Gerência Administrativa e Financeira.

O Almoxarifado tem a função de conferir a coerência e integridade de todos os suprimentos, notas fiscais e ordem de compra e verificar condições do transporte e condutor que chega na UNIDADE, assim como exercer o correto armazenamento e etiquetagem com definição de lote e validade, conforme legislações pertinentes, e dispensar os mesmos de forma eficaz e controlando as saídas por pedido x setor e pedido x paciente, para que desta forma exista a garantia da rastreabilidade dos itens dispensados.

O Almoxarifado deve manter um contato direto com o setor de compras para a contínua troca de informações, visando garantir o correto abastecimento da Unidade, assim como avaliar o desempenho dos fornecedores.

#### **Setor de Farmácia**

Este setor terá como responsável profissional qualificado, diretamente subordinado a Diretoria Administrativa e Financeira ou a Gerencia Administrativa e Financeira.

Esse setor atua com ações voltadas para o desenvolvimento de práticas clínico-assistenciais e o uso racional de medicamentos compreendendo: padronização,

planejamento, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, controle de qualidade, acompanhamento da eficácia terapêutica e utilização dos medicamentos, obtenção e difusão de informações sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde e dos pacientes.

Atuamos com foco na assistência farmacêutica de forma segura, integral e individualizada, com propostas terapêuticas articuladas, na busca de um único resultado para o paciente através de um processo alinhado com o médico e toda a equipe multiprofissional.

Atuará como um importante centro de distribuição e controle de medicações, bem como a prevenção e acompanhamentos de reações adversas com interação expressa com o corpo clínico da Unidade e SCIH/CCIH, adotando mecanismos que garantam a rastreabilidade e integridade dos mesmos, além de atender a demanda dos serviços assistenciais em tempo hábil.

#### **4.3.2 - POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS A SER IMPLEMENTADA**

A Política de Gestão de Pessoas é responsável por garantir direcionamento, adequação e qualificação dos colaboradores, sendo seus valores internos pautados na ética, confiabilidade e sigilo das informações pertinentes aos setores. Esta política é pautada nos princípios organizacionais e desenvolvida através de estratégias que garantam o seu funcionamento.

As diretrizes desta política são pautadas em direcionamentos que envolvem os setores de RH, DP, NEP e SESMT, descrevendo gestão por competência, modelo gerencial desta gestão, mapeamento das competências organizacionais, mensuração por cargo das competências organizacionais, rotina de recrutamento e seleção por competência, rotina de avaliação de experiência 45 e 90 dias, rotina de avaliação de desempenho anual por competência, enunciado sobre carreira por competência, rotina e monitoramento sobre pesquisa organizacional, rotina de desligamento e entrevista demissional, rotina sobre conceito e tipos de treinamentos classificados pela UNIDADE, rotina sobre levantamento sobre necessidade de treinamento (LNT), rotina sobre elaboração do plano anual de treinamento (PAT), rotina sobre avaliação dos treinamento (reação e eficácia), rotinas voltadas ao SESMT.

Assegurar a qualidade dos processos de seleção, movimentação e sucessão de pessoas, atendendo às demandas e ao perfil de competências definidos pela unidade, promoção e acompanhamento contínuo do desempenho dos colaboradores, através de orientações para o desenvolvimento da carreira, com foco em resultados e competências são atividades que estão pautadas nesta política, assim como treinar e desenvolver competências dos colaboradores propiciando ao profissional a oportunidade de desenvolver suas potencialidades e ampliar seus conhecimentos, visando o seu crescimento e a conscientização de seu papel como profissional de saúde.

O cumprimento da atividade referente aos processos de contratação, registro, folha de pagamentos, férias e desligamentos, assim como as demais formalidades legais para manutenção do vínculo empregatício do colaborador, serão conduzidas dentro de princípios legais e respeitados o espírito legítimo do direito, expresso na Consolidação das Leis do Trabalho e nas convenções Coletivas das diferentes categorias profissionais.

#### **Registro e Controle de Pessoal:**

##### **A - Ponto Eletrônico**

O hospital utilizará o ponto eletrônico conforme a Portaria 1510 do MTE. Esta consiste basicamente em utilizar um aparelho e sistema de ponto eletrônico inviolável e homologado por este órgão, em que permite a emissão de comprovantes de registro de marcação do colaborador a cada registro realizado pelo mesmo. Caberá o colaborador registrar rigorosamente os seus horários – entrada, intervalos/intrajornada

– saída - realizando o seu horário de trabalho de acordo com a escala de trabalho mensal.

O colaborador que cumprirá sobreaviso, conforme definição em escala, sempre que acionado para comparecer ao hospital deverá registrar os seus horários de entrada e saída, bem como em casos de colaboradores que cumprirão horas extras, as quais ocorrerão somente com a autorização previa do responsável pelo setor/área mediante justificativa.

## **B - Escala de Trabalho**

As escalas de trabalho mensais serão elaboradas pela chefia imediata, respeitando o limite e regras estabelecidos por lei (informadas anteriormente). As mesmas serão entregues ao setor de RH até 15 de antecedência do mês de competência. Desta forma, o colaborador estará ciente e apondo a sua assinatura na escala de trabalho conhecendo os seus horário e folgas com pelo menos 15 dias de antecedência.

O INDSH fornecerá uniformes e crachá funcional a todo colaborador no ato da admissão, cabendo ao colaborador o dever em utilizá-los de forma e condições adequadas em seu horário de trabalho. Quando desligado do quadro funcional, o colaborador deverá devolver o crachá funcional e o uniforme em perfeito estado de conservação.

Conforme Edital:

70

*“Adotar identificação especial (crachá) e uniforme de boa qualidade para todos os seus empregados, assim como assegurar a sua frequência, pontualidade e boa conduta profissional.”*

*“Oferecer uniforme de trabalho para todos os empregados e incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos colaboradores e funcionários, o logotipo da Secretaria de Saúde do Amazonas.”*

## **PESQUISA DE CLIMA**

### **OBJETIVO**

Mapear e analisar o nível de satisfação dos colaboradores a partir do levantamento de aspectos que configuram o momento motivacional da empresa, identificando e compreendendo os pontos positivos e negativos que impactam diretamente no equilíbrio organizacional, visando propor ações de melhorias à qualidade de vida no trabalho e conseqüentemente, a melhora na produtividade e motivação de seus recursos humanos, alinhando a cultura organizacional e as medidas efetivas da empresa.

### **DESCRIÇÃO**

### **MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Formulário citado acima e planilha para tabulação de resultados.



## RESPONSÁVEL

Coordenador de RH.

## DESCRIÇÃO DA AÇÃO

- **Coordenador de RH** – Planejar, organizar e estruturar o comunicado, o formulário da pesquisa e apresentação para a sensibilização e instruções aos colaboradores. Reunir os gestores para a divulgação da PCO e da parceria quanto à sensibilização junto às respectivas equipes.
- **Coordenador(a) NEP** – Divulgar junto aos colaboradores através de comunicados, via mural e e-mail aos gestores, informando quanto à PCO, período, local e horários de realização.
- OBS 1: Distribuir os colaboradores em turmas, contemplando os 3 turnos durante toda a programação, visando realizar a pesquisa a 100% de colaboradores ativos no período.
- **Auxiliar Administrativo do S.A.U.** – Realizar a sensibilização da PCO, distribuir os formulários e instruir os colaboradores quanto à metodologia utilizada. Orientar possíveis dúvidas e colher assinaturas na lista de participação.
- **Coordenador de RH e Supervisor NEP** – Conferir os formulários e tabular os resultados em planilha própria.
- **Coordenador de RH** – Emitir relatório, analisando os resultados gerais e o desdobramento por setor e propondo ações macro, visando à melhoria quanto ao ambiente interno e estratégias de gestão de pessoas. Apresentar a Diretoria e aos Gestores, os resultados e análise gerais da PCO. Encaminhar o relatório a Diretoria.
- **Coordenação de RH e Supervisor NEP:** Divulgar, via mural ou banner, os resultados gerais da PCO aos colaboradores.
- **Diretoria** – Analisar as informações desmembradas por setor, gerando ações específicas aos seus respectivos gestores, quando necessário. Convocar os gestores individualmente, para apresentação e discussão dos resultados, ações e prazos. Encaminhar ao RH as ações propostas para inclusão das informações no plano de ação geral.
- **Coordenador de RH e Diretoria** – Executar e/ou acompanhar as ações propostas de melhoria. Registrar as ações realizadas mensalmente em relatório de acompanhamento.

### 4.3.3 - PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE

Este Manual define e caracteriza o sistema de gestão aplicado na UNIDADE, com o propósito de organizar os recursos necessários à prestação de serviços qualificados que atendam aos requisitos dos clientes, bem como aos requisitos legais e regulamentares aplicáveis.

O conteúdo deste Manual aborda o modelo de gestão que consolida e estrutura o sistema utilizado pela UNIDADE com o propósito de organizar os recursos necessários à prestação de serviços qualificados. Existe uma apresentação sobre o histórico da Organização (INDSH), sua identidade institucional e seu organograma. Logo em seguida, é descrito o objetivo da existência da Diretoria Estatutária, presidência/superintendência, seus staffs (assessoria médica, jurídica), assim como diretoria de operações, diretoria de administração, diretoria de desenvolvimento. Em seguida, é feita a abordagem sobre a estrutura das UNIDADES, que se compõe pela Diretoria Executiva, Diretoria/Gerência Administrativa Financeira, Diretoria/Gerência Assistencial, Diretoria Técnica e Comissões Legais e Administrativas necessárias à condução dos trabalhos da UNIDADE.

Outro ponto abordado neste documento envolve a Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente, tendo o foco da Gestão por Processo, Gestão por Documentos e Políticas de Qualidade e Segurança do Paciente. Por fim, é descrito as responsabilidades da direção no que se refere ao seu comprometimento, atuação junto ao objetivo do contrato de gestão, atuação em relação às metas de gestão contratual, metas de controles de processos e atuação em relação à comunicação com meios necessários e divulgação.

#### Objetivos do INDSH

O INDSH está constituído como organização social, de caráter filantrópico, sem fins lucrativos, com a visão de se tornar referência nacional em sua área de atuação.

Seu foco é prestar serviços de gestão em hospitais, clínicas, Unidades de Pronto Atendimento, laboratórios, entre outros, além de oferecer consultoria nas áreas de saúde, meio ambiental, apoio em cursos e treinamentos, visando o aprimoramento e capacitação dos profissionais do setor hospitalar.

#### Quem Somos

- Entidade privada
- Filantrópica
- Sem fins lucrativos
- Referência em gestão hospitalar
- Aptos a prestar serviços de prevenção, proteção e promoção nas áreas de assistência social e de saúde.

#### Nossa Atividade

- Gestão em Saúde
- Consultoria e Assessoria
- Cursos e Treinamentos
- Gestão Ambiental
- Gestão em Sustentabilidade

#### Nosso Lema

Respeito à Vida.

## Nossa Missão

“Promover a gestão em saúde, ambiental e social de excelência, com qualidade, ética e valorização profissional e humana, visando a restauração do bem-estar físico, psíquico e social, em benefício da comunidade. “

## Visão

“Ser reconhecido como referência em governança de instituições de saúde, promovendo soluções de qualidade e gestão de negócios, com foco no desenvolvimento profissional, humano e com excelência de atendimento”.

## Princípios Organizacionais

- Humanidade – Atuar com dignidade, respeitando os semelhantes como seres únicos e complexos.
- Ética – Agir com regras e preceitos de ordem valorativa e moral da sociedade.
- Qualidade – Compromisso de exercer suas obrigações, buscando sobressair nos resultados.
- Responsabilidade Social e Humana – Desenvolver ações valorizando e respeitando o ser humano e o seu ambiente social, contribuindo para seu crescimento.

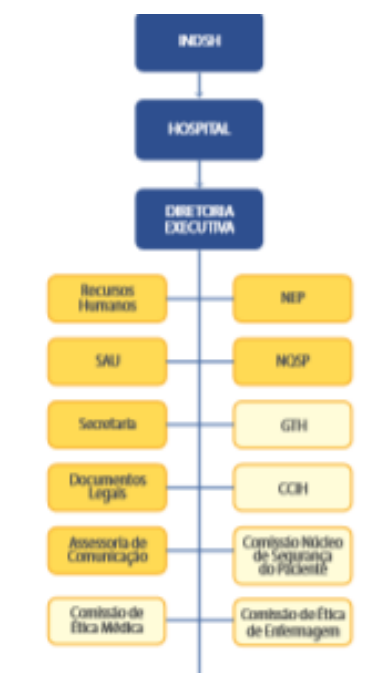
## Responsabilidade Social

### Princípios da Gestão Biocêntrica

- 1 Praticar sempre a abordagem sistêmica em nossas atividades;
- 2 Promover o consumo racional dos recursos naturais renováveis e não renováveis;
- 3 Incentivar o consumo consciente;
- 4 Gerenciar todos os resíduos produzidos no nosso dia a dia;
- 5 Gerenciar os impactos de nossas atividades no meio ambiente;
- 6 Buscar sempre informações corretas;
- 7 Valorizar, conservar, e preservar as riquezas regionais;
- 8 Promover a liderança inovadora e participativa;
- 9 Ser agente de educação ambiental, incentivando sempre as reflexões.

73

## Modelo de Estrutura do Hospital



## **DIRETORIA EXECUTIVA**

Compete cumprir e executar todas as determinações das Diretrizes Institucionais, Políticas Institucionais, Procedimentos de Gestão, Protocolos e definições do INDSH, disseminando a cultura institucional. A Diretoria Executiva deve fazer com que a UNIDADE execute seus trabalhos sempre visando a atendimento das exigências dispostas no Contrato de Gestão, assim como às legislações pertinentes a atividade hospitalar.

### **Recursos Humanos**

Este setor terá como responsável um profissional habilitado, tendo como finalidade captar os indivíduos com competências mais adequadas para exercer determinada função. Também tem o papel de acompanhar o desempenho dos colaboradores e desenvolver atividades de interação das equipes, visando o melhor desempenho possível dos colaboradores.

### **NEP**

Mediante a busca por aperfeiçoamento e desenvolvimento esta área atua através de um levantamento de necessidade de treinamento dos colaboradores da instituição, que se transforma em um plano anual ou semestral de treinamentos. O Núcleo de Educação Permanente tem o papel de buscar a qualificação e capacitação destes profissionais, visando à melhoria constante no resultado dos trabalhos. Este serviço está ligado diretamente à Diretoria Executiva.

### **SAU**

Serviço de assessoria subordinado diretamente à Diretoria Executiva, sendo responsável pela captação de informações dos usuários sobre os serviços prestados pela Unidade. O SAU deve estabelecer contato com os usuários, abrindo espaço para que os mesmos realizem reclamações e sugestões, assim como elogios, para que diante destes relatos os responsáveis possam atuar em busca de aperfeiçoamento da assistência prestada, almejando sempre atender as necessidades do usuário. O Serviço de Atendimento do Usuário é o elo de comunicação, entre o usuário e a Instituição.

### **NQSP**

Ao Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente compete interagir com todos os processos da Unidade, visando a interação entre as mesmas, através da disseminação de uma metodologia a ser seguida em busca de melhoria contínua dos serviços prestados. O Núcleo é considerado uma área estratégica, estando diretamente subordinado a Diretoria Executiva, atuando em função de promover adequação dos processos tendo como base um modelo de gestão da qualidade, assim como promover que todos os processos atuem focando na segurança do paciente e gerenciamento de risco.

### **Secretaria**

Compete a esta área atuar na organização das agendas dos diretores/gerentes e suas atividades estão pautadas no planejamento e execução de atividades administrativas.

### **Documentos Legais/Contratos**

Compete requerer junto aos órgãos competentes as certidões de registro e responsabilidade técnica para funcionamento da UNIDADE, assim como monitorar documentos legais em sua validade e monitorar o desempenho do cumprimento das metas estabelecidas no contrato de gestão e contratos de terceiros existentes na Unidade.

### **Assessoria da Comunicação**

A Assessoria de Comunicação tem o papel de preservar e divulgar a imagem da Unidade, mediante o monitoramento de notícias e anúncios exercidos pelos veículos de comunicação regionais, assim como na divulgação dos projetos, eventos e campanhas promovidas pela instituição, junto às instituições de classe, comunidade em geral e clientes internos e externos. Este serviço está diretamente subordinado à Direção Executiva, que terá a função de validar todas as ações realizadas pelo setor.

### **Comissões**

Grupos de trabalho com pessoas de multiprofissionais que atuam estrategicamente em função e atuar em prol da legislação e assistência segura do paciente conforme seu escopo de atuação.

#### **Comissão de Controle da Infecção Hospitalar (CCIH)**

Esta Comissão é um órgão de assessoria, responsável pela prevenção e combate a Infecção Hospitalar, conforme disposto na Portaria Nº 2.616 de 1998, composta por multiprofissionais que possuem maior afinidade com as atividades da Comissão. A CCIH deve contar com o apoio do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, no que tange à mensuração dos dados estatísticos ocorridos no período, assim como no apontamento e levantamento de medidas para o controle da Infecção Hospitalar.

#### **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)**

Esta Comissão é um órgão de assessoria e atuação na prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, conforme disposto na NR5 de 1978, composta por cinquenta por cento de seus membros indicados pela Diretoria e cinquenta por cento de seus membros eleitos pelos colaboradores da UNIDADE. Esta comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura do Livro Ata da mesma.

75

#### **Comissão de Perfuro-Cortante**

Considerando a Portaria 1.748, de 30 de Agosto de 2011 (d.o.u. DE 31/11/2011 – Seção 1 – Pag. 143) (Anexo III da Norma Regulamentadora no 32)

Considerando que a comissão de perfuro Cortante tem por objetivo e Campo de aplicação:

- Estabelecer diretrizes para elaboração e implementação de plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes com probabilidade de exposição à agentes biológicos, visando à, segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

#### **Comissão de ética de enfermagem**

Tem por objetivo garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição. Zelando pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões, e, as infrações éticas.

#### **Comissão de prevenção e tratamento de lesão de pele**

Atuar na prevenção e tratamento de lesões cutâneas, o objetivando reduzir os riscos de infecções hospitalares, reduzir os custos hospitalares, amenizar o estresse do paciente/equipe durante o período de internação, permitindo a implantação de ações sistematizadas, gerando economia de recursos significativos.

### **Comissão de Farmácia e Terapêutica**

Esta comissão tem o papel de formular e implementar políticas institucionais relacionadas com a seleção, prescrição e uso racional de medicamentos. A Comissão de Farmácia e Terapêutica deve ser composta por uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, seguindo suas competências descritas na Ata de Abertura do Livro Ata da mesma.

### **Comissão de Revisão de Prontuários**

A Comissão de Revisão de Prontuários têm o papel de identificar problemas com preenchimento dos prontuários, assim como buscar medidas para solucioná-los. Esta comissão deve ser composta por multiprofissionais relacionados ao processo de formação até o armazenamento do prontuário, contando ainda com o apoio do Serviço de Auditoria de Prontuários. A Comissão de Revisão de Prontuários terá suas competências descritas na Ata de Abertura do Livro Ata da mesma.

### **Comissão de Revisão de Óbitos**

A comissão de Revisão de Óbitos é um órgão de assessoria à Direção Executiva, que tem a função de analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos. Esta Comissão deve ser composta por multiprofissionais que possuem maior afinidade com as atividades da Comissão, seguindo suas competências descritas na Ata de Abertura do Livro Ata da mesma.

### **Comissão de Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional**

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional é um órgão de assessoria à Direção Executiva, que tem o papel de garantir a confiabilidade e segurança em relação à fonte dos produtos utilizados, assim como assegurar o adequado suporte nutricional sobre os pacientes. Esta Comissão deve ser composta por multiprofissionais que possuem maior afinidade com as atividades da equipe, seguindo suas competências descritas na Ata de Abertura do Livro Ata da mesma.

76

### **Comissão de Ética Médica**

O Corpo Clínico constituirá uma comissão de ética médica, nos termos da resolução CFM-CRM, devendo suas atribuições ser definida no Regimento do Corpo Clínico. Esta comissão é o órgão supervisor da ética profissional da instituição, representando os Conselhos Regional e Federal de Medicina.

### **Comitê Transfusional**

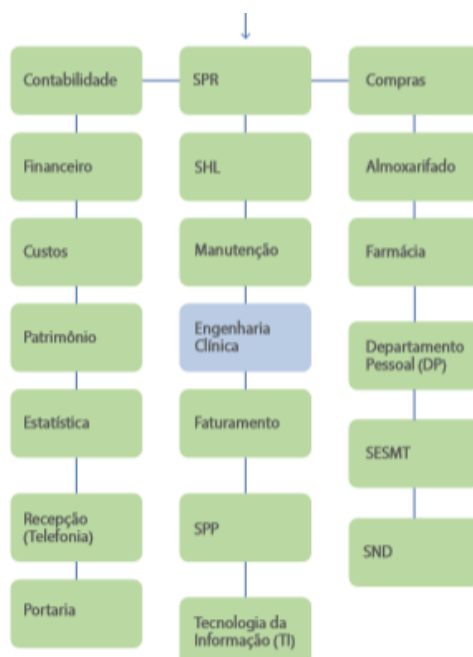
Conforme a Resolução RDC N153 de junho de 2004, o unidades de saúde que tenha serviço de hemoterapia deve constituir um Comitê Transfusional, multidisciplinar, do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia que o assiste. Este Comitê tem como função o monitoramento da prática hemoterápica, devendo seguir competências que estarão descritas na Ata de Abertura do livro Ata.

### **Grupo de Trabalho de Humanização (G.T.H.)**

O Grupo de Trabalho de Humanização é um órgão de assessoria à Direção Executiva, criado para desenvolver atividades e eventos voltados ao bem-estar tanto dos usuários, quanto aos colaboradores da Unidade, visando um ambiente mais humanizado. Este grupo de trabalho deve ser designado pelo Diretor Executivo, sendo composto por colaboradores de diversas áreas da UNIDADE, além da obrigatoriedade de seguir suas competências na Ata de Abertura do Livro Ata.



## DIRETORIA/GERÊNCIA ADMINISTRATIVA FINANCEIRA



Compete ser órgão executor das Diretrizes, políticas, objetivos e metas emanadas da alta direção, a serem implementadas nas unidades sob comando direto, bem como representar os interesses e necessidades destas unidades no contexto da UNIDADE. Compete cumprir e fazer cumprir esta Diretriz e representar a Diretoria Executiva quando solicitado.

77

### **Contabilidade**

Compete o demonstrativo econômico financeiro da instituição, ou seja, tem o papel de ilustrar todas as entradas e saídas econômicas financeiras, além cumprir os direitos e obrigações dispostos em legislações pertinentes. Suas atividades também são fundamentais para o monitoramento dos custos hospitalares, servindo como ferramenta de auxílio à diretoria para tomada de decisão.

### **SPR (Serviço de Processamento de Roupas)**

Compete coleta, processamento e abastecimento de roupas a serem utilizadas pelos pacientes durante o período de tratamento e em atividades assistenciais, bem como as roupas dos colaboradores que trabalham no sistema fechado da Unidade.

### **Compras**

Compete por todas as compras realizadas pela instituição, trabalhando com a Plataforma Bionexo. O setor de Compras deve desenvolver suas atividades acompanhando instruções de trabalho e a lista de padronização elaborada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, adotando a metodologia da curva ABC, além de aplicar critérios de qualificação dos fornecedores, visando sempre à aquisição do produto mais adequado, com o menor preço, com qualidade e dentro do prazo necessário para se atender a demanda da UNIDADE.

### **Financeiro**

Compete proceder e acompanhar todas as entradas e saídas financeiras da Unidade (pagamento de contas e recebimento do repasse), fazendo registro das movimentações bancárias, promovendo aplicações, efetuando conciliações bancárias

e consolidando o Fluxo de Caixa, como forma de retratar as efetivas transações ocorridas no período.

### **SHL (Serviço de Higiene e Limpeza)**

Compete promover a higiene e limpeza da instituição, sendo um dos elementos primários e eficazes nas medidas de controle para romper a cadeia epidemiológica das infecções, pois está diretamente ligada à remoção da sujidade e contaminação dos artigos e das superfícies da UNIDADE.

### **Almoxarifado**

Compete a função de conferir a coerência e integridade de todos os suprimentos adquiridos pela UNIDADE, assim como exercer o correto armazenamento, conforme legislações pertinentes, e dispensar os mesmos de forma eficaz. O Almoxarifado deve manter um contado direto com o setor de compras para a contínua troca de informações, visando garantir o correto abastecimento da UNIDADE, assim como avaliar o desempenho dos fornecedores.

### **Custos**

Compete o monitoramento dos custos hospitalares, servindo como ferramenta de auxílio à diretoria para tomada de decisão.

### **Manutenção**

Compete conservação por meio de manutenções preventivas e corretivas, bem como garantir que a estrutura física da UNIDADE permaneça em perfeitas condições. Este setor deve interagir intensamente com o SCIH para a normatização de determinadas ações, conforme exigido pela ANVISA, assim como ao SESMT, visando trazer segurança aos colaboradores, durante os trabalhos em situações de risco.

### **Farmácia**

Compete todo processo de recebimento, armazenamento e dispensação de medicamentos e materiais hospitalares, conforme os padrões estabelecidos em legislações pertinentes. A Farmácia deve exercer um controle efetivo dos produtos de sua responsabilidade, adotando mecanismos que garantam a rastreabilidade e integridade dos mesmos, além atender a demanda dos serviços assistenciais em tempo hábil.

### **Patrimônio**

Compete os controles de inclusão, transferência e baixa dos bens patrimoniais, sempre registrando e respeitando às exigências da Secretaria da Saúde, ente proprietário do patrimônio da Unidade.

### **Engenharia Clínica**

Compete assegurar que todos os equipamentos de suporte para melhoria do paciente estejam em pleno funcionamento e acompanhar toda questão preventiva e corretiva dos mesmos. Manter controle dos laudos técnicos de funcionamento, localização e calibração.

### **DP (Departamento Pessoal)**

Compete a atuação através de documentos para as admissões, folha de pagamento, controle de frequência, encargos sociais, das demissões da mão-de-obra a Unidade, de acordo com a legislação trabalhista vigente.

### **Estatística**

Caracteriza-se elaborar o Plano Estatístico da UNIDADE, descrevendo em números todas as movimentações e volume de serviços realizados no período.

### **Faturamento**

Compete o processamento das faturas da Unidade, tendo a finalidade de realizar o mapeamento e a consolidação das planilhas de produção para convertê-las em receitas, sob os valores da Tabela Unificada SUS, que serão repassados ao contratante e disponibilizadas a Unidade conforme as disposições estabelecidas no Contrato de Gestão.

### **SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho)**

Compete a 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, seguindo Normativas Regulamentadoras pertinentes ao setor.

### **Recepção/Telefonia**

Compete todo serviço de recepção da UNIDADE, assim como estabelece um contato contínuo com a Central de Regulação do Estado, gerenciando o agendamento de consultas, exames e transferência de pacientes. Seu trabalho está diretamente subordinado à Hotelaria, tendo participação ativa na satisfação do usuário, pelo fato de exercer o primeiro contato sobre os mesmos, proporcionando-os um atendimento humanizado, assim como atua na comunicação através de ligações solicitadas, promovendo os contatos necessários ao ser solicitado.

79

### **SPP (Serviço de Prontuário do Paciente)**

Compete por desenvolver metodologia que assegure o fluxo e guarda do prontuário do paciente, conforme legislações e normativas preconizadas.

### **SND (Serviço de Nutrição e Dietética)**

Compete avaliar e efetuar tratamento nutricional e terapêutico dos pacientes da Unidade, em parceria com a equipe clínica, produzindo refeições e dietas e prescrevendo nutrientes para a melhor recuperação do usuário.

### **Portaria**

Compete manter a ordem e zela pelos bens patrimoniais da instituição. Responsável por controlar acessos e fluxos (pessoas e bens) da UNIDADE.

### **TI (Tecnologia da Informação)**

Compete todo funcionamento, controle e manutenção dos equipamentos de informática da instituição. A Tecnologia da Informação também deve garantir o bom funcionamento do sistema de informação, assim como assegurar o armazenamento das informações.

## DIRETORIA/GERÊNCIA ASSISTENCIAL



É o órgão executor das políticas, diretrizes, objetivos e metas emanadas da alta direção, a serem implementadas nas unidades sob comando direto, bem como representar os interesses e necessidades destas unidades no contexto da UNIDADE. Compete cumprir e fazer cumprir esta Diretriz.

### **Unidades de Internação**

Compete ao atendimento de usuários, portadores de patologias crônicas, agudas e clínicas e necessidades cirúrgicas em busca de atendimento visando à recuperação e reabilitação da saúde, através de uma assistência segura.

### **Centro Cirúrgico**

Compete à realização de cirurgias de média e alta complexidade à pacientes referenciados pela Central de Regulação do Estado, bem como aos encaminhados pelas unidades internas do Hospital. Este setor deve funcionar 24 horas/dia, dispondo de médico cirurgião, anestesista e enfermeiro durante todo período de funcionamento, de forma a atender às cirurgias programadas, assim como as de urgência, seguindo legislações pertinentes e metas pré-estabelecidas no Contrato de Gestão.

### **Ambulatório**

Compete a prestação de atendimento eletivo e de assistência aos usuários, programado e/ou continuado. O Modelo assistencial contempla, ações preventivas, de diagnóstico, terapêuticas e de reabilitação.

### **CME (Central de Material e Esterilização)**

Compete coleta, limpeza, desinfecção/esterilização e distribuição de todos os materiais e instrumentais cirúrgicos utilizados pelas unidades da UNIDADE. Este setor deve manter contato contínuo com o SCIH, assim como cumprir legislações e instruções de trabalho pertinentes, de forma a garantir esterilização dos materiais.

### **Pronto Atendimento/Emergência**

Compete atendimento de pacientes referenciados que necessitem de atenção imediata de média e alta complexidade, onde deve ter um profissional habilitado para qualquer eventualidade de atendimento de urgência e emergência, que por ventura possa ocorrer. O Acolhimento também é responsável por admitir os pacientes que serão internados, bem como manter contato permanente com a Central de Regulação.

### **UTI/Unidades de Cuidados Intermediários (Unidade de Tratamento Intensivo)**

É uma unidade especializada e diferenciada, destinada ao atendimento de pacientes que necessitam de cuidados intensivos e contínuos de equipe multidisciplinar especializada e capacitada. São recebidos nessas unidades, pacientes referenciados de outros serviços na busca de atendimento de média e alta complexidade, que buscam recuperação e reabilitação da saúde. As Unidades de Terapia Intensiva devem ser coordenadas por profissional Enfermeiro devidamente habilitado.

### **SCIH/NVE (Serviço de Controle e Infecção Hospitalar / Núcleo de Vigilância Epidemiológica)**

Compete ser os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e são encarregados de desenvolver o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), que é um conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, para a máxima redução possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares, assim como ser o núcleo de vigilância epidemiológica conforme diretrizes da ANVISA.

### **Serviço Social**

Compete prestar assistência social aos usuários, acompanhante, visitantes e profissionais da UNIDADE, em uma abordagem educativa, respeitando os princípios éticos e técnicos da profissão como premissa do serviço. Acompanhar, orientar etc.

81

### **SADT**

Compete realizar exames e tratamentos, têm como atribuição o auxílio no diagnóstico precoce e tratamento das principais patologias, contando com a utilização de tecnologia adequada e técnicas preconizadas pelos manuais de boas práticas e protocolos assistenciais. Composto por Radiologia, Ultrassonografia e outros que por ventura venham ser implantados.

### **Psicologia**

Compete prestar atendimento psicológico aos pacientes internados e seus familiares utilizando psicoterapia breve e focal bem como contribuir para a melhoria do nível de saúde mental, aderência ao tratamento e reabilitação sócio psicológica. Acompanhar, orientar, interagir etc.

### **Fisioterapia**

Compete reabilitação ou readaptação dos processos sensoriais e da função respiratória e motora. Utiliza métodos de inibição dos padrões, tônus e movimentos patológicos; facilitação dos normais e aprendizagem destes, gerando a função. Acompanhar, orientar, interagir etc.

### **Terapia Ocupacional**

Compete atuar na promoção, desenvolvimento, restauração das habilidades do usuário e que são necessárias para realizar atividades diárias a evitar disfunção, através de programas para facilitar o envolvimento ativo no processo terapêutico.



Compete administrar os Serviços Médicos da UNIDADE, assegurando a regularidade do seu funcionamento 24horas/dia, seguindo os critérios das diretrizes institucionais, protocolos e manuais, garantindo assistência ao paciente de forma eficiente e eficaz em todos os serviços da UNIDADE.

A Direção Executiva indicará e contratará um médico para ser o Diretor Técnico da instituição, cargo remunerado, que administrará os serviços médicos.

### **Especialidades**

Compete as especialidades definidas nas UNIDADES conforme contrato de gestão atuar no âmbito médico de acordo com sua área de especialidade em prol da assistência segura junto aos usuários e conforme definições da diretoria executiva em cumprimento de metas e objetivos institucionais.

### **Diagnóstico por Imagem**

Compete realização de exames de Raio X, Ultrassonografia e Tomografia, onde suas execuções devem ser realizados mediante solicitação de exames internos, assim como atender os usuários referenciados pela Central de Regulação.

### **Análises Clínicas**

Compete a análise laboratorial dos componentes do organismo, por meio de exames de sangue, urina, dentre outros, através de executar o processamento de sangue, suas sorologias e exames pré transfusionais, emitindo laudos de seus resultados.

### **Anátomo Patológico**

Compete analisar as peças do organismo alteradas por processos patológicos, emitindo laudos de seus resultados.



### **Agência Transfusional**

Compete armazenar, realizar testes de compatibilidade e distribuir hemocomponentes para aplicação e utilização nos usuários conforme suas necessidades.

### **Métodos Gráficos**

Compete os procedimentos diagnósticos e terapêuticos, que utilizam como meio de inspeção visual e remota cavidade e órgãos através de equipamentos específicos.

### **EDA**

Compete realização de exame de investigação de doenças do esôfago, estômago e duodeno (primeira porção do intestino delgado), através de exame microscópico das biópsias esofágicas.

#### **4.3.4 - PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM**

### **PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM**

#### **Capítulo I - Da Apresentação**

Art. 1º - O Serviço de Enfermagem da Instituição, tem por finalidade prestar uma assistência de enfermagem de excelência em todos os níveis de complexidade, com qualidade isenta de riscos indo ao encontro das necessidades do paciente e da missão, visão e valores institucionais, tem como base:

- Respeito ao profissional, paciente e família.
- Promoção da saúde e prevenção de doenças.
- Assistência Integral com ênfase ao autocuidado baseada na fundamentação científica, ética e humanização.
- Integração dos profissionais, estimulando o trabalho em equipe.
- Desenvolvimento profissional dos membros do corpo de enfermagem.

#### **Capítulo II - Das Finalidades**

Art.2º - O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

I - Estabelecer, implantar e controlar o Plano Diretor de Enfermagem, com planos de ação e indicadores na busca da melhoria contínua dos serviços prestados.

II - Planejar, organizar, coordenar a assistência prestada aos pacientes, de acordo com a metodologia adotada para a SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem.

III - Prover recursos que possibilitem uma assistência integral aos pacientes, nas diversas fases do tratamento.

IV - Manter um padrão de atendimento seguro em todos os níveis de assistência.

V - Estabelecer técnicas e definir métodos de trabalho.

VI - Programar e coordenar o dimensionamento adequado de recursos humanos para a assistência ao paciente.

VII - Estimular trabalho em equipe e prover ambiente harmônico.

VIII- Definir programa e promover condições para o desenvolvimento profissional do Corpo de Enfermagem.

IX - Colaborar com a equipe de saúde, a fim de melhorar e aperfeiçoar o desenvolvimento da assistência ao paciente.

X - Colaborar com instituições educacionais na formação de profissionais da saúde.

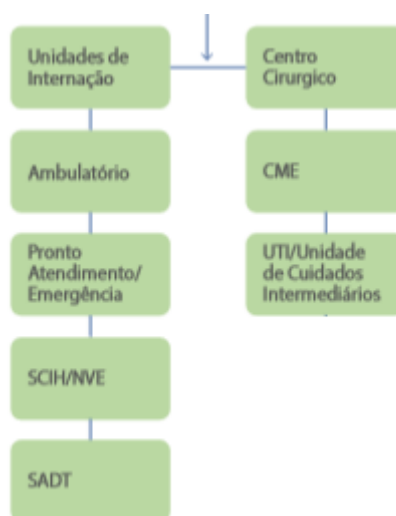
XI - Estimular e oferecer condições para o desenvolvimento da pesquisa.

Parágrafo Único: O Serviço de Enfermagem da Instituição terá como parâmetro para a execução de suas atividades a legislação aplicável no âmbito da saúde proveniente dos órgãos competentes e especificamente, do exercício profissional estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem.

### Capítulo III - Da Estrutura Organizacional

Art. 3º - O Serviço de Enfermagem é representado por uma Gerência e subordinado à Diretoria Executiva.

Art. 4º - A estrutura do Serviço de Enfermagem é representada pelo organograma



85

### Capítulo IV - Do pessoal, seus requisitos e competências:

Art. 5º - O Serviço de Enfermagem possui as seguintes funções:

- I) Gerente de Enfermagem
- II) Coordenador de Enfermagem
- III) Enfermeiro
- IV) Técnico de Enfermagem
- V) Auxiliar Administrativo

Art. 15º- Os requisitos para a função de Gerente de Enfermagem são:

I - Possuir diploma do curso superior de Enfermagem e registro no COREN.

II - Possuir Pós-Graduação em Administração hospitalar ou Gestão hospitalar.

III - Prática no exercício da profissão de, no mínimo, três anos.

IV - Ter conhecimento da legislação e jurisprudência dos procedimentos, métodos e técnicas que regem o serviço.

V- Habilidades gerenciais para planejar, organizar e integrar atividades em nível complexo.

VI- Liderança, controle emocional, criatividade, dinamismo, facilidade de relacionamento e trabalho em equipe.

VII - Título de Responsável Técnico no COREN estadual.

Parágrafo Único: O provimento do Cargo de Diretor de Enfermagem é indicado pelo Diretor Geral do Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano.

Art. 06º- Os requisitos básicos para função de Coordenador são:

I - Possuir diploma do curso superior de enfermagem e registro no COREN-XX

II – Possuir Pós-Graduação na área de atuação.

III - Prática do exercício da profissão por um prazo mínimo de dois anos.

IV - Conhecimento das técnicas e métodos científicos.

V - Possuir habilidades gerenciais aplicado á sua área de atuação, liderança, iniciativa, controle emocional e facilidade de trabalho em equipe.

VI - Possuir conhecimento técnico sobre o manejo de aparelhos, equipamentos e instrumentais utilizados em execução dos trabalhos.

Art. 17º - Os requisitos básicos para função de Enfermeiro são:

I - Possuir diploma do curso superior de Enfermagem e registro no COREN-XX.

II - Experiência mínima de 02 anos.

III - Ter espírito de disciplina, colaboração, dinamismo, versatilidade, facilidade em relacionar-se, compreender níveis hierárquicos e aceitação de supervisão.

IV - Possuir conhecimentos teóricos e habilidades técnicas dos procedimentos relacionados á sua área de atuação.

V- Ter conhecimento e habilidades gerenciais necessárias para operacionalização da sistematização da assistência de enfermagem e coordenação da equipe de trabalho.

Art. 18º - Os requisitos necessários para função de Técnico em Enfermagem:

I - Possuir o certificado do curso Técnico em Enfermagem e registro no COREN –XX.

II – Ter Conhecimentos teóricos e habilidade prática no desempenho de suas atribuições.

III- Capacidade para acompanhar o Enfermeiro no planejamento, programação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem.

IV- Espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, respeito hierárquico e aceitação de supervisão.

Art. 7º. Os requisitos para função de Assistente Administrativo

I - Possuir o certificado de conclusão do ensino médio reconhecido pelo Ministério da Educação.

II - Conhecimentos sobre organização e manutenção de arquivos e fichários.

III - Conhecimentos elementares de português e matemática.

IV - Conhecimentos de informática e manuseio de máquina de calcular.

V - Desenvoltura para redação e interpretação de textos.

### **Capítulo V - Do pessoal e suas atribuições**

Art. 8º - São atribuições do Gerente de Enfermagem:

I - Garantir a execução dos serviços de enfermagem nos setores do Hospital, em conformidade com a Lei Nº 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem (COFEN).

II - Colaborar com a Diretoria Técnica e Diretoria Executiva do Hospital no processo de implantação e desenvolvimento do hospital.

III - Administrar recursos materiais, físicos e orçamentários alocados a disposição da diretoria de enfermagem.

IV- Responsabilizar-se pelos atos e ações da Equipe de Enfermagem perante a direção do hospital, órgãos representativos de classe, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, dentre outras entidades.

V- Dimensionar o quadro de enfermagem e solicitar o provimento nas vagas das unidades de trabalho.

VI - Oferecer condições e apoiar o desenvolvimento aos trabalhos dos grupos de estudo e das Comissões Institucionais.

VII– Estabelecer, divulgar e implementar a política da assistência de enfermagem com foco no cuidado integral.

VIII- Estabelecer e implantar, junto com os Coordenadores os Indicadores de Qualidade dos setores, incentivando e propondo planos de ação em busca da melhoria contínua.

IX - Solicitar e orientar os Coordenadores de Enfermagem na elaboração e apresentação de relatórios mensais de atividades.

X- Valorizar o profissional através do incentivo à sua capacidade de trabalho e comprometimento e com a Instituição.

XI - Elaborar, divulgar e acompanhar o Plano Diretor de Enfermagem.

XII - Promover reuniões periódicas com os coordenadores para alinhamento estratégico, resolução e discussão de problemas, bem como receber sugestões e

propostas em relação à melhoria dos serviços, mantendo registro na pauta dos problemas apresentados e tomada de decisões.

XIII- Estabelecer, divulgar e fazer cumprir os processos e instruções de trabalho desenvolvidas pela diretoria de enfermagem em consonância com a Política da Qualidade da Instituição.

XIV- Interagir com as equipes de trabalho, mantendo inter-relação com os demais serviços do hospital, buscando e incentivando o cumprimento das interações de processos, a fim de agilizar e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

XV- Elaborar, divulgar e executar a programação anual de desenvolvimento profissional, incentivando a participação dos profissionais que integram o Corpo de Enfermagem e estimular o desenvolvimento da pesquisa.

XVI- Manter a Direção do Hospital informada sobre qualquer problema operacional, técnico e/ou administrativo relacionado aos cuidados prestados aos pacientes, bem como apresentar relatório mensal de atividades.

XVII - Responder pelos testes e padronização de materiais hospitalares.

XVIII - Assessorar e emitir parecer sobre assuntos relativos à área de enfermagem.

XIX– Manter por meio de instrumentos próprios, sistemas de avaliações contínuos, visando aferir o desempenho do profissional e equipe de enfermagem, bem como, a qualidade da assistência prestada aos pacientes.

XX- Avaliar o desempenho do pessoal de enfermagem, promoções, transferências e desligamentos com a colaboração das coordenações dos departamentos e setores.

XXI- Deliberar a solicitação de horas extras e compensação por meio do banco de horas conforme política institucional e sindicato.

XXII - Elaborar em conjunto com os coordenadores a programação anual de férias.

XXIII - Participar do processo de seleção de pessoal e conduzindo a entrevista de seleção.

XXIV - Favorecer a integração com outras instituições de saúde e entidades, na busca de conhecer as melhores práticas assistenciais.

XXV- O Diretor de Enfermagem deve ser substituído em suas ausências e impedimentos pelo coordenador (Indicado pelo diretor de enfermagem ).

XXVI- Em caso de falta, impedimento ou vacância simultânea do Diretor de Enfermagem e do Coordenador, responde pela Diretoria o Enfermeiro da Educação Continuada (indicado pelo diretor de enfermagem).

XXVII- Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética de Enfermagem e regulamento do hospital.

XXVIII- Assegurar a implantação/operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, Manual do Regimento Interno e do manual de normas técnicas (Instruções de Trabalho e Protocolos).



XXIX-Manter atualizada a Certidão de Responsabilidade Técnica – CRT, junto ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN-XX.

XXX - Promover e apoiar os trabalhos dos Grupos de Estudos, sendo: Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas – CPTF e Comissão de Ética de Enfermagem - CEE.

XXXI - Promover excelente relacionamento entre membros da equipe de enfermagem e equipes multiprofissionais da instituição.

XXXII - Ser membro efetivo da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

XXXIII - Ser membro efetivo da Comissão de Óbito, Hemovigilância, Farmacovigilância e Tecnovigilância, bem como, supervisão do cumprimento pelo serviço de enfermagem das normas internas e externas estabelecida por estes órgãos.

XXXIV - Participar das reuniões da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

XXXV - Participar das reuniões da Direção Geral.

Art. 9º - São atribuições do coordenador de departamento:

I- Substituir o Diretor em suas ausências e impedimentos.

II - Estabelecer, monitorar e divulgar os indicadores implementando, quando necessário, planos de ação na busca da melhoria contínua.

III- Contribuir em conjunto com a Diretoria na implementação dos processos de trabalho e padronizações, apoiando as diretrizes do Sistema da Qualidade.

IV- Realizar e participar de reuniões periódicas com sua equipe, mantendo registro da pauta, problemas e sugestões apresentadas, bem como as tomadas de decisões.

V- Receber diariamente o plantão dos enfermeiros noturno inteirando-se das intercorrências e providências tomadas, realizando os devidos encaminhamentos.

VI- Elaborar, coordenar e orientar as escalas de trabalho, serviço e férias, deliberando quando necessária autorização para realização de horas extras.

VII - Auditar por amostragem o prontuário do paciente quanto ao registro adequado de informações.

VIII - Participar, avaliar e emitir parecer de testes técnicos de materiais, equipamentos e/ou assuntos relativos à Assistência de Enfermagem.

IX - Alinhar a equipe à política de Assistência de Enfermagem da Instituição, incentivando a aplicação e desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), cumprindo a determinação legal da Resolução COFEN Nº 358/2009.

X - Promover a avaliação de desempenho dos seus colaboradores, conforme as diretrizes preconizadas pela Instituição.

XI - Participar do processo de seleção de pessoal e conduzir a entrevista de seleção.

XII - Elaborar, implementar e supervisionar, em conjunto com a equipe médica e multidisciplinar, o Protocolo de Atenção em Emergências (PAE) nas bases do acolhimento, pré-atendimento, regulação dos fluxos e humanização do cuidado.

XIII – Participar na implantação dos programas institucionais de qualidade e humanização.

Art. 10º São atribuições do Enfermeiro do Setor de Controle de Infecção Hospitalar

I - Realizar vigilância das infecções hospitalares através do método de busca ativa.

II - Fornecer a taxa mensal de infecção hospitalar das unidades sob vigilância.

III - Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de isolamento padronizadas pela SCIH.

IV - Participar da investigação de surtos de infecção, junto com os demais membros do grupo executor.

V - Coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação.

VI - Normatizar junto com a Comissão de Padronização de Materiais/Medicamentos, e outros membros do grupo executor o uso de germicidas hospitalares.

VII - Participar da elaboração de normas para prevenção e controle das infecções hospitalares.

VIII - Fazer revisão das Normas de Prevenção de Controle de Infecção Hospitalar periodicamente.

IX - Programar e elaborar programas educativos relacionados ao controle de infecção para equipe multiprofissional da área hospitalar.

X - Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares.

XI - Realizar auditoria para avaliar o cumprimento do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH).

XII - Dar parecer técnico quanto à aquisição de material e equipamento médico – hospitalar.

XIII - Participar das discussões de construção ou reforma na área física hospitalar, quando solicitado pela administração.

XIV - Dar parecer técnico quanto ao reprocessamento de artigo médico – hospitalar.

XV - Participar de visita técnica e emitir parecer técnico na contratação de empresa prestadora de serviço, como farmácia de preparo de nutrição parenteral, esterilização em óxido de etileno e lavanderia hospitalar.

XVI - Participar de grupos de interesse para o controle das infecções hospitalares como: grupo de feridas, cateter, reuso, etc.

XVII - Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência.

Art. 11º - São atribuições comuns ao enfermeiro:

I - Planejar, executar, orientar e controlar a assistência de enfermagem.

II - Delegar e supervisionar as tarefas dos membros da equipe de forma equilibrada, tendo como parâmetro a SAE – Sistematização da Assistência da Enfermagem.

III - Coordenar a passagem de plantão ao Enfermeiro mantendo o registro de todos os dados e intercorrências de seu período de trabalho.

IV- Realizar visitas a todos os pacientes, buscando resolutividade ou encaminhando as possíveis queixas e necessidades do paciente.

V- Manter o setor organizado e proporcionar um ambiente adequado para o bom desenvolvimento dos serviços, supervisionando a entrega do trabalho realizado pelos profissionais de enfermagem, higienização e limpeza e manutenção.

VI - Interagir com os integrantes da equipe, a fim de incentivar e melhorar o trabalho em grupo, desenvolvendo na equipe uma visão holística do paciente, que deve ser cuidado de forma integral e personalizado.

VII - Providenciar a documentação e exames necessários para a TFD (Transferência Fora do Domicílio), comunicando imediatamente o Assistente Social de tal solicitação.

VIII - Participar de reuniões e integrar Comissões sempre que necessário ou convocado.

IX - Coletar, medir e acompanhar os indicadores Assistenciais de Enfermagem que lhe forem solicitados.

X - Realizar solicitação de materiais no sistema informatizado (farmácia e almoxarifado).

XI - Participar, incentivar e favorecer o envolvimento dos colaboradores nas atividades de educação permanente propostas pelo Programa de Desenvolvimento Profissional.

XII - Divulgar e fazer cumprir as Instruções de Trabalho contidas na pasta da qualidade.

XIII - Realizar o controle da pontualidade, assiduidade, postura e apresentação pessoal dos colaboradores conforme normalização.

XIV - Reposição e controle de materiais do carrinho de emergência - Certificar, checar e registrar diariamente em formulário próprio o funcionamento do desfibrilador, lâmpada do laringoscópio e demais equipamentos essenciais ao setor.

XV - Comunicar imediatamente ao SND qualquer alteração na prescrição da dieta dos pacientes.

XVI - Encaminhar o familiar ou paciente para realização do processo de internação hospitalar.

XVII - Realizar a notificação de doenças de notificações compulsórias.

XVIII - Orientar pacientes e familiares diante da admissão e alta.

- XIX - Colaborar na avaliação de desempenho dos seus colaboradores.
- XX - Participar de testes de materiais e equipamentos, emitindo parecer técnico.
- XXI - Zelar e controlar o patrimônio do setor, contribuindo com o programa de manutenção preventiva e corretiva.
- XXII - Avaliar e realizar procedimentos de enfermagem alta complexidade: SNE, PORT-CATH, SVA, SVD, PICC, PUNÇÃO ARTERIAL, RETIRADA DA CATÉTER VENOSO CENTRAL.
- XXIII - Representar a instituição em eventos externos quando convidado, repassando o conhecimento adquirido.
- XXIV - Acionar a Coordenação em situações que não estão contempladas nas suas atribuições.
- XXV- Coordenar as ações de enfermagem nos atendimentos de emergência.
- XXVI- Supervisionar a realização da troca semanal das almotolias, limpeza do mobiliário e equipamentos do local de trabalho.
- XXVII- Supervisionar e/ou realizar a execução das prescrições médica e de enfermagem.
- XXVIII- Cumprir e fazer cumprir as Instruções de Trabalho do SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar).
- XXIX– Acompanhar eventualmente quando determinado pela coordenação pacientes em exames ou processo de transferência fora de domicílio – TFD.
- XXX- Promover reuniões periódicas com os colaboradores da equipe.
- XXXI - Cumprir e fazer cumprir o regimento do corpo de enfermagem.

92

Art. 12º - São atribuições comuns aos Técnicos de Enfermagem:

- I - Prestar os cuidados integralmente aos pacientes sob sua responsabilidade, atendendo com cortesia, educação e agilidade de acordo com a prescrição médica e de enfermagem.
- II - Admitir e orientar pacientes e familiares que internarem no setor.
- III - Receber e passar plantão, prestando informações básicas, essenciais e necessárias à continuidade do serviço.
- IV- Registrar em prontuário a assistência prestada, sendo que as intercorrências do plantão devem ser direcionadas ao Livro de Ocorrências.
- V- Manter o prontuário identificado, organizado, limpo, devidamente preenchido e em boas condições de manuseio.
- VI - Auxiliar a equipe interdisciplinar na realização de exames e procedimentos.

VII - Preparar, disponibilizar, controlar e manter em condições de uso, os materiais, medicamentos e equipamentos necessários à execução das atividades assistenciais, conforme Escala de Atividades.

VIII - Zelar pela limpeza e manter a ordem e organização no setor e nas áreas específicas de trabalho da Enfermagem.

IX - Acompanhar o paciente durante a realização de exames, obedecendo às regras de segurança durante o transporte.

X- Receber e conferir as medicações enviadas pela Farmácia.

XI - Promover a identificação do paciente por meio de pulseira.

XII - Participar das programações de treinamento e desenvolvimento profissional promovidos na instituição.

XIII - Participar das reuniões da equipe de enfermagem quando convocado, sugerindo medidas que visem à integração e desenvolvimento da equipe.

XIV- Conhecer e cumprir a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Instruções de Trabalho contidas na pasta da qualidade.

XV- Conferir e repor os materiais e medicamentos do carrinho de emergência (conforme escala de atividades).

XVI - Comunicar ao enfermeiro as observações de alterações do estado geral do paciente.

XVII - Comunicar ao setor de Nutrição alterações de dieta.

XVIII- Acompanhar eventualmente quando determinado pela coordenação.

Observação: O profissional Técnico de Enfermagem deverá solicitar a presença do enfermeiro quando se sentir inseguro ou julgar-se imperito para realizar determinado procedimento.

## **Capítulo VI - Das Normas Gerais**

Art. 13º - É vedado o uso de qualquer informação relativa à Instituição em benefício próprio ou de terceiros.

Art. 14º - Comunicar ao Serviço de Enfermagem, sem perda de tempo, as variações de residência, telefone e estado civil, para que possa ser encaminhado ao departamento de pessoal.

Art. 15º - É proibido fumar nas dependências do hospital.

Art. 16º - Permanecer na Instituição fora do seu horário de serviço sem autorização ou justificativa prévia.

Art. 17º - Organizar, dentro das dependências do Hospital, rifas, vendas e compras ou outras iniciativas não autorizadas pela administração, bem como tomar parte nelas.

Art. 18º - Receber pessoas estranhas no recinto de trabalho, salvo ordem superior.

Art. 19º - Servir-se de uso de telefones ou impressos do Hospital para assuntos pessoais.

Art. 20º - Sair das dependências do Hospital durante o período de trabalho, sem para tanto estar autorizado pela chefia.

Art. 21º - Durante o período de trabalho, os colaboradores deverão, obrigatoriamente, estar uniformizados e devidamente identificados.

Art. 22º - Receber, sob qualquer forma ou pretexto, dádivas e gorjetas de outras pessoas que estejam em relação de negócio com o Hospital.

Art. 23º - É proibida a visita aos pacientes por menores de 12 anos, exceção para autorizações concedidas pelo enfermeiro.

Art. 24º - Os colaboradores da enfermagem deverão estar em seus setores dez minutos antes do seu horário de trabalho para a passagem de plantão na troca de turno.

Art. 25º - É permitida troca de folga entre os colaboradores do Corpo de Enfermagem, desde que este colaborador não tenha faltas, atrasos e esta conduta esteja intermediada e autorizada pelo Coordenador.

Art. 26º - O colaborador deverá fazer o uso adequado dos EPI – equipamentos de proteção individual e do EPC – equipamentos de proteção coletiva.

Art. 27º - No caso de falta ao trabalho por licença de saúde, o colaborador deverá apresentar o atestado com o CID (Código Internacional de Doença) ao departamento de pessoal no prazo de 48 horas.

Art. 28º - Não é permitido aos colaboradores o uso de *piercing* e adornos, conforme determinação da NR 32 (Portaria MT – Nº 485 – 11/11/2005).

Art. 29º - Manter os cabelos presos e fazer uso da redinha de cabelo do início ao final do trabalho nas Unidades de Internação, PA/UDT, SADT,s, Centro Médico e Pesquisa Clínica;

Art. 30º - Não é permitido fotografias nas dependências da Instituição, sem prévia autorização por escrito da chefia direta.

Parágrafo 1º - Normalização específica oriunda de processos de trabalho, assistenciais ou administrativos, deverão estar especificados nas IT's (instrução de trabalho).

## **Capítulo VII - Das disposições gerais**

Art. 31º - Os profissionais receberão no Treinamento do Colaborador Recém-Admitido informações sobre o regimento de enfermagem, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que o descumprir está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.



Art. 32º - A diretoria de enfermagem poderá resolver questões não previstas neste regimento, sempre que seja necessário preservar a imagem da instituição e garantir o bom andamento do serviço.

Art. 33º - Este regimento será mantido nos setores assistências atualizadas anualmente e disponível em local de fácil acesso para consulta dos profissionais do Corpo de Enfermagem da Instituição.

Art. 34º- Este Regimento poderá ser modificado por proposição da Diretoria de Enfermagem, aprovação em reunião com os coordenadores convocada para esta finalidade.

Art. 35º - O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e será assinado pelo Diretor Executivo e Diretor de Enfermagem.

#### **4.3.5 - PROPOSTA PARA REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO**

---

##### **Objetivo:**

A política de gestão do Corpo Clínico da UNIDADE tem como objetivo integrar o Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH) com o Corpo Clínico através das premissas listadas abaixo:

- Implantar as normas administrativas dos serviços médicos;
- Praticar a política de qualidade e segurança do paciente;
- Incentivar o desenvolvimento técnico-científico;
- Monitorar Indicadores do Corpo Clínico;
- Programa de Incentivo ao Corpo Clínico.

##### **Descrição:**

Premissas da Política do Corpo Clínico:

- Implantar as normas administrativas dos serviços médicos;
- Comissão de Credenciamento Médico: Composta pelo diretor Clínico e Técnico da UNIDADE que formalizará o cadastro do colaborador médico através do Formulário Credenciamento Médico UNIDADE e das Normas de Admissão e Aprovação estão descritas no Regimento Interno Capítulo V e VI.
- Avaliar as ações que geram riscos a instituição: Padronizar uma rotina de aplicação dos consentimentos informados, garantindo que o usuário e/ou seu acompanhante seja informado dos seus riscos em relação à cirurgia ou exames que serão realizados cumprindo com o Código de Ética Médica, aprovado pelo Conselho Federal de Medicina através da Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009, que prevê a obrigatoriedade do procedimento.
- Definir diretrizes e indicadores visando a satisfação do usuário: A satisfação do usuário é uma das metas do contrato entre o INDSH e a CONTRATANTE, e usada como diretriz do corpo clínico.

96

**Indicador: Total de reclamações dos usuários referente ao atendimento do Corpo Clínico dividido pelo total de atendimento ambulatorial e saídas (altas) UNIDADE.**

- Manual de Orientações Administrativas da Assistência Médica no UNIDADE: Manual com a finalidade de orientar e integrar o Corpo Clínico da UNIDADE no processo assistencial, possibilitando a sua adequação profissional de acordo com as normas do INDSH, CRM e CFM garantindo com isso a efetividade durante todas as fases do processo assistencial.
- Regimento Interno do Corpo Clínico: Tem por finalidade disciplinar as ações e os serviços de saúde executados, pelos componentes do Corpo Clínico da UNIDADE, estabelecendo linhas de relacionamento ético e funcional com bases nas determinações da Resolução do CFM 1481/97.
- Comissão de Ética Médica: Iniciar as atividades da Comissão de Ética Médica composta por 03 membros efetivos e 03 membros suplentes eleitos mediante voto direto e secreto, em Assembleia convocada para tal fim.
- Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional: Iniciar as atividades da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional que será composta por 01 nutrólogo, 01 membro do Corpo clínico e integrantes da equipe multidisciplinar a ser definida.

- Estimular a Interação do Corpo Clínico com as Comissões com a finalidade de garantir o pleno funcionamento das comissões médicas obrigatórias em conformidade com as resoluções do CREMESP, CFM, ANVISA e Ministério da Saúde. Elaborar e executar ações educativas ao Corpo Clínico, em prol da segurança do paciente e o cumprimento do planejamento estratégico da UNIDADE.

Praticar a política de qualidade e segurança do Paciente:

### **1. Plano Terapêutico:**

Plano Terapêutico: Plano integrado da equipe multiprofissional que reflete o planejamento de cuidados e o monitoramento dos resultados das disciplinas envolvidas nas intervenções do tratamento do usuário internado na UNIDADE.

Objetivo principal:

- Integrar o plano terapêutico multidisciplinar de cuidados do usuário.

Objetivos Secundários:

- Compartilhar entre os membros da equipe assistencial os problemas ativos do usuário;
- Estabelecer metas mensuráveis e/ou funcionais para cada problema ativo identificado;
- Estabelecer prazos para o alcance das metas estabelecidas;
- Avaliar a efetividade das intervenções propostas a partir do alcance das metas propostas;
- Evitar sobreposição e repetição de intervenções;
- Atualizar de forma dinâmica o plano de cuidados;
- Facilitar a comunicação com o paciente e família no estabelecimento e/ou monitoramento dos objetivos terapêuticos;
- Proporcionar a participação do paciente e família em seu plano terapêutico;
- Facilitar a adesão ao tratamento e a educação do paciente e da família aos processos de recuperação da saúde e autocuidado.

97

### **2. Visita Multidisciplinar:**

Visita Multidisciplinar: Orientar a equipe assistencial multidisciplinar da UNIDADE sobre as rotinas da visita clínica multidisciplinar, a fim de executar e discutir o plano terapêutico instituído a cada usuário da UNIDADE.

As Visitas Multidisciplinares nas UTIs: (todos os dias): Integrantes: Médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico clínico, fisioterapia e participação da fonoaudióloga, psicóloga, assistente social e psicologia sob solicitação de interconsulta;

As Visitas Multidisciplinares nas Clínicas devem acontecer de forma sistêmica pelos profissionais: Médico, Enfermeiro, Nutricionista e Farmácia Clínica. A participação da fisioterapia, fonoaudióloga, psicóloga, assistente social sob solicitação de interconsulta;

### 3. Protocolos de Segurança do Paciente:

Criar e Implantar os protocolos de segurança do paciente: Esses protocolos serão de conhecimento de toda a Instituição, cujo desempenho, resultado e cumprimento serão acompanhados por auditorias periódicas e evolução dos indicadores.

- **Prevenção de Quedas:** este protocolo envolve todos os membros da equipe multiprofissional, e consiste na identificação do usuário com risco de queda e na realização de medidas preventivas.
- **Higienização das mãos:** este protocolo envolve todos os colaboradores da UNIDADE e consiste em realizar higienização das mãos com a técnica correta e nos momentos corretos para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.
- **Identificação Segura do Usuário:** este protocolo envolve todos os colaboradores da UNIDADE e consiste em assegurar a correta identificação dos usuários desde a admissão até a saída UNIDADE, com intuito de reduzir erros relacionados a identificação.
- **Segurança na comunicação entre os profissionais de saúde:** este protocolo envolve toda equipe multiprofissional e consiste em comunicação eficaz entre os profissionais, visando segurança na assistência.
- **Prevenção de Lesão por pressão (LPP):** este protocolo envolve todos os membros da equipe multiprofissional, e consiste na identificação do usuário com risco de desenvolver lesão de pele durante sua internação e na execução de medidas preventivas.
- **Cirurgia Segura:** este protocolo envolve toda equipe -multiprofissional atuante nas clínicas cirúrgicas e no Centro Cirúrgico, e consiste em boas práticas a serem cumpridas sequencialmente com apoio de um *check-list* para um procedimento cirúrgico seguro.
- **Segurança da prescrição, uso seguro e administração de medicamentos:** este protocolo envolve toda equipe multiprofissional e consiste em práticas seguras para o uso de medicamentos dentro da UNIDADE.

98

### 4. Modelo para Protocolos Clínicos Gerenciados:

Os protocolos clínicos gerenciados são definidos conforme perfil da UNIDADE e são monitorados através de indicadores de resultados de qualidade da assistência. Segue exemplos:

- Protocolo de Prevenção de Tromboembolismo Venoso (TEV);
- Protocolo Abdômen Agudo;
- Protocolo de Fratura de Membros Superiores e Inferiores;
- Protocolo de Sepsis;

### 5. Modelos de Protocolos Clínico Não-Gerenciados:

Implantar protocolos, conforme perfil da UNIDADE. Segue exemplos:

- Protocolo Eclampsia;
- Protocolo de Doença Chagas;
- Protocolo de Pneumonia em Pediatria;
- Protocolo de Antimicrobiano;
- Protocolo para Uso de Albumina;
- Protocolo de Fratura de Membros Superiores e Inferiores;

## **6. Avaliação Pré-Operatória Ambulatorial:**

Implementar a Avaliação Pré-Operatória Ambulatorial com o objetivo de avaliar a condição clínica e funcional do candidato à cirurgia, para reduzir a morbimortalidade pós-operatória

## **7. Incentivar o Desenvolvimento Técnico-científico:**

Para desenvolvimento dos profissionais médicos do Corpo Clínico, serão adotadas as seguintes estratégias:

- Promover reuniões de atualização ministradas pelas especialidades do Corpo Clínico;
- Instituir treinamentos de práticas assistenciais;
- Realizar análise crítica dos resultados dos indicadores multidisciplinares;
- Incentivar a Educação Continuada.

## **8. Indicadores monitorados do Corpo Clínico:**

Os indicadores serão baseados nas reclamações dos usuários e/ou acompanhantes, atualização da documentação obrigatória, adequação do Corpo Clínico aos protocolos clínicos instituídos.

## **9. Programa de Incentivo:**

Esse programa tem como objetivo criar um estímulo as equipes que tiverem um bom desempenho em suas atividades, o incentivo definido pela Direção da UNIDADE será o custeio de cursos de ensino à distância EAD para os dois membros do Corpo Clínico que obtiverem o melhor desempenho na execução de suas atividades, o desempenho das equipes será critérios para continuidade ou não da prestação de serviços na UNIDADE.

## 4.4 - IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

### 4.4.1 - APRESENTAR INSTRUÇÃO / MANUAL PARA ATUAÇÃO EM PROTOCOLOS

---

#### 1| DEFINIÇÕES<sup>1</sup>

Não há consenso sobre o significado de Procedimento/Rotina, Protocolo ou Guia/Guideline, e definições que os diferenciem são necessárias. Esses documentos podem ser de natureza assistencial ou de gestão. Este trata exclusivamente daqueles de natureza assistencial.

#### 1.1| PROCEDIMENTOS/ROTINAS

Conjunto das regras e instruções para definir procedimentos, métodos e organização. Orientam os executantes no cumprimento de uma atividade. Define O QUÊ, COMO E QUANDO FAZER AS TAREFAS. Devem se fundamentar nos princípios ético legais.

O documento deve ser feito com linguagem clara e objetiva, com divulgação ampla e extensiva a todos os funcionários/colaboradores/servidores. As normas serão construídas em acordo com as características da unidade de saúde e podem ser publicadas isoladamente ou em conjunto com as rotinas. Detalham os passos a serem executados e os materiais a serem utilizados. Devem ser elaborados dentro dos princípios da prática baseada em evidências.

#### 1.2| PROTOCOLOS

Protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, que a enfermagem desempenha de maneira independente ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde. Um protocolo contém vários procedimentos.

O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. Os protocolos são instrumentos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências e oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado.

Há princípios estabelecidos para construção e validação de protocolos de assistência/cuidado, como a definição clara do foco, da população a que se destinam, quem é o executor das ações, qual a estratégia de revisão da literatura e análise das evidências utilizadas. Um protocolo deve descrever também a forma de validação

---

<sup>1</sup> Referência Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem/Cibele A. de M. Pimenta...[et al.].; COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015



pelos pares, estratégias de implementação e a construção dos desfechos ou resultados esperados.

### 1.3| GUIA DE CONDUTAS/GUIDELINES

É um conjunto de protocolos sobre determinada área de conhecimento. Deve ser construído dentro dos princípios da prática baseada em evidências. Pode se referir a ações de enfermagem independentes ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde.

## 2 ELEMENTOS PARA A ELABORAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE PROTOCOLOS

Protocolos devem ter boa qualidade formal, ser de fácil leitura, válidos, confiáveis, terem conteúdo baseado em evidências científicas, ser corretamente utilizados e comprovadamente efetivos. Tudo isso implica em rigoroso processo de construção, adaptação à realidade local e implementação, além de seguimento por meio de indicadores de uso (processo) e efetividade (resultado).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros órgãos, nacionais e internacionais vêm elaborando critérios para a avaliação e construção de protocolos de assistência/cuidados. A seguir, apresentaremos síntese desses critérios, tendo como base documentos desses órgãos.

**a. Origem:** identificar claramente a instituição/departamento que emite o protocolo.

**b. Objetivo:** informar claramente a(s) situação (es) e as categorias de pacientes para a(s) qual(is) o protocolo foi organizado, assim como o grupo de profissionais que o implementará. Por exemplo, um protocolo voltado para “Cuidados com Feridas” é muito menos específico do que outro intitulado “Cuidado com Úlceras Venosas e Arteriais”. O primeiro envolverá uma gama de possibilidades como: feridas pós-cirúrgicas, úlceras arteriais, úlceras por pressão, úlceras venosas, feridas por lesões traumáticas, entre outros, e exigirá grande habilidade do grupo elaborador do protocolo para não omitir alguma das diversas possibilidades de feridas e tratamentos.

No primeiro caso, a revisão da literatura será muito inespecífica, visto a variabilidade de lesões, e a síntese das evidências bastante complexa. No segundo caso, as situações são mais circunscritas, a revisão de literatura é mais específica e a síntese, mais tangível.

**c. Grupo de desenvolvimento:** incluir profissionais especialistas e relevantes na área e usuários finais. Incluir profissionais com experiência em metodologia de pesquisa científica, em busca de evidências, análise crítica da literatura científica e análise de custo-efetividade. Para a busca e análise da literatura, existem procedimentos considerados imprescindíveis e muito bem descritos, que orientam os profissionais nessa tarefa.

**d. Conflito de interesse:** refere-se a aspectos de cunho comercial, econômico/financeiro, ideológico, religioso e político. Na declaração de conflito

de interesses devem constar as instituições de provisão de recursos e profissionais que elaboraram e revisaram o protocolo.

**e. Evidências:** são as informações cientificamente fundamentadas que justificam as ações propostas. O protocolo deve conter a descrição da estratégia para busca da evidência (estratégia de revisão da literatura), qualidade da evidência, grau da força da recomendação das evidências, identificação do percentual de recomendações baseadas em evidências, identificação das informações oriundas da opinião de especialista, considerações sobre segurança das ações e mau uso potencial em diferentes cenários e localização; custo-efetividade e escassez potencial de recursos.

**f. Revisão:** conter revisão por revisor externo ao grupo elaborador, aprovação do documento pelos membros do grupo de desenvolvimento do protocolo e diretivo da instituição e plano de atualização. A atualização deve ser periódica (dentro do limite de tempo proposto, geralmente dois anos), instantânea (sempre que o grupo elaborador recuperar informação impactante que exija mudanças fundamentais) e devido a incorreções (percebidas pelo público leitor ou outros profissionais), que deverão ser inseridas a qualquer momento. Local para comentários/objeções/correções ao protocolo deve estar disponível e ser de fácil acesso e aberto a profissionais e usuários.

**g. Fluxograma:** é a representação esquemática do fluxo de informações e ações sobre determinado processo que subsidia a avaliação e a tomada de decisão sobre determinado assunto. É a representação esquemática de um protocolo. Fluxogramas, para serem de compreensão fácil e rápida, devem ser específicos.

**h. Indicador de resultado:** é uma variável resultante de um processo, capaz de sintetizar ou representar o que se quer alcançar, dando informações sobre uso, eficácia e efetividade de uma ação/protocolo. Indicadores precisam ser válidos (medir o que se pretende medir) confiáveis (serem estáveis, reprodutíveis). O monitoramento de indicadores deve ser atividade planejada e sistemática, para permitir a detecção de falhas e a implementação de melhorias. O monitoramento e a divulgação de resultados tornam a atenção à saúde mais transparente aos profissionais, pacientes e órgãos gestores públicos e privados, auxiliando os usuários na escolha dos serviços e os gestores na alocação de recursos.

**i. Validação pelos profissionais que utilizarão o protocolo:** é importante para garantir que o mesmo seja aceito e utilizado. Pode ser realizada pela inclusão de profissionais da instituição no grupo elaborador, sem prejuízo de participação de autoridades no tema, sendo recomendável uma validação externa.

**j. Validação pelo usuário:** o uso de protocolos de assistência tem como premissa a participação dos usuários dos serviços no processo de tomada de

decisão. A participação pode ser individual ou por meio de entidades representativas desse grupo. A participação pode ser menor ou maior, dependendo do tipo de protocolo e serviço. O protocolo deve estar disponível aos interessados, de forma estruturada e organizada, para consulta e manifestação. O grupo elaborador deve considerar em qual etapa do processo a participação dos usuários é viável, desejável ou fundamental. A participação pode ocorrer durante a fase de elaboração, especialmente no caso de protocolos de saúde coletiva, mas não exclusivamente, ou no momento do seu uso, como por exemplo, quando se indaga ao usuário qual sua preferência frente a duas opções disponíveis de cuidado. Essa decisão pode ser individual ou familiar. Protocolos cujo tema se relacione a associações de usuários, como diabéticos e renais crônicos, podem ser validados por esses associados. Quando não há grupos organizados, grupos focais de usuários da instituição podem ser formados, sob a coordenação dos responsáveis pela elaboração do protocolo. Nos serviços públicos, podem ser discutidos dentro dos conselhos gestores. A presença e usuários de serviços de saúde proporciona maior questionamento dos serviços e dos profissionais, favorecendo a transparência na gestão e na prestação de cuidados.

**k. Limitações:** deve conter identificação e aconselhamento sobre práticas não efetivas ou sobre as quais não há evidências ou as evidências são fracas.

**l. Plano de implementação:** o plano de implementação deve prever treinamento de todos que utilizarão o protocolo. A divulgação deve ser feita nos websites oficiais, fazer parte dos livros de divulgação, cursos, seminários e disponibilizadas eletronicamente.

103

### 3 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

O grande crescimento da literatura científica na área de saúde e de enfermagem ocorrido nas últimas décadas, os diferentes níveis de qualidade das pesquisas científicas, os resultados contraditórios dos estudos para um mesmo tratamento ou em determinada situação de cuidado, a necessidade de sintetizar essas informações, separando as mais consistentes das menos consistentes, de proteger o usuário de práticas pouco recomendáveis e otimizar os gastos em saúde, levaram ao desenvolvimento de um modelo de tomada de decisão sobre o cuidado denominado. Medicina Baseada em Evidências que, com a adesão de outros profissionais a esse estilo de prática, passou-se a chamar Prática Baseada em Evidências (PBE). Prática Baseada em Evidências é o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência disponível na tomada de decisões sobre o cuidado ao paciente.

Esta prática requer a integração da melhor evidência disponível na literatura à experiência clínica do profissional, às preferências do paciente e aos recursos disponíveis na instituição. Evidente, na língua portuguesa, significa o que é claro, indubitável, incontestável ou inquestionável.

A PBE originou-se entre o final da década de 1980 e início de 1990, com epidemiologistas canadenses (Universidade de McMaster) e com o britânico Archie

Cochrane, com o propósito de promover assistência clínica efetiva, dentro dos recursos disponíveis para a prestação de serviços. Visa à melhoria do cuidado, buscando identificar e promover práticas que funcionem, eliminando as ineficientes ou prejudiciais e minimizando lacunas entre a produção da evidência e sua aplicação no cuidado ao paciente.

A PBE é um processo sistemático que envolve princípios interligados, dentre eles:

**a. Cultivo do espírito investigativo.** Os profissionais devem apresentar atitudes questionadoras sobre sua prática assistencial. É preciso se indagar: o que o meu paciente tem? Que intervenções devo fazer? O que estou fazendo por ele é o melhor? Que resultados posso alcançar com essas ações? Esses são os melhores resultados possíveis? O que mais posso fazer?

Ressalta-se que essas perguntas se aplicam a todos os profissionais.

**b. Formulação da pergunta que guiará a revisão da literatura.** É a descrição de qual é a dúvida sobre o cuidado, em forma de pergunta. Uma pergunta bem estruturada delimita o problema - quem é o paciente e qual sua condição, qual intervenção/cuidado quero prestar, se há outra intervenção/cuidado de eficácia maior, equivalente ou menor. Nessa etapa, ter clareza sobre qual é a dúvida de cuidado tende a resultar numa pesquisa de literatura mais específica e, possivelmente, mais efetiva.

**c. Realização de busca sistemática de literatura.** Tem como objetivo responder a dúvida de cuidado. Para essa busca, devem-se utilizar combinações de palavras padronizadas (descritores - vocabulário controlado) ou palavras-chave (linguagem natural) nas bases de dados.

**d. Seleção e avaliação crítica dos estudos mais relevantes.** Estudos mais relevantes são os de melhor qualidade metodológica, independentemente de o resultado ser favorável ou contrário ao cuidado/ação que se quer protocolizar. Avaliação crítica é a estratégia de classificar a qualidade dos estudos e aplicabilidade. Há roteiros e recomendações padronizadas para se fazer isso na PBE, que devem ser utilizados.

**e. Integração das melhores evidências à experiência do profissional e às preferências e valores dos pacientes.** A experiência do profissional e a preferência do paciente estão integradas à PBE. Valores pessoais, culturais e expectativas do paciente/cliente e da equipe de saúde participam do processo de decisão. No entanto, o profissional e o usuário devem estar cientes de que a presença de forte evidência favorável ou forte evidência contrária a uma prática deve ter grande peso para nortear as escolhas. Nas situações em que as evidências de boa qualidade contrariam as intervenções que se pensou em utilizar ou que estão em uso na instituição, o profissional deve desenvolver ações para implantar o uso das intervenções de melhor evidência científica.

104

**f. Avaliação dos desfechos.** Desfechos são os resultados que se quer alcançar e mensurar o quanto se conseguiu alcançá-los é o modo de identificar a efetividade de uma intervenção, avaliar sua adequação e verificar a necessidade de mudanças.

### 3.1 TIPOS DE ESTUDO

A elaboração de protocolos baseados em evidência fundamenta-se em pesquisas clínicas. Avaliar a qualidade dos estudos requer dos profissionais conhecimentos sobre os diferentes tipos de estudos para a seleção dos mais adequados para responder à pergunta e com melhor qualidade.

Em relação aos tipos de estudo primários, ou originais, tem-se, basicamente, quatro desenhos de pesquisa clínica: ensaio clínico, estudos de coorte, estudos caso-controle e transversal.

Pesquisa clínica é aquela que responde a uma dúvida da prática clínica, que pode estar relacionada à frequência de algum diagnóstico/problema (prevalência ou incidência), a um diagnóstico/problema (como identificá-los), a um prognóstico (como esse diagnóstico/problema vai evoluir e o que influencia na sua evolução) ou de tratamento (quais ações são mais efetivas para controlar/curar esse diagnóstico/problema). Os agravos (diagnósticos e problemas de enfermagem) podem ser doenças ou sintomas; testes diagnósticos podem ser um exame laboratorial ou um questionário; a evolução de um agravo pode ser a morte ou a cura, a piora ou melhora de um sintoma, de uma situação; e um tratamento pode ser o uso de fármacos, de ações educacionais, cognitivas e comportamentais (programas educativos, técnicas de relaxamento, de intervenções para mudanças de crenças e comportamentos), de uso de meios físicos (calor, frio, massagem), de apoio emocional (escuta, orientação, terapia breve) e social (ações junto à família e comunidade), entre outras.

105

A seguir, apresenta-se breve descrição sobre os tipos de estudo:

**a. Ensaio clínico.** É um estudo comparativo composto por dois grupos, clientes/doentes, onde um grupo receberá o tratamento experimental (Grupo Intervenção) e o outro grupo receberá o tratamento convencional, um tratamento placebo, ou não receberá tratamento (Grupo Controle).

Todo tratamento experimental deve ser eticamente adequado, isto é, respeitar as diretrizes nacionais que envolvem as pesquisas com seres humanos - Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. Ensaio clínico visa a verificar o efeito de uma intervenção farmacológica, educacional, nutricional, de atividade física, meios físicos e natureza emocional, entre outras, sobre determinada condição (doença, sintoma, comportamento, pensamento e hábito). É o melhor estudo para testar os efeitos de intervenções/tratamentos.

Alguns elementos são essenciais para garantir a qualidade dos ensaios clínicos, como a alocação dos sujeitos da pesquisa de modo aleatório ou randomizado (exemplo, por sorteio) nos grupos, a presença de grupo controle e

o cegamento. A aleatorização/randomização visa à distribuição homogênea dos pacientes nos grupos de intervenção (o que recebe o tratamento) e grupo controle (o que recebe a intervenção tradicional, a intervenção placebo ou não recebe nenhum tratamento), e garante semelhança entre os grupos, isto é, garante que o diferente é apenas o tratamento, mas não as características das pessoas ou sua condição. A presença de grupo controle permite diferenciar os efeitos do tratamento dos efeitos que podem ocorrer, mas que não têm relação com o tratamento/intervenção experimental, por exemplo, o de retorno à média e o Efeito Hawthorne.

- O retorno à média pode ser exemplificado pelas seguintes situações: nos quadros gripais, a tendência é o quadro se resolver por si só, ao longo de alguns dias, independente do que se faça, ou num quadro de dor crônica, há períodos de exacerbação da dor, que tende a retornar à média, muitas vezes, independentemente do que se faça. Esse tipo de situação – retorno à média - acontece em várias condições de saúde física, quadros emocionais e sociais. A presença de um grupo controle permite identificar se a melhora foi ou não devida à intervenção.
- O Efeito Hawthorne, que consiste numa mudança positiva da queixa dos pacientes sobre o sintoma, pelo desejo “inconsciente” de agradar o pesquisador, especialmente quando os pacientes se sentem apoiados e acolhidos, também fica demonstrado quando há um grupo controle. Esse tipo de efeito é especialmente importante nas intervenções ministradas por um profissional, como nas intervenções educacionais e emocionais, entre outras.

106

Assim, ao se comparar os dois grupos, o que recebeu a nova intervenção e o que não recebeu, e notar-se que a melhora foi semelhante, pode-se dizer que o efeito não decorreu da nova intervenção, que foi efeito Hawthorne.

Outro aspecto indicativo de qualidade é o cegamento das diversas partes do estudo, isto é, o pesquisador, o sujeito da pesquisa e o avaliador não sabem qual modalidade terapêutica o paciente está recebendo e isso melhora a isenção na avaliação dos resultados. Nem sempre é possível mascarar a intervenção e cegar quem a ministra e quem a recebe, como, por exemplo, no caso de programas educativos, cirurgias entre outros, mas sempre é possível cegar o avaliador dos resultados.

**b. Estudo de coorte.** É observacional, isto é, não há intervenção por parte dos pesquisadores. A exposição dos sujeitos da pesquisa à situação de interesse determina sua inclusão ou não no estudo. Por exemplo, há o interesse em estudar as causas da violência verbal e física em mulheres recém-casadas de determinada região. Incluem-se as recém-casadas no estudo e elas são monitoradas ao longo do tempo para avaliar a ocorrência da situação de interesse. Depois de um tempo, dividem-se as pessoas pesquisadas entre as que relataram violência e as que não relataram e comparam-se fatores sócio



demográficos, culturais, raciais, financeiros, emocionais, entre outros. A partir disso, podem-se identificar as causas da agressão. Esses estudos são o melhor delineamento para estudos etiológicos, prognósticos e sobre danos decorrentes de intervenções/tratamentos, bem como, para análise de incidência e risco.

**c. Estudo caso-controle.** É observacional e os sujeitos da pesquisa são escolhidos a partir de casos de uma doença, sintoma ou condição. Por exemplo, caso se queira estudar a caquexia no câncer, dividem-se os doentes em casos (pacientes caquéticos com câncer, por exemplo) e controles, aqueles que não têm a condição (pacientes não caquéticos com câncer). Os grupos são comparados, caquéticos com câncer e não caquéticos com câncer, e podem se identificar os fatores de risco para caquexia. Têm como vantagem serem mais rápidos para observar a chance de um evento ocorrer, por isso são os mais adequados para situações raras, e envolvem menor custo.

**d. Estudo transversal.** Também chamado seccional, é o retrato de uma situação em um só momento, no qual a exposição e a condição de saúde dos participantes são analisadas simultaneamente (prevalência de pacientes caquéticos e com câncer, por exemplo). São os melhores estudos para determinar a prevalência de um sintoma (constipação em idosos, fadiga em pessoas com dor crônica, complicações diabéticas em escolares), comportamento de não adesão, hábito de alta ingestão de sódio ou doença de uma população específica por exemplo IVAS (infecção de vias aéreas superiores) na infância, entre outros.

107

A Pirâmide dos Níveis de Evidência (figura 1) propõe hierarquia de qualidade da informação para estudos clínicos. Atualmente essa hierarquia é menos estática e considera a qualidade metodológica dos estudos (B) e não só o seu desenho (A). O topo da pirâmide anteriormente composto pelas revisões sistemática e metanálises foi destacado e esses desenhos de estudo passaram a ser avaliados de maneira diferenciada dos demais. A lógica permanece a de que estão no topo os estudos de maior qualidade e na base, os de menor, na seguinte ordem decrescente: ensaios clínicos randomizados e controlados, estudos de coorte, estudos caso-controle, série de casos e, por fim, opiniões de autoridades ou relatórios de comitês de especialistas. A linha que separa esses estudos foi substituída por ondas. Dessa forma, a hierarquia inicialmente proposta pode ser alterada já que estudos de boa qualidade podem ser avaliados em nível de hierarquia mais alto que o inicial ou ainda em nível mais baixo caso apresente baixa qualidade metodológica.

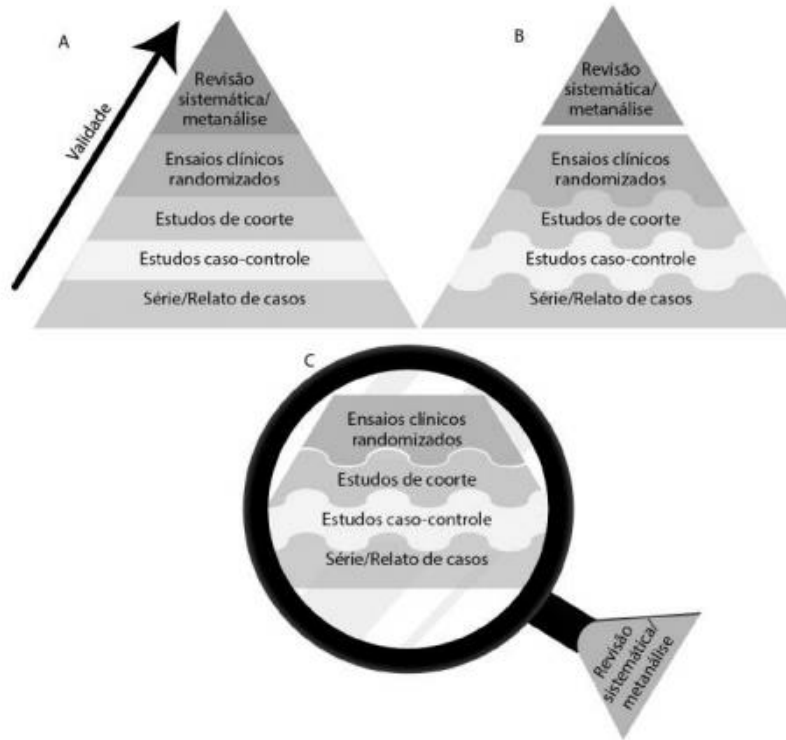


Figura 1.

#### **4.4.2 - APRESENTAR INSTRUÇÃO / MANUAL PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS**

---

Compete a este setor o processamento das faturas da UNIDADE, tendo a finalidade de realizar o mapeamento e a consolidação dos números de produção para convertê-las em receitas, sob os valores da tabela unificada SUS, que serão repassadas ao contratante e disponibilizadas à UNIDADE conforme as disposições estabelecidas no contrato de gestão.

A atualização dos registros nos órgãos de regulação do SUS também são atividades do faturamento, assim como as informações referentes à produção da Instituição, sendo que o gerenciamento do faturamento está baseado nas normas do SUS.

Todos os colaboradores da Unidade devem atuar para minimizar os riscos das suas atividades, através do cumprimento de suas rotinas.

As etapas de atuação do faturamento se baseiam em: receber prontuários e laudos, verificar cumprimento do padrão, realizar codificação, realizar conferência e lançamento dos procedimentos, digitar dados do paciente em sistema operacional, realizar a exportação do banco de dados do sistema operacional para SISAIH e por fim, enviar ao contratante.

#### **2. Descrição Das Atividades:**

- Providenciar coletas dos dados para atualização do CNES nos setores pertinentes; gerar arquivo do CNES para o envio, conforme dia preconizado, para as devidas atualizações;
- Digitar toda produção do BPA Individualizado pertinentes à competência em vigência;
- Gerar arquivo do BPA-I e BPA- C para envio, conforme dia preconizado;
- Realizar o fechamento do faturamento, conforme versão disponibilizada pelo Datasus;
- Correção das críticas apresentadas pelo sistema Datasus;
- Emissão de relatórios gerenciais.

109

#### **3. Indicadores De Desempenho:**

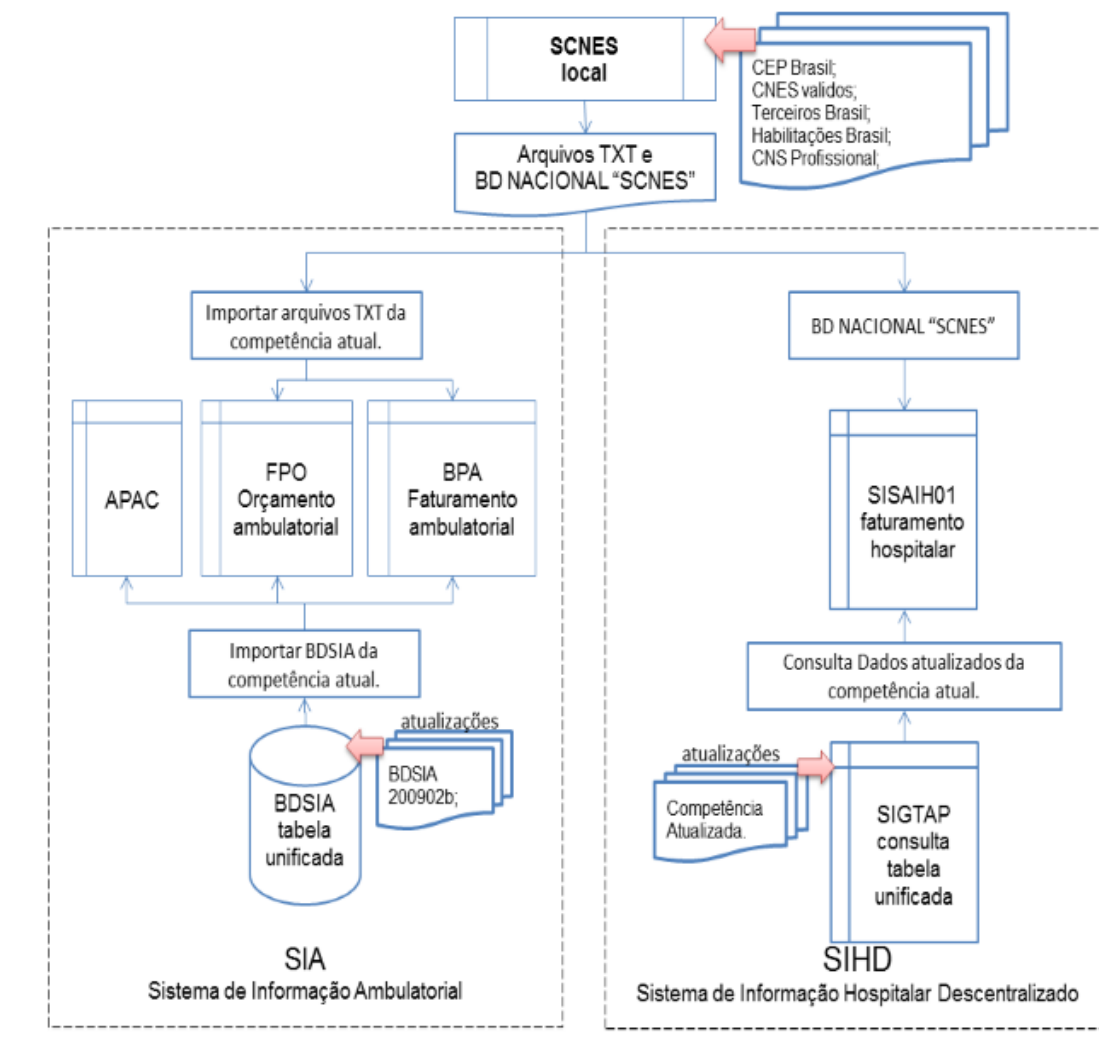
Para o acompanhamento da atividade deste setor, podemos monitorar os seguintes indicadores:

- AIH'S Corrigidas Pelo Médico Autorizador
- Laudos De Exames De Imagem Após O Prazo De 4 Dias
- Prontuário Não Faturado Mês
- Prontuário Faturado Mês
- Prontuários Não Enviados Ao Arquivo Por Pendências
- Prontuário Recebido Com Erro De Lateralidade
- Quantidade de AIH Apresentada
- Quantidade de BPA Apresentado
- Total De Alta Hospitalar
- Total De Alta A Pedido
- Total De Alta Por Evasão
- Total De Alta Administrativa

- Total De Alta Por Transferência
- Total De Alta Por Óbito
- Total De Inconsistência De Enfermagem
- Total De Inconsistência Médica
- Valor Total De AIH
- Valor Total De BPA

#### 4. Lógica Do Faturamento:

Os sistemas do DATASUS trabalham todos integrados, iniciando a partir do cadastro do SCNES e a concluir no FATURAMENTO. Devemos manter todos os sistemas atualizados e todos na mesma competência, mantendo este fluxo você não terá problemas no fechamento de seu faturamento.



#### 4.4.3 - APRESENTAR INSTRUÇÃO / MANUAL DE DESENVOLVIMENTO FINANCEIRO

##### Contas A Pagar

Objetivo: Orientar sobre o controle e efetuação dos pagamentos dos compromissos do hospital bem como encaminhá-los para aprovação da Diretoria

Documentos Complementares: Notas Fiscais, recibos, boletos, Ordem de Compras, planilha de venda de vale alimentação, radar financeiro, gerenciador financeiro, sistema banco Santander, cheques, movimento do dia, processo de pagamento.

Ação	Responsável	Formulário /Material	Descrição Da Ação
1. Apanhar os documentos	Assistente financeiro	Nota Fiscal e Boletos	Pegar os documentos que ficam na contabilidade para pagamento.
2. Conferir no sistema	Assistente financeiro	Nota Fiscal e Boletos	Verificar se todos os documentos físicos estão lançados no sistema.
3. Seleção de documentos	Assistente financeiro	Nota Fiscal e Boletos	Selecionar os documentos, separar os que serão pagos por cheque dos que serão pagos via internet
4. Verificar se há desconto	Assistente financeiro	Planilha de Venda de Vale Refeição	Verificar na planilha encaminhada pelo setor de assessoria da diretoria se alguma empresa pegou vale refeição e efetuar o desconto
5. Baixas contas a pagar	Assistente financeiro	Sistema Financeiro	Após divisão dos pagamentos, localizar no sistema todas as notas com vencimento naquele dia e baixá-las.
6. Emissão do relatório de baixas	Assistente financeiro	Sistema Financeiro	Confirmando a baixa dos pagamentos no sistema, será solicitada a emissão do borderô de pagamento. Em seguida arrumar a documentação na mesma ordem relatório.
7. Inclusão dos Pagamentos Sistema do Banco	Assistente financeiro	Gerenciador Financeiro / Sistema Banco Santander	Incluir os boletos, Doc's e Ted's no sistema do banco, conferir se os valores do sistema fecham com os valores lançados do sistema do banco e emitir o relatório de Transações Pendentes.
8. Emissão de Cheques	Assistente financeiro	Formulário de Cheques	Emitir os cheques os quais geralmente são emitidos para rescisão, folha de pagamento, e empresas que não tem conta de pessoa jurídica.
9. Notas em aberto	Assistente financeiro	Sistema Financeiro	Após efetuar todas as baixas do dia, efetuar um novo filtro, para verificar se não ficou nenhuma nota pendente de pagamento.
10. Pagamentos do dia	Assistente financeiro	Sistema Financeiro	Emitir o relatório de todos os pagamentos do dia, somar todos os documentos físicos e verificar se os dois batem.

11. Transferências	Assistente financeiro	Sistema Financeiro	Verificar o quanto se tem a pagar no dia e quanto se tem disponível na conta e providenciar as transferências quando necessário.
12. Liberação da Gerência e Diretoria	Assistente financeiro	Movimento do dia	Encaminhar para liberação e assinatura da gerência administrativa financeira e diretoria.
13. Emissão dos comprovantes	Assistente financeiro	Movimento do dia	Emitir os comprovantes
14. Arquivo	Assistente financeiro	Movimento do dia	Arquivar respeitando as datas de pagamento
15. Liberação dos cheques	Assistente financeiro	Nota Fiscal / Recibo	Os cheques são liberados somente para os representantes legais da empresa, no caso de rescisão e médicos, são entregues para as pessoas que prestaram serviços, não são entregues a terceiros, salvo com a apresentação de uma procuração. No momento da entrega, a pessoa assina o recibo, discriminando o nome legível e o número do RG ou CPF.
16. Arquivo cheques	Assistente financeiro	Processo de Pagamento	Após liberação os cheques são arquivados nas respectivas datas de pagamento.

112

### Tesouraria

Objetivo: Orientar a controlar e liberar dinheiro para compras de até 500,00 (quinhentos reais).

Documentos Complementares: Ordem de Compra, notas Fiscais, cupom Fiscal, solicitação de Compras, dinheiro, boleto, solicitação de cópia de prontuário, comprovante de depósito, termo de compromisso

Ação	Responsável	Formulário /Material	Descrição Da Ação
1. Receber a documentação	Assistente financeiro	Solicitação de Compras	Verificar se a solicitação de compras está aprovada pela gerência administrativa financeira e/ou diretor geral.
2. Liberação da Verba	Assistente financeiro	Dinheiro	Entregar o valor para o solicitante mediante assinatura do termo de compromisso.
3. Prestação de Contas	Assistente financeiro	Nota Fiscal / Boleto	No momento da prestação de contas, conferem-se os dados da Nota Fiscal, se os itens são os mesmos da solicitação / ordem de compras e o troco e descartar o termo assinado.
4. Cópia de	Assistente financeiro	Xerox da solicitação	Preencher o recibo e carimbar a via da solicitação que ficará com o setor de



Prontuário			arquivo médico com o CNPJ do hospital
5. Arquivo do Dinheiro	Assistente financeiro		Sempre deixar o dinheiro de cópia de prontuário separado do dinheiro do fundo fixo, pois terão fins diferentes
6. Depósito	Assistente financeiro / Office Boy		Encaminhar o montante das cópias de prontuário no ultimo dia útil do mês para depósito o qual deve ser feito na conta da Sede.
7. Comprovante de depósito	Assistente financeiro	Solicitação das cópias dos prontuários	Conferir os dados do comprovante e anexá-lo nas solicitações de cópia
8. Lançamento no sistema	Assistente financeiro	Radar Financeiro / Solicitações das cópias	Efetuar o lançamento no sistema, discriminando no campo histórico a quantidade de cópias.
9. Arquivo	Assistente financeiro	Solicitações das cópias / Comprovante de depósito	Arquivar o processo conforme a data do comprovante de depósito com os demais pagamentos do dia.

### Financeiro

Objetivo: Orientar sobre o controle de todas as saídas realizadas em dinheiro

113

Documentos Complementares: Planilha de fundo fixo –/ Notas Fiscais / Termo de Responsabilidade –/ Sistema Financeiro / Cheques / Dinheiro.

Ação	Responsável	Formulário/Material	Descrição Da Ação
1. Abastecer a Planilha	Assistente financeiro	Notas Fiscais	Lançar na planilha de fundo fixo, as notas fiscais do dia, discriminando o que foi comprado, número da nota e valor
2. Encaminhar ao setor de compras	Assistente Financeiro	Notas Fiscais	Encaminhar ao setor de compras as notas fiscais e seu processo para que sejam geradas as ordens de compras e para que o setor de almoxarifado dê entrada das notas do Sistema.
3. Controle dos Vales	Assistente financeiro		Verificar as pessoas que retiraram um valor no financeiro e estão pendentes e efetuar a cobrança da prestação de contas
4. Lançamento dos termos	Assistente financeiro		Lançar na planilha, todos os termos de responsabilidades pendentes.
5. Fechamento	Assistente financeiro		Conciliar total de saídas – termo de responsabilidade – valor do cofre = valor que devo ter em dinheiro

6. Arquivo das notas	Assistente financeiro	Notas Fiscais	Organizar as notas na mesma ordem da planilha e arquivar na pasta fundo fixo
7. Reposição do caixa	Assistente financeiro	Notas Fiscais	Verificar na planilha, o valor disponível em caixa, quando atingir o valor de 350,00, deve-se suprir o caixa, habitualmente isto ocorre no último dia de cada mês
8. Classificação das Notas Fiscais	Assistente financeiro / Contadora	Notas Fiscais	Encaminhar as notas ao setor de contabilidade para que as notas sejam classificadas
9. Lançamento no sistema	Assistente financeiro	Sistema Financeiro	Efetuar o lançamento da reposição do fundo fixo no sistema, discriminando nota a nota conforme classificação
10. Emissão do cheque	Assistente financeiro	Cheque	Emitir o cheque e encaminhar para o gerente administrativo e diretor geral com os demais pagamentos do dia
11. Banco	Assistente financeiro		Ir ao banco sacar o dinheiro
12. Conferência	Assistente financeiro / Gerente Administrativo	Dinheiro	Ao retornar do banco, levar o dinheiro para conferência do Gerente Administrativo
13. Arquivo	Assistente financeiro	Dinheiro	Após conferência arquivar o dinheiro no cofre.

114

### Fiscal

Objetivo: Orientar sobre o controle e efetivação dos pagamentos de impostos

Documentos Complementares: DARF / Guias do SICALC / Notas Fiscais / Sistema Financeiro / E-mail / Relatório dos impostos (Sistema Financeiro) / Gerenciador Financeiro / Comprovantes

Ação	Responsável	Formulário/ Material	Descrição da ação
1. Datas de Vencimento	Assistente financeiro	Notas Fiscais / Sistema Financeiro	Controlar as datas de vencimento dos impostos, conforme calendário de obrigações
2. Solicitação do relatório	Assistente financeiro		Solicitar ao setor de contabilidade do hospital, que encaminhe a relação dos impostos a vencer no mês, o qual deve estar validado pelo contador.
3. Arquivar	Assistente financeiro	Relatório	Arquivar o relatório na data de vencimento
4. Emissão da DARF	Assistente financeiro	SICALC	Acessar o programa da Receita Federal e emitir a DARF

5. Baixa	Assistente financeiro	Radar Financeiro	Efetuar a baixa no sistema Radar Financeiro.
6. Lançamento Banco	Assistente financeiro	Sistema do banco / Guia	Lançar a guia no sistema do banco e encaminhar com os demais pagamentos para liberação do gerente administrativo e diretor geral.
7. Comprovante	Assistente financeiro	Sistema do banco	Emitir e anexar o comprovante de pagamento
8. Cópia para contabilidade	Assistente financeiro	Guias / Comprovantes	Encaminhar para o setor de contabilidade a cópia de todas as guias de impostos e seus comprovantes.
9. Cópia para Departamento Pessoal	Assistente financeiro	Guias / Comprovantes	Encaminhar ao departamento de pessoal, os impostos pertinentes à sua área, ou seja, impostos da folha, rescisão, férias, vale transporte, vale alimentação.
10. Arquivo	Assistente financeiro		Arquivar com os demais pagamentos do dia.

#### 4.4.4 - APRESENTAR INSTRUÇÃO / MANUAL DE GERENCIA DO ALMOXARIFADO

---

##### **Setor de Almojarifado**

Este setor terá como responsável profissional qualificado, diretamente subordinado a Diretoria Administrativa e Financeira ou a Gerência Administrativa e Financeira.

O Almojarifado tem a função de conferir a coerência e integridade de todos os suprimentos, notas fiscais e ordem de compra e verificar condições do transporte e condutor que chega na UNIDADE, assim como exercer o correto armazenamento e etiquetação com definição de lote e validade, conforme legislações pertinentes, e dispensar os mesmos de forma eficaz e controlando as saídas por pedido x setor e pedido x paciente, para que desta forma exista a garantia da rastreabilidade dos itens dispensados.

O Almojarifado deve manter um contato direto com o setor de compras para a contínua troca de informações, visando garantir o correto abastecimento da Unidade, assim como avaliar o desempenho dos fornecedores.

##### **Setor de Patrimônio**

Compete a este setor, os controles de inclusão, transferência e baixa dos bens patrimoniais, sempre registrando e respeitando exigências do contratante, realizando assim a gestão patrimonial.

O Setor de Patrimônio deverá:

- Identificar e manter rigoroso controle a relação de patrimônio, observando sempre os critérios de enquadramento do bem;
- Manter o controle e registros no Sistema Operacional sempre atualizado;
- Os bens de terceiros a serem descartados deverão ser listados, baixados do sistema e devolvidos a quem de direito, mediante emissão de ofício devidamente protocolado, ou em âmbito interno sob utilização o formulário próprio de transferência;
- Realizar inventário anual para manter controlado todo o ativo fixo imobilizado da Entidade.

116

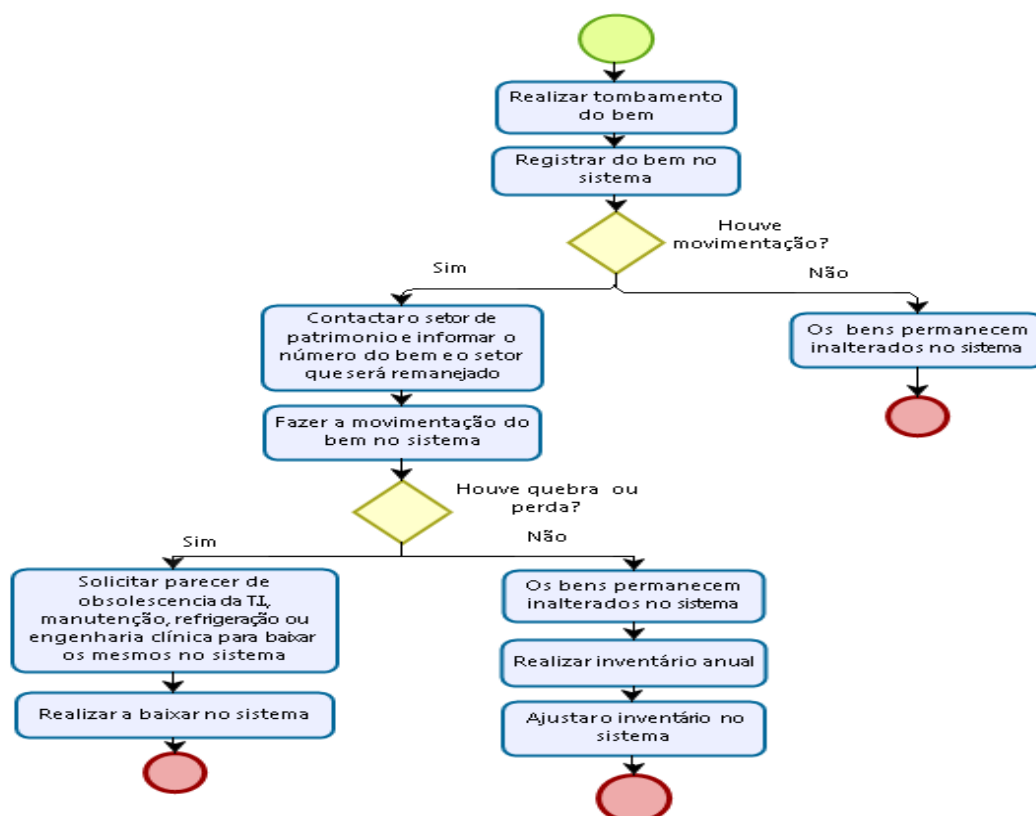
##### **Rotinas de entrada e movimentação de patrimônios:**

O Setor de Patrimônio deverá:

- Para a efetivação de qualquer registro no sistema de “entrada” de imobilizado novo, deve-se estar em poder de uma das vias da nota fiscal de compra do mesmo, sendo a partir de então, separada a placa de ativo fixo e realizado o cadastramento em sistema utilizando a maior quantidade de dados possíveis, constantes na nota fiscal.
- Para a efetivação de qualquer registro de “transferência” de imobilizado, deve-se atentar-se da existência do formulário pertinente e devidamente assinado por seus respectivos responsáveis.
- Para efetivação de qualquer registro no sistema de “descarte” de imobilizado, deve-se verificar se existe o formulário ou ofício pertinente com devida assinatura do diretor da área responsável.

- Tratando-se de dependência, toda e qualquer “**transferência** e/ou **devolução**” de patrimônio de terceiros (bem público), a tramitação deve ser realizada através de ofício a quem de direito, mediante protocolo.
- Tratando-se de dependência, todo “**descarte**” de imobilizado, deve ser solicitado por ofício a quem de direito, solicitando caso necessário sua retirada, mediante protocolo.

## MODELO DE MACROATIVIDADE DO SETOR DE PATRIMONIO



#### **4.4.5 - APRESENTAR PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE / CAPACITAÇÃO**

Mediante busca por aperfeiçoamento e desenvolvimento, temos como setor o Núcleo de Educação Permanente (NEP), que atua junto aos gestores através do Levantamento de Necessidade de Treinamento (LNT), transformando este no Plano Anual de Treinamento (PAT). O papel no NEP é buscar/ofertar a qualificação e capacitação dos profissionais da UNIDADE, visando a melhoria constante no resultado dos trabalhos.

##### **TIPOS DE TREINAMENTO**

**TREINAMENTO DE INTEGRAÇÃO:** São aqueles que buscam ambientar e integrar os novos colaboradores e prestadores de serviço à empresa, tais como:

##### **TREINAMENTO INSTITUCIONAL:**

É a primeira parte do Treinamento de integração é ministrada pelo RH, NQSP, TI, SESMT, SCIH, SAU, Humanização e NEP, com temas como: História da empresa, produtos e serviços, benefícios, legislação trabalhista, código de conduta, aspectos da qualidade, entre outros.

##### **TREINAMENTO AMBIENTAÇÃO SETORIAL:**

É a segunda parte do treinamento e é ministrada pela chefia imediata, visando integrar e conscientizar o novo colaborador no seu ambiente de trabalho de maneira que possa assimilar as atividades a serem executadas no exercício de suas atividades e a importância de como elas contribuem para atingir os objetivos da empresa.

OBS: Todo treinamento deve ser registrado e repassado junto com relatórios, lista de presença, materiais e avaliações conforme IT (instrução de Trabalho) e IP (interação de processo) ao NEP, entregar até o dia 30 de cada mês para lançamento dos relatórios.

**Todo treinamento entregue ao NEP após esta data não será considerado válido para fins de lançamento para a UNIDADE/ INDSH e relatório do Estado e seria uma não conformidade para o setor solicitante.**

**Em casos extraordinários o NEP avaliará juntamente com a diretoria responsável.**

##### **TREINAMENTO NA UNIDADE DE TRABALHO:**

São aqueles realizados na empresa, no próprio ambiente de trabalho pela chefia imediata, (mas conhecido como treinamento interno), visando o treinamento na execução de tarefas (rotinas operacionais), conformes definidas pela instituição e instruções de trabalho (Its).

**Estes treinamentos devem fazer parte da LNT, programado e realizado pelos responsáveis/ facilitadores, de acordo com a necessidade, frente à documentação podendo ser:**

- Aquisição, manutenção ou atualização de uso de novos equipamentos, quando necessário;
- Elaboração e/ou mudanças significativas de normas, procedimentos e/ou rotinas;
- Mudanças significativas na documentação;
- Contratação de novos colaboradores ou transferências internas;



**OBS: Estes procedimentos são considerados treinamentos na unidade de trabalho e deve obedecer rigidamente ao formulário padronizado, sem rasuras e devidamente assinados.**

#### **TREINAMENTOS NORMATIVOS:**

São aqueles treinamentos que são sob forma de cumprimento de legislação, a qual sua realização é regida por norma regulamentadora o qual visa atender a competência/segurança patrimonial e pessoal:

**Ex: NR 10, NR 32, NR 35, as RDCs**

#### **TREINAMENTOS EXTERNOS:**

São aqueles realizados fora das dependências da empresa ministrados por entidades externas, como: cursos, congressos, seminários, sempre sob aprovação prévia da diretoria através do formulário padronizado do NEP.

**OBS: Em caso de convocação imediata do INDSH e demais órgãos para treinamentos, ou qualquer procedimento que caracterizamos de aprendizado com necessidade de multiplicação ou aplicações futuras e tenham sido realizadas através das DIRETORIAS sem o procedimento de fluxo normal, deve ser comunicado ao NEP e posteriormente, com a volta do colaborador, o mesmo deve apresentar relatório (conforme padrão) e apresentar os dados (horas e custos) que o NEP mensalmente registra e encaminha aos interessados.**

**O NEP não se responsabilizará por dados que não tenham sido oficialmente passados ao setor.**

#### **TREINAMENTO EXTRA-PAT:**

Podem ocorrer necessidades imediatas de treinamento nas áreas, as quais serão consideradas como treinamentos Extra - PAT.

São aqueles realizados nas dependências da empresa ou fora dela, ministrados por entidades externas ou por facilitadores internos, cursos, congressos, seminários, sob aprovação prévia da diretoria através do formulário padronizado do NEP.

Para estas serão exigidos também o formulário de solicitação, os quais devem ser encaminhados ao NEP no mínimo 10 dias antes da data de realização do treinamento.

#### **Avaliações De Treinamento**

É a etapa final do processo de treinamento, objetivando a eficácia e medição dos resultados obtidos, tendo como meta de eficácia a ser evidenciada nos registros a serem disponibilizados.

#### **AVALIAÇÃO DE TREINAMENTO (REAÇÃO):**

É realizado ao término do treinamento e preenchido pelo participante.

#### **AVALIAÇÃO DE APRENDIZADO (PRÉ E PÓS TESTE):**

Aplicada a determinados treinamentos onde se exige a prática do que foi abordado durante o curso, para um melhor aproveitamento das informações.

A abordagem teórica - prática conta com aplicação de testes pré e pós-treinamento realizada nos setores durante o horário de trabalho dos colaboradores.

#### **AVALIAÇÃO DE TREINAMENTO (RESULTADOS/EFICÁCIA):**

É aplicada após 60 ou 90 dias do término do treinamento, devendo ser preenchida pela chefia imediata do setor onde foi realizado o treinamento.

**OBS: O Período não poderá ultrapassar 15 (quinze) dias para preenchimento pelo responsável da área solicitante e produção do relatório final da eficácia, sendo o NEP responsável por essa última etapa do processo.**

**TABELA DE GRAU DE EFICÁCIA DO TREINAMENTO.**

<b>Ótimo</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Insatisfatório</b>
<b>9 a 10</b>	<b>7 a 8</b>	<b>5 a 6</b>	<b>0 a 4</b>

Caso o resultado da avaliação esteja abaixo do grau de eficácia dos treinamentos (média abaixo ou igual a 6) o NEP deverá notificar a área solicitante do treinamento avaliado, sobre a ação corretiva ou plano de ação a ser realizado e fazer o registro.

## 4.5 - INCREMENTO DE ATIVIDADE

### 4.5.1 - 5% ACIMA DA META ANUAL (SEM ELEVAR CUSTOS)

ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS	META	INCREMENTO DE META
Cardiologia Geral	594	606
Proctologia Geral	264	269
Dermatologia	792	808
Angiologista	264	269
Endocrinologia Geral	528	539
Gastroenterologia Geral	528	539
Nefrologia Geral	132	135
Neurologia Pediatria	528	539
Neurologia Geral	528	539
Oftalmologia Geral	884	902
Otorrinolaringologia Geral	198	202
Pneumologia Geral	132	135
Pneumologia Pediatria	264	269
Reumatologia Geral	132	135
Urologia Geral	792	808
Hepatologia	264	269
Psicologia	264	269
Nutrição	264	269
Fonoaudiologia	264	269
Fisioterapia	320	326
Assistente Social	264	269
Consulta aval.cir.cabeça pescoço	132	135
Consulta aval.cir.geral	792	808
consulta aval.cir.pequenas cir.	132	135
consulta aval.cir.uologica	264	269
consulta aval.cir.otorrinolar	264	269
consulta aval.cir.proctologia	264	269
consulta urologia de litotripsia	264	269
consulta aval.cir.vascular	264	269
consulta transp.rim pancreas fig.	400	408
Geriatra – Incremento Especialidade	0	200
Fisiatra – Incremento Especialidade	0	200
<b>TOTAL ATENDIMENTOS</b>	<b>10.976</b>	<b>11.596</b>
<b>META ANUAL</b>	<b>131.712</b>	<b>139.152</b>
<b>INCREMENTO</b>		<b>5,65%</b>

121

#### 4.5.2 - 10% ACIMA DA META ANUAL (SEM ELEVAR CUSTOS)

CENTRO CIRÚRGICO HPSZN	META	INCREMENTO DE META
Transplante Eletiva	9	9
Cirurgia Vascular Eletiva	15	17
Cirurgia Geral Eletiva	110	121
Cirurgia Ginecológica Eletiva	48	53
Cirurgia Otorrinolaringologia Eletiva	5	6
Cirurgia Cabeça e Pescoço Eletiva	5	6
Cirurgia Urológica Eletiva	25	28
Cirurgia Proctologia Eletiva	5	6
Cirurgia Plástica Reparadora Eletiva	12	13
Errata Edital ( Precisa ser definido com a SUSAM, se foi erro ou se há necessidade desse volume, pois a soma, mesmo após a errata, é de 234 cirurgias)	25	28
<b>TOTAL ATENDIMENTOS</b>	<b>259</b>	<b>287</b>
<b>META ANUAL</b>	<b>3.108</b>	<b>3.444</b>
<b>INCREMENTO</b>		<b>10,81%</b>

122

#### 4.5.3 - MAIOR OU IGUAL A 15% ACIMA DA META (SEM ELEVAR CUSTOS)

HOSPITAL-DIA	META	INCREMENTO DE META
Cirurgia Urológica Hospital Dia	25	29
Cirurgia Ginecológica Hospital Dia	25	29
Cirurgia Otorrinolaringologia Hospital Dia	24	28
Cirurgia Vascular Hospital Dia	2	2
Outras Especialidades Hospital Dia	25	29
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>117</b>
<b>META ANUAL</b>	<b>1.212</b>	<b>1.404</b>
<b>INCREMENTO</b>		<b>15,84%</b>

#### 4.5.4 - PROPOSIÇÃO DE OUTRAS ESPECIALIDADES ALÉM DAS CONSTANTES NO PERFIL DA UNIDADE

---

##### 1. Geriatria

O INDSH oferecerá como outra especialidade ambulatorial além das constantes no perfil da Unidade a especialidade de **GERIATRIA** oferecendo **200 consultas mensais**.

A avaliação geriátrica é um processo diagnóstico de múltiplas dimensões que deve envolver o idoso, a família e o meio ambiente onde esse indivíduo vive. Na avaliação do idoso busca-se quantificar o grau de comprometimento funcional global (diagnóstico funcional) e identificar a presença de potenciais disfunções nos sistemas fisiológicos principais (diagnóstico etiológico ou doenças). A dimensão familiar (suporte familiar) e social (suporte familiar) do idoso são também fundamentais e devem ser avaliadas rotineiramente.

Esta avaliação multidimensional é indispensável para o planejamento de um plano de cuidados, cujo objetivo principal é a preservação ou recuperação da autonomia e independência do idoso. Este plano de cuidados é composto por ações de promoção e prevenção de doenças (primária e secundária), ações curativas, de reabilitação e paliativas, conforme a necessidade.

Desta forma, a abordagem em geriatria difere da abordagem padrão ao incluir domínios não médicos, enfatizar a habilidade funcional e a qualidade de vida e, na maioria das vezes, envolver uma equipe multiprofissional (fisioterapia, serviço social, fonoaudiologia, enfermagem, terapia ocupacional, nutrição, psicologia, dentre outras).

123

A avaliação e a intervenção geriátrica resgatam a integralidade e a multidisciplinaridade na atenção à saúde e não se restringem à cura e sim, à otimização do funcionamento global e ao conforto do paciente, que podem ser modificados substancialmente. Esses são os aspectos que fazem da geriatria uma especialidade ampla e única.

No idoso, o foco da atenção desloca-se da intervenção aguda e doença-específica, para o cuidado de longo-prazo, que deve ser contínuo. Embora o diagnóstico das doenças continue a ser crucial, a avaliação do seu funcionamento global torna-se igualmente importante. Mesmo que o idoso tenha múltiplas doenças e problemas inter-relacionados, sua habilidade em manter-se independente e autônomo não é necessariamente um reflexo das suas doenças. Daí a necessidade do estabelecimento de prioridades na implementação do PLANO DE CUIDADOS, visando a longevidade e, principalmente, a funcionalidade global do idoso.

O excesso de especialistas, a busca exagerada por “consensos”, o “paradigma hospitalocêntrico” do cuidado e o ímpeto pela prescrição de tratamentos fúteis associados a maior vulnerabilidade do idoso são os princípios básicos da maior das síndromes geriátricas, a iatrogenia.

Essa sabidamente combatida pelos geriatras.

Dessa forma, a individualização dos cuidados é fundamental. As particularidades do indivíduo da terceira idade deverão ser entendidas e respeitadas, de maneira que cada pessoa é única e regras gerais não devem ser tomadas como universais. Esse é o pilar mandatário nessa especialidade.

## 2. Fisiatra

O INDSH oferecerá como outra especialidade ambulatorial além das constantes no perfil da Unidade a especialidade de **FISIATRA** oferecendo **200 consultas mensais**.

Conforme Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação, um fisiatra é um médico especializado em Medicina Física e Reabilitação. O campo de atuação do fisiatra vem crescendo consideravelmente, paralelo à melhoria da qualidade de vida e ao progresso da medicina, que permite o aumento da sobrevivência de pessoas com doenças que poderiam ter sido fatais. A especialidade atende a todos os grupos etários e trata de problemas que afligem a todos os sistemas orgânicos.

A medicina física e reabilitação (MF & R) começou nos anos 30 tratando de distúrbios músculo esqueléticos e neurológicos, mas ampliou sua área de ação após a 2ª Guerra Mundial, quando milhares de combatentes retornaram aos Estados Unidos com lesões físicas muito sérias. O trabalho de auxiliá-los a se reintegrarem às suas vidas, de modo produtivo, deu uma nova direção à especialidade. Finalmente, em 1947, a MF & R foi reconhecida pelo Conselho Nacional de Especialidades Médicas Americano. No Brasil, a criação do Imperial Instituto dos Meninos Cegos é considerada o marco inicial da especialidade no país. Porém, somente em 1954 a Fisiatria foi reconhecida como especialidade médica, com a fundação da Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação, filiada à Associação Médica Brasileira. (A.M.B).

Os fisiatras tratam de uma ampla variedade de doenças, que vão desde dor nos ombros até lesão da medula espinhal e da coluna vertebral. A preocupação da especialidade é restaurar a função dos órgãos ou membros afetados. Os fisiatras tratam da dor aguda e crônica. Eles podem atender a uma pessoa que sente dor nas costas após ter carregado objetos pesados, ao jogador que teve uma torção durante uma partida e precisa se recuperar para voltar a jogar ou a uma dona de casa que sente dor na mão produzida por uma síndrome do túnel do carpo. Pessoas com artrite, tendinite, qualquer tipo de dor reumática e danos provocados pela prática de esportes ou acidentes no trabalho, necessitam também de atenção dos fisiatras.

Os fisiatras cuidam ainda de doenças muito sérias do sistema músculo esquelético, que levam a limitações funcionais muito severas. Eles tratam, por exemplo, de um bebê com mal formações congênitas, pessoas que sofreram grave acidente de carro ou idosos com seqüela de fraturas de bacia ou do fêmur, bem como de lesões medulares e cerebrais, derrames, amputações, e algumas doenças degenerativas como a esclerose múltipla. Todos esses pacientes necessitam de um longo processo de reabilitação.

Um fisiatra pode tratar de pacientes diretamente, chefiar uma equipe multidisciplinar ou atuar como consultor. Aqui estão algumas situações da vida diária que demonstram as diferentes funções de um fisiatra.

Um carpinteiro sente dor nas costas que se irradia para sua perna após ter carregado madeiras pesadas. Ele procura um fisiatra, que ouve sua história, examina o atentamente e realiza todos os exames necessários ao diagnóstico do seu problema: uma hérnia de disco. O fisiatra programa a terapia adequada, monitoriza a e acompanha seu caso até a sua recuperação; quando isso não acontece encaminha para o cirurgião e planeja toda a recuperação funcional pós-operatória.

Uma mulher sofre lesão de medula espinhal num acidente de carro e fica paralisada da cintura para baixo. O fisiatra avalia a lesão e, com a paciente e uma equipe de



profissionais de saúde, estabelece o programa de reabilitação. A fisiatra cabe coordenar o tratamento médico e a equipe multidisciplinar, possibilitando assim o máximo de recuperação funcional da paciente. A composição desta equipe pode variar, dependendo das necessidades de cada caso e pode incluir médicos de outras especialidades e profissionais como enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, orientador vocacional, técnico desportivo e nutricionista.

Um bebê teve problema de oxigenação durante o parto e desenvolveu paralisia cerebral. O fisiatra é chamado para orientar o tratamento e a reabilitação, prevenindo sequelas que poderão ter importante repercussão pelo resto da vida da criança.

Os meios de diagnóstico do fisiatra são os mesmos que os de outros médicos, acrescidos de técnicas especiais como a eletromiografia, estudo de neurocondução, potenciais evocados, espiroergometria e avaliação isocinética computadorizada. Estas técnicas auxiliam o fisiatra a diagnosticar doenças que causam dor, fraqueza, formigamento, limitação do movimento e deformidade.

Os fisiatras oferecem um largo espectro de serviços médicos. Eles não realizam cirurgias, mas podem prescrever medicações e dispositivos como colar cervical ou membros artificiais. Utilizam também diversas terapias como a termoterapia (uso do calor frio), eletroterapias, massagens, "biofeedback", tração, manipulação, laserterapia acupuntura e exercícios terapêuticos.

Os fisiatras trabalham em centros de reabilitação, hospitais e consultórios particulares. Eles têm formação geral, porém alguns se dedicam à reabilitação em área específica como a pediatria, medicina esportiva, geriatria, neurologia e muitas outras. Desde que a preocupação da fisioterapia é a reabilitação máxima da funcionalidade do paciente, a diferença que pode haver é grande. No caso de uma hérnia de disco, o fisiatra não somente cuida da fase aguda, mas trata o paciente até a completa melhora, encaminhando o à cirurgia sempre que necessário. O fisiatra também ensina aos pacientes como prevenir lesões futuras.

Outro exemplo é uma fratura da bacia em uma pessoa idosa. Esta situação pode limitar muito a movimentação, mas, com a reabilitação cuidadosa, pode se voltar a andar e a fazer exercícios.

A fisioterapia não se restringe a uma especialidade médica; é um trabalho integrado médico, social e vocacional de reabilitação. É por isso que a qualidade de vida dos pacientes submetidos ao tratamento fisiatrico melhora significativamente.

***O INDSH esta ofertando como incremento sem elevar os custos, mais duas especialidades, Geriatria e Fisioterapia, e conforme consta no item “Projetos Especiais e Novas Especialidades de Atendimento”, apresentado na página 40 do Edital, deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pela Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM).***

## 5. ÁREA DE QUALIDADE

**5.1. QUALIDADE OBJETIVA: AQUELA QUE ESTÁ ORIENTADA A OBTER E GARANTIR A MELHOR ASSISTÊNCIA POSSÍVEL, DADO O NÍVEL DE RECURSOS E TECNOLOGIA EXISTENTES DO COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE.**

**5.1.1 - O NÚMERO DE COMISSÕES TÉCNICAS QUE IMPLANTARÁ NO COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE: NOME; CONTEÚDO; MEMBROS COMPONENTES (APENAS ENUNCIAR O PERFIL DOS COMPONENTES, NOS ESPAÇOS DESTINADOS AOS NOMES DAS PESSOAS QUE INTEGRAM A COMISSÃO); OBJETIVOS DA COMISSÃO PARA O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO DE GESTÃO; FREQUÊNCIA DE REUNIÕES; CONTROLE DAS MESMAS PELA DIREÇÃO MÉDICA; ATAS DE REUNIÕES, ETC.;**

### COMISSÕES

O presente manual tem como objetivo criar um padrão de funcionamento das comissões existentes na UNIDADE.

### APRESENTAÇÃO

As atuações das comissões dentro dos ambientes hospitalares desempenham várias funções para a instituição, destacando-se a produção e avaliação de indicadores relevantes para a gestão hospitalar e também contribuir para a eficácia das organizações em prol de melhorias contínuas que beneficiem os usuários.

### DESCRIÇÃO DO MANUAL

#### Da Responsabilidade

A auditoria e verificação do funcionamento das Comissões serão de responsabilidade do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, sendo que a execução e responsabilidade do escopo de cada comissão cabe ao seu presidente, vice, secretário e demais membros, desta forma o Núcleo será auxílio do Diretor Executivo no andamento das comissões. O arquivo das pastas que compõem as atas de reuniões, ficarão no NQSP e todas as vezes que for necessário utilizar a pasta, o secretário deverá solicitar liberação, onde a mesma só será disponibilizada através de protocolo.

#### Da Organização:

#### Da Criação da Comissão

A Comissão somente será criada, após análise da necessidade e deverá ser baseado de acordo com uma legislação, portaria ou órgão normativo, onde deverá conter informações referentes às áreas que a comissão será composta, ciência do NQSP e aprovação do Diretor Executivo, onde estará discriminado no organograma. Para iniciar suas atividades, a Comissão deverá ser formalizada através da Ata de abertura da comissão aprovada pela Diretoria Executivo e/ou Regimento quando da obrigatoriedade em lei.

#### Ata de Abertura/Regimento

As comissões com obrigatoriedade de disposição de regimento deverão mantê-lo atualizados, assim como as comissões que possuem ata de abertura. Nestes documentos obrigatoriamente deve existir o nome dos membros, tempo de mandato e periodicidade das reuniões das comissões.

### Elaboração da Ata de Abertura e demais registros

Todas as reuniões deverão obrigatoriamente ser registradas em ata. As atas deverão seguir o padrão definido pelo setor do NQSP da UNIDADE. O documento “Modelo de Ata de Reunião”, estará disponível para consulta e acesso no Sistema de Gestão da Qualidade SAS - Interact.

A primeira ata da Comissão será a ata de abertura devendo conter obrigatoriamente:

1. Consideração da obrigatoriedade da comissão – citando a legislação orientadora;
2. Registro de como foi eleito ou nomeado o Presidente e Secretários;
3. Função dos membros;
4. Período do mandato dos membros;
5. Periodicidade das reuniões;
6. Relação dos membros participantes (nome completo, função e setor que representa);
7. Assinatura do Diretor Executivo e Diretor Técnico (quando couber).

Nas demais atas serão registradas conforme realização das reuniões, onde o início de toda ata deverá ser com a pauta do dia e deverão ser verificadas as ações futuras da ata do mês anterior, sendo que as mesmas quando não concluídas tornam-se pendências na ata da reunião atual, devendo em seguida serem registradas as discussões, opiniões, relatos e deliberações. No final da ata deverão constar as ações futuras, quando houver, para próxima reunião, com a definição do **responsável** e **prazo** para resolução. Se o prazo para resolução da pendência for superior à data da próxima reunião, esta pendência deverá constar nas atas até a finalização, ficando o responsável pela ação em dar retorno aos membros da Comissão sobre o encaminhamento efetuado.

### Da Composição

As Comissões serão compostas de acordo com o preconizado em legislação (caso a Comissão tenha de existir por exigência legal) ou com funções e profissionais que tenham afinidade com o objetivo da existência desta.

Toda Comissão poderá ser composta por um Presidente, Vice-Presidente, Primeiro Secretário e Segundo Secretário. As funções de cada membro serão definidas na ata de abertura. Caberá obrigatoriamente ao:

**Presidente:** presidir as reuniões manifestar-se em nome da Comissão, assinar documentos (salvo se delegar formalmente a algum membro da Comissão).

**Vice-Presidente:** presidir as reuniões na ausência do presidente e deliberar conforme autorização do presidente.

**Primeiro Secretário:** comunicar os membros para as reuniões, conforme calendário, registrar as reuniões em ata, colhendo assinatura dos membros e convidados especiais enviando está para arquivo junto ao setor do NQSP e manter os arquivos em ordem cronológica crescente. Assim como preparar e encaminhar as atas de reuniões mensais e relatórios trimestrais para a secretaria da diretoria no prazo previamente estabelecidos. Deverá ainda cumprir atribuições designadas pelo Presidente e substituí-lo na sua ausência, presidindo as reuniões. Na ausência do secretário em reuniões, cabe a este comunicar ao segundo secretário, com antecedência, para o cumprimento das atribuições designadas.

**Segundo Secretário:** Cumprir atribuições designadas pelo Presidente e substituir o Primeiro Secretário em sua ausência.

No caso de vacância do cargo de Presidente e Primeiro Secretário estes serão escolhidos entre seus pares, através de votação direta ou outro processo de escolha deliberado pela própria Comissão.

No caso de indisponibilidade de membros da Comissão caberá ao Presidente convidar outro profissional para substituí-lo. Existem exceções como a Comissão de Ética

Médica, na qual um novo membro somente poderá ser escolhido através de eleições. Neste caso, os processos correrão de acordo com legislação que rege o assunto, a CIPA que deverá respeitar o que rege sua legislação e a Comissão de Enfermagem.

**Integrantes:** Participar das reuniões e cumprir as atribuições designadas pelo Presidente.

No caso de ausência, comunicar através de formulário de Justificativa de Ausência de Reunião, colher assinatura do presidente e entregar o secretário da comissão, justificando sua falta, podendo ser entregue até 48 horas após a reunião.

### **Cronograma de Reunião**

Na última reunião do ano vigente as Comissões deverão elaborar seu cronograma de reunião anual (Anexo II). Este cronograma deverá ser registrado no modelo de documento padronizado pelo NQSP, disponível no Sistema de Gestão da Qualidade – SA – Interact. O cronograma de reunião deverá estar dentro da pasta de arquivo das atas.

### **Convocação**

Na finalização das reuniões, o Presidente deverá lembrar aos presentes o dia, horário e local da próxima reunião. Além disto, dois dias antes, os membros serão lembrados da reunião por informativo exposto nas estações de leitura e/ou através de e-mail corporativo. Este lembrete será feito pelo primeiro Secretário da Comissão.

As reuniões ordinárias serão realizadas conforme calendário aprovado pela Comissão. As extraordinárias serão convocadas pelo Presidente e a convocação será entregue pelo secretário e/ou segundo secretário.

### **Definição da Pauta**

Toda reunião deverá ter uma pauta previamente definida junto ao Primeiro Secretário e aprovada pelo Presidente. Qualquer membro, NQSP e Diretor poderá solicitar a inclusão de assuntos na pauta. Durante a reunião serão tratados com prioridade os assuntos relacionados na pauta. Os demais assuntos não enviados previamente deverão constar como assuntos gerais e serão tratados no final da reunião, se houver tempo hábil, ou por deliberação do Presidente. Se não houver tempo hábil para tratar todos os assuntos propostos estes ficarão na pauta para serem tratados na próxima reunião.

A pauta deve conter:

1. Verificar das ações futuras da ata do mês anterior;
2. Descrever assuntos a serem discutidos no mês;
3. Assuntos gerais

### **Dinâmica das Reuniões**

As reuniões serão abertas pelo Presidente e para deliberar deverá ter no mínimo metade dos membros efetivos mais um.

Em falta de quórum, cabe aos presentes lavrar ata, justificando a não realização da reunião, na qual os membros presentes irão assinar (50% mais um).

As reuniões deverão ser iniciadas com leitura das ações futuras da ata anterior (leitura esta que será feita pelo Primeiro Secretário ou seu substituto) devendo cada responsável dar o retorno sobre andamento destas ações. Em seguida, será lida a pauta com assuntos a serem tratados, momento na qual será passada a palavra para quem quiser fazer o uso da mesma. As discussões deverão ser registradas na ata, após a discussão de cada assunto, o Presidente fará a deliberação e encaminhamento do mesmo. Em seguida, o Presidente fará as considerações finais, lembrando data, hora e local da próxima reunião.

Deverá constar em todas as atas a relação dos membros participantes, bem como a observação se a falta foi justificada ou injustificada.

As atas deverão ser elaboradas pelo Primeiro Secretário de cada comissão e na ausência do mesmo o segundo secretário fica responsável de elaborar a ata da reunião com o prazo máximo de 48 horas após a reunião e encaminhadas ao setor do NQSP. Todas as ações que envolverem mudança de rotina ou investimento financeiro deverão ser validadas pela diretoria/gerência responsável.

#### **Liberação e Acesso a documentos**

As atas e documentos de todas as Comissões ficarão arquivados e sob guarda do setor de NQSP.

O acesso a estes documentos será privativo dos membros da Comissão, Diretorias ou através de autorização escrita do Presidente da Comissão.

O acesso a documentos e atas, por pessoas que não sejam da Comissão deverá ser autorizado pelo Presidente da Comissão e/ou Diretor Executivo.

#### **Disposições Finais**

Este manual entre em vigor a partir da sua apresentação pelo Diretor Executivo, devendo todas as Comissões se adequar ao mesmo.

Os assuntos não contemplados neste instrumento serão resolvidos pelo Diretor/Gerente na qual a Comissão está ligada e/ou Diretor Executivo.

### 5.1.1.1 - COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

#### **Proposta De Constituição (Membros, Finalidade)**

A obrigatoriedade da implantação comissão de análise e revisão do prontuário está definida pelos Conselhos Regionais de Medicina. Com progressiva complexidade dos serviços e o avanço técnico e científico da área de saúde exigiram uma constante avaliação dos prontuários. A Comissão de análise e Revisão de Prontuário do Hospital será um grupo técnico de assessoria, estudo e análise, normativo e fiscalizador, subordinado diretamente à Diretoria do Hospital, que tem como principais objetivos:

- Recomendar normas sobre o conteúdo dos prontuários e zelar pelo seu cumprimento;
- Assegurar a qualidade das documentações multiprofissionais na assistência, pesquisa e estatística do hospital;
- Revisar e avaliar por amostragem os Prontuários visando assegurar o cumprimento da normatização estabelecida
- Planejar e executar as ações necessárias à manutenção de um padrão de qualidade eficaz da documentação médica;
- Apoiar as demais Comissões visando alcançar os objetivos comuns às suas atribuições.

#### **Composição Da Comissão**

<b>Formação</b>	<b>Perfil do Componente</b>	<b>QTD</b>
<b>Médico Pediatra</b>	Profissional com formação em medicina, residência médica em Pediatria, e que atua na emergência e/ou Unidades de Internação do Hospital	01
<b>Médico Clínico</b>	Profissional com formação em medicina, residência em clínica médica e/ou intensivista e que atua na emergência e/ou Unidades de Internação/UTI do Hospital.	01
<b>Médico Cirurgião</b>	Profissional com formação em medicina, residência em áreas cirúrgicas e que atua na emergência e/ou Centro Cirúrgico do Hospital	01
<b>Enfermeiro</b>	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua na emergência, UTI e/ou Centro Cirúrgico do Hospital	02
<b>Administrador</b>	Profissional com formação em Administração, com título de especialista e que represente a Direção do Hospital.	01

130



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

Fundamento:	Implantar comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição e Registro das Atas
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma revisão
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata do no. De prontuários analisados, identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas

### Proposta De Regimento Interno

#### Regimento (Modelo) Comissão De Análise E Revisão De Prontuário

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A responsabilidade de presidir e conduzir a Comissão de Revisão de Prontuários recai no Diretor Técnico, como Presidente, e no Coordenador Clínico, como Vice-presidente, ficando a seus critérios ético e técnico a escolha dos demais membros para compor a Comissão, e tem vigência de 24 meses (ou outros períodos estabelecidos pelos respectivos Conselhos Regionais) a contar da presente data.



Outros profissionais da área da saúde poderão compor o rol de membros da Comissão de Revisão de Prontuários.

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

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

Integrante	Registro Conselho	Função na Organização	Função da Comissão

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

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

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

132

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

- I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário confeccionado em qualquer suporte (eletrônico ou papel):
  - a. Identificação do paciente: nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP).
  - b. Anamnese: exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnósticos definitivos e tratamento efetuado.
  - c. Evolução diária do paciente: com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico.
  - d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número do CRM com a aposição do carimbo.
  - e. Nos casos de emergências, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

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

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

Ao Presidente, atribuem-se:

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

Ao Secretário, atribuem-se:

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

Aos demais membros, atribuem-se:

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

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

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

## **Cronograma De Atividade Anual**

<b>Comissão De Análise E Revisão De Prontuário</b>												
<b>Ações</b>	<b>Mês 1</b>	<b>Mês 2</b>	<b>Mês 3</b>	<b>Mês 4</b>	<b>Mês 5</b>	<b>Mês 6</b>	<b>Mês 7</b>	<b>Mês 8</b>	<b>Mês 9</b>	<b>Mês 10</b>	<b>Mês 11</b>	<b>Mês 12</b>
Nomeação do Membros da Comissão	X	X	X									
Reuniões da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantação de Indicadores				X	X	X						
Treinamentos - Levantamento de Necessidades			X	X	X							
Realização de reuniões com a Comissão Ética Médica					X			X			X	
Realização de reuniões com a Comissão Ética Enfermagem				X			X			X		
Avaliação de Indicadores				X		X		X		X		X

### 5.1.1.2 - COMISSÃO DE ÓBITOS

#### **Proposta De Constituição (Membros, Finalidade)**

O conhecimento das causas e dos processos envolvidos na ocorrência do óbito são aspectos de grande relevância e contribuem para o aprimoramento da atenção e do cuidado no serviço. Possibilitam ainda, o aperfeiçoamento dos registros hospitalares e especial do prontuário do cliente. A Comissão de Revisão de Óbitos é um órgão subordinado diretamente à Diretoria do serviço e tem por finalidade analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

#### **Atribuições**

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;
- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas;
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

135

#### **Composição da Comissão**

<b>Formação</b>	<b>Perfil do Componente</b>	<b>Qtd</b>
<b>Médico</b>	Profissional com formação em medicina, com residência e que atua na Unidade.	01
<b>Médico</b>	Profissional com formação em medicina, com residência e que atua na Unidade.	01
<b>Enfermeiro</b>	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua na Unidade.	03

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

<b>Fundamento:</b>	<b>Implantar Comissão</b>
<b>Âmbito de desempenho</b>	Qualidade e requisito legal
<b>Tipo de Indicador</b>	Contínuo
<b>Fonte de Auditoria</b>	Portaria de Constituição da Comissão e Relatório de Registro das investigações realizadas e providências adotadas.
<b>Meta Inicial:</b>	Comissão Implantada em até 03 meses e 50% dos óbitos ocorridos no trimestre investigados.
<b>Meta Permanente</b>	Reunião Mensal, com registro em ata e 80% dos óbitos investigados.

## **Proposta De Regimento Interno**

### **Regimento (Modelo) – Comissão De Óbito**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

136

A responsabilidade de presidir e conduzir a Comissão de Revisão de Óbito recai no Diretor Clínico, como Presidente. O número de membros da Comissão não poderá ser inferior a 03 (três) membros, obrigatoriamente dois médicos, e seus mandatos deverão coincidir com o mandato do Diretor Clínico, ou seja, dois anos podendo ser postergado a critério da Diretoria Técnica e Clínica. Outros profissionais da área da saúde poderão compor o rol de membros da Comissão de Revisão de Óbitos.

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

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

<b>Integrante</b>	<b>Registro Conselho</b>	<b>Função na Organização</b>	<b>Função da Comissão</b>

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

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

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

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

- I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados.
- II. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito.
- III. Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos.
- IV. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento das declarações de óbitos.
- V. Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes.
- VI. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações de óbito nos prontuários.
- VII. Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomo-patológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade).
- VIII. Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos).
- IX. Zelar pelo sigilo ético das informações.
- X. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado.
- XI. Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.
- XII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.
- XIII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científica com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.
- XIV. Promover um processo de educação continuada dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, como a Declaração de Óbito, além dos registros de atendimento nos prontuários ambulatorial e hospitalar;
- XV. Elaborar relatório analítico periodicamente e encaminhar aos gestores nos diversos níveis da assistência.

137

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

Ao Presidente, atribuem-se:

- I. Convocar e presidir as reuniões.
- II. Indicar seu vice-presidente.
- III. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.
- IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovadas pelos membros desta.
- V. Fazer cumprir as competências descritas neste documento. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).



Ao Vice-Presidente, atribuem-se:

- I. Organizar a ordem do dia;
- II. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante, quando necessário.

Ao Secretário, atribuem-se:

- III. Organizar a ordem do dia;
- IV. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- V. Lavar a ata das sessões/reuniões.
- VI. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- VII. Organizar e manter o arquivo da comissão.
- VIII. Preparar a correspondência.
- IX. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.
- X. Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

### **Cronograma De Atividade Anual**

<b>Comissão De Óbito</b>												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão	X	X	X									
Reuniões da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantação de Indicadores			X	X	X							
Treinamentos - Levantamento de Necessidades				X	X	X						
Realização de reuniões com a Comissão Ética Médica					X			X			X	
Realização de reuniões com a Comissão Prontuários				X			X			X		
Avaliação de Indicadores				X		X		X		X		X

### 5.1.1.3 - COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

#### **Proposta De Constituição (Membros, Finalidade)**

A Comissão de Ética Médica é o órgão supervisor da ética profissional na instituição, representando o Conselho Regional e Federal de Medicina. Este tem por atribuição julgar e disciplinar a classe médica nos aspectos referentes ao exercício profissional, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

#### **Atribuições**

- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;
- Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na Instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias;
- Denunciar às instâncias superiores as eventuais más condições de trabalho na Instituição;
- Assessorar as diretorias clínicas, administrativas e técnica da Instituição, dentro de sua área de competência.

#### **Composição Da Comissão**

<b>Formação</b>	<b>Perfil do Componente</b>	<b>QTD</b>
<b>Médico</b>	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital	01
<b>Médico</b>	Profissional com formação em medicina e que atua na emergência e/ou Unidades de Internação/UTI do Hospital.	01
<b>Médico</b>	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital	04
<b>Médico</b>	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital	04

139

#### **Objetivo E Meta Qualitativa Da Comissão Para O 1º. Ano De Contrato**

<b>Fundamento</b>	<b>Implantar Comissão</b>
<b>Âmbito de desempenho</b>	Qualidade e requisito legal
<b>Tipo de Indicador</b>	Contínuo
<b>Fonte de Auditoria</b>	Atas das Reuniões, Pareceres técnicos
<b>Meta Inicial:</b>	Comissão Implantada em até 45 dias com realização de pelo menos uma reunião no bimestre.
<b>Meta Permanente:</b>	Reunião Mensal, com registro em ata e dos casos solicitados

## **Proposta De Regimento Interno**

**Considerando** que o trabalho médico na UNIDADE será desenvolvido conforme duas regras fundamentais:

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

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

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

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

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

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

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

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

**Considerando** que os médicos deste Hospital nortearão seus atos pelos princípios do humanismo, do Código de Ética Médica e vocação da UNIDADE.

**Considerando** que os atendimentos e internações respeitarão as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria da UNIDADE, ressalvados os casos de urgência e emergência.

140

A presente Comissão foi composta na data de \_\_/\_\_/\_\_, formada, na sala de reuniões da UNIDADE, com o intuito primário de supervisionar a ética profissional na instituição, representando os Conselhos Regional e Federal de Medicina. Estes Conselhos têm por atribuição julgar e disciplinar a classe médica nos aspectos referentes ao exercício profissional, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

A eleição dos membros desta comissão se deu por votação do corpo clínico, em votação regulamentada pela Diretoria Técnica e tem vigência de 30 meses a contar da presente data.

De acordo com a Resolução 1657/2002 do CFM, retificada publicada no D.O.U. de 6 de junho de 2003, p.73 e alterada pela Resolução CFM n. 1812/2007 a Comissão de Ética será composta por 3 (três) membros, sendo 1 (um) presidente, 1 (um) Secretário e 1 (um) outro membro, além dos demais membros suplentes.

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

Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para

a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficializar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

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

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

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

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

Integrante	CRM	Função na Organização	Função da Comissão

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

- Nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética
- Na Instituição que possuir de 16 (dezesesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes
- Na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes
- Na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 6 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes
- Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 (oito) membros efetivos e 8 (oito) suplentes

141

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

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

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

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

- Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- Instaurar sindicância instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
- Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;
- Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;
- Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
- Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Compete aos membros da Comissão de Ética:

- Eleger o presidente e secretário;
- Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
- Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista neste documento;
- Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder sindicâncias.

Compete ao presidente da Comissão de Ética:

- Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;
- Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;

- Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

- Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;
- Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;
- Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;
- Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

### **Cronograma De Atividade Anual**

<b>Comissão De Ética Médica</b>												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão	X	X										
Reuniões da Comissão			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantação de Indicadores				X	X	X						
Treinamentos - Levantamento de Necessidades			X	X	X							
Oficina de capacitação sobre Ética Médica					X			X			X	
Realização de reuniões com a Comissão Prontuários				X			X			X		
Realização de reuniões com a Comissão Óbitos				X			X			X		
Avaliação de Indicadores					X		X		X		X	



#### 5.1.1.4 - COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

##### **Proposta De Constituição (Membros, Finalidade)**

A Comissão de Ética de Enfermagem tem finalidades educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético, bem como garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição, zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões e as infrações éticas.

##### **Atribuições gerais**

- Divulgar os compromissos da Comissão de Ética de Enfermagem.
- Divulgar o código de Ética dos profissionais de Enfermagem e demais pareceres, instruções e normas disciplinares e éticas do exercício profissional, colaborando assim para com o Conselho Regional.
- Promover e fomentar a participação em congressos, feiras e seminários que objetivam a análise e discussão colegiada sobre o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, identificando as questões éticas e disciplinares que envolvam o exercício profissional.
- Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao conselho Regional, as eventuais más condições de trabalho na instituição.
- Assessorar as diretorias da instituição, dentro de sua área de competência.
- Assessorar a Diretoria e/ou serviço de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à ética profissional.
- Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas de Enfermagem na instituição, sempre que necessário.
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, identificando as medições oferecidas pela mesma para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela pela equipe de Enfermagem.
- Averiguar as denúncias ocorridas, notificando ao Conselho Regional todas as infrações éticas detectadas.
- Trabalhar junto à equipe de Enfermagem, orientando sobre a importância do comportamento ético-profissional, bem como sobre as implicações legais advindas de atitudes antiéticas.
- Solicitar assessoria da Câmara de Ética do COREN, sempre que necessário.

144

##### **Composição da Comissão**

<b>Formação</b>	<b>Perfil do Componente</b>	<b>QTD</b>
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem	5
Tec.Enfermeiro	Profissional com formação em Téc. enfermagem	4
Supl. enf.	Profissional com formação em Enfermagem	5
Supl.Tec.Enf	Profissional com formação em Téc. enfermagem	4

A Comissão será composta por Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem em igual número, com vínculo empregatício na instituição e registro no COREN e terá como atribuições a fiscalização do exercício ético do profissional de Enfermagem, a inspeção das condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o perfeito desenvolvimento técnico e moral da Enfermagem, a fiscalização do cumprimento, pela Unidade, dos direitos previstos em lei aos profissionais da área de Enfermagem e, ainda, a fiscalização da qualidade do atendimento dispensado ao paciente.

Deverá ser formada por membros efetivos e igual número de suplentes, ficando a presidência para o enfermeiro.

### **Objetivo E Meta Qualitativa Da Comissão Para O 1º. Ano De Contrato**

<b>Fundamento</b>	<b>Implantar Comissão</b>
<b>Âmbito de desempenho</b>	Qualidade e requisito legal
<b>Tipo de Indicador</b>	Contínuo
<b>Fonte de Auditoria</b>	Atas das Reuniões, Pareceres técnicos
<b>Meta Inicial:</b>	Comissão Implantada em até 45 dias com realização de pelo menos uma reunião no bimestre.
<b>Meta Permanente:</b>	Reunião Mensal, com registro em ata e dos casos solicitados

### **Proposta De Regimento Interno**

**Considerando** que a Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida.

**Considerando** a resolução Cofen 311/207 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em Enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população.

**Considerando** os postulados da Declaração Universal dos Direitos do Homem, promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1948) e adotada pela Convenção de Genebra da Cruz Vermelha (1949), contidos no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiros (1953) e no Código de Ética da Associação Brasileira de Enfermagem (1975).

**Considerando** o Profissional de Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais.

**Considerando** o Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões.

**Considerando** o Profissional de Enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integridade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.

A presente Comissão foi empossada na data de XX/XX/XXXX, no Auditório da UNIDADE, com o intuito primário de apoiar a Direção, bem como todos os profissionais de enfermagem da UNIDADE para a aplicação dos conceitos do código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução Cofen 311/207, bem como, buscar a satisfação do usuário contribuindo para a melhoria contínua dos processos internos.

Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem se reunirão a cada dois meses conforme determinado em cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes e pontualmente em caso de impossibilidade de comparecimento, deverá encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constantes.

Desta forma, segue os membros eleitos:

Integrante	Função na Organização	Função da Comissão

À **Comissão de Ética de Enfermagem**, atribuem-se:

- I. Divulgar o Código de Ética de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;
- II. Promover e/ou participar de eventos que se propõem a estudar e discutir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, identificando as questões éticas e disciplinares que envolvem o exercício profissional;
- III. Assessorar a Diretoria e a Coordenação de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à ética profissional;
- IV. Participar de estudos e projetos visando a orientação aos usuários e familiares, no que se refere às questões éticas;
- V. Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;
- VI. Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas de Enfermagem na UNIDADE, sempre que necessário;
- VII. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na UNIDADE, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado aos usuários pela equipe de enfermagem.
- VIII. Averiguar as denúncias ocorridas e notificar ao Conselho as infrações éticas detectadas;
- IX. Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do Conselho, sempre que necessário; e
- X. Elaborar o relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar à Diretoria Assistencial e, posteriormente, ao Conselho.

146

Ao **Presidente**, compete:

- I. Responsabilizar-se pelo andamento dos trabalhos e encaminhamento das decisões da Comissão de Ética de Enfermagem;
- II. Convocar, presidir e coordenar as reuniões de Comissão de Ética de Enfermagem;
- III. Elaborar parecer final para encaminhamento à Diretoria Assistencial e ao Conselho dos casos constatados como infrações éticas;
- IV. Representar a Comissão de Ética na UNIDADE e no Conselho ou quando se fizer necessário.
- V. Assinar toda a documentação da Comissão; e
- VI. Delegar responsabilidade e atribuir tarefas para os membros da Comissão.

**Ao Vice-Presidente, compete:**

- I. Executar as atividades que lhe forem delegadas pelo Presidente;
- II. Comparecer às reuniões convocadas;
- III. Colaborar com os trabalhos da Comissão; e
- IV. Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

**Ao Secretário, compete;**

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

**Aos membros titulares e suplentes, compete:**

- I. Comparecer às reuniões e outras atividades promovidas pela Comissão;
- II. Colaborar com os trabalhos da Comissão;
- III. Assumir as responsabilidades e tarefas delegadas pelo Presidente; e
- IV. Divulgar as atividades e objetivos da Comissão de Ética de Enfermagem.

**Cronograma De Atividade Anual**

Comissão De Ética Enfermagem												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão	X	X										
Reuniões da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantação de Indicadores			X	X	X							
Treinamentos - Levantamento de Necessidades			X	X	X							
Oficina de capacitação					X			X			X	
Realização de reuniões com a Comissão Prontuários				X			X			X		
Avaliação de Indicadores					X		X		X		X	

### 5.1.1.5 - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

#### Proposta De Constituição (Membros, Finalidade)

##### Comissão De Controle De Infecção

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

##### Atribuições

- Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para o controle de infecção hospitalar;
- Avaliar sistematicamente o Programa de Controle de Infecção Hospitalar - PCIH, e o Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas do serviço;
- Estimular o quadro técnico do serviço ao desenvolvimento de pesquisas que venham a contribuir, direta ou indiretamente, para o controle da infecção Hospitalar.
- Elaborar, implementar, manter, avaliar e adequar aspectos de prevenção e controle propriamente dito;
- Planejar e implementar cursos de atualização em controle de infecção Hospitalar, objetivando estabelecer sistematicamente um programa de Educação Médica Continuada para equipe multiprofissional que lida, direta ou indiretamente, com a comunidade Hospitalar;
- Planejar, padronizar, treinar e supervisionar técnicas, procedimentos, normatizações e medidas de prevenções universais relativas à prevenção e ao controle das infecções hospitalares no serviço, em todos seus setores.

148

##### Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	QTD
Médico Infectologista	Profissional com formação em medicina, residência médica em infectologia	01
Médico	Profissional com formação em medicina, residência médica e que atua na Unidade	01
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua na Unidade	07
Farmacêutico	Profissional com formação em Farmácia, com título de especialista e que atua no Serviço de Farmácia	01
Bioquímico ou Biomédico	Profissional com formação em Biologia, Farmácia e Bioquímica ou Biomedicina, com título de especialista e que atua no Laboratório de Análises Clínicas e Microbiologia	01
Administrador	Profissional com formação em Administração, com título de especialista e que represente a Direção da Unidade	03
<b>Geral</b>	Profissionais na área de limpeza e manutenção	02

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

Fundamento:	Implantar a Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição da Comissão e relatório do registro das investigações realizadas e providências adotadas. Rotina de notificação de reação adversa, queixa técnica e erros de medição implantada.
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma reunião no trimestre. Manual de Rotinas e Procedimentos implantadas (Instruções de Trabalho – its)
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e análise crítica dos casos notificados.

### Proposta De Regimento Interno

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

- Detectar casos de infecção hospitalar, seguindo critérios de diagnósticos previamente estabelecidos.
- Fazer cumprir as Diretrizes estabelecidas no Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) por meio de sua operacionalização na UNIDADE.
- Conhecer as principais infecções hospitalares detectadas no serviço e definir se a ocorrência destes episódios de infecção está dentro de parâmetros aceitáveis. Conforme literatura mundial, nacional e perfil na UNIDADE.
- Elaborar normas de padronização para que os procedimentos realizados na instituição sigam uma técnica asséptica (sem a penetração de microrganismos), diminuindo o risco de o paciente adquirir infecção.
- Colaborar no treinamento de todos os profissionais da saúde no que se refere à prevenção e controle das infecções hospitalares.
- Realizar controle da prescrição de antibióticos, evitando que os mesmos sejam utilizados de maneira descontrolada na UNIDADE.
- Recomendar as medidas de isolamento de doenças transmissíveis, quando se trata de pacientes hospitalizados.
- Oferecer apoio técnico à administração hospitalar para a aquisição correta de materiais e equipamentos e para o planejamento adequado da área física das unidades de saúde.

149

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

**Considerando** que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (C.C.I.H.) visa coordenar as atividades de investigação, prevenção e controle, objetivando reduzir a incidência e a gravidade das infecções relacionadas à assistência de saúde (IRAS) às menores taxas possíveis, sendo que, deve-se entender por infecção hospitalar qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em UNIDADE e que se



manifeste durante a internação (após 72h da admissão) ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

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

A presente Comissão foi composta na data xx/xx/xxxx, formada, no auditório da UNIDADE com o intuito primário de avaliar e controlar os riscos e os episódios de infecção hospitalar, por meio de acompanhamento, controle e treinamentos com as equipes envolvidas no contato direto e indireto ao paciente.

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

- Enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
- Diretor Técnico
- Técnica de segurança de trabalho
- Técnico de enfermagem do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (conforme edital)
- Diretor Executivo
- Diretora de Enfermagem
- Gerente Administrativo-Financeiro
- Assistente de enfermagem áreas abertas
- Assistente de enfermagem áreas fechadas
- Enfermeira da qualidade
- Enfermeira do CME
- Microbiologista
- Farmacêutico responsável técnico
- Supervisor SHL
- Supervisor manutenção

150

Atualmente, após nova atualização em xx/xx/xxxx, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, tem como os membros:

Integrante	Registro Conselho	Função na Organização	Função na Comissão

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

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



A ausência em 03 reuniões seguidas implicará em desligamento da Comissão, a substituição do membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será feita imediatamente por indicação do Presidente. Os membros executores da CCIH constituem o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), onde esses são responsáveis pela realização das diretrizes pré-definidas.

O SCIH tem por **Competência:**

- I. Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da Instituição, contemplando no mínimo, ações relativas a implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS.
- II. Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção de controle das infecções hospitalares.
- III. Capacitação dos profissionais da Instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das IRAS.
- IV. Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.
- V. Avaliar periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- VI. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle.
- VII. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da Instituição e os Gestores de todos os setores da UNIDADE, a situação do controle das IRAS, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar.
- VIII. Emitir relatório semestral do perfil microbiológico dos germes isolados.
- IX. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas IRAS em curso na UNIDADE, por meio de medidas de precaução e de isolamento.
- X. Realizar visitas técnicas periódicas nos setores críticos e semicríticos da UNIDADE.
- XI. Definir, em cooperação com o Setor de Farmácia, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a Instituição, emitindo parecer técnico para aquisição de produtos não padronizados na UNIDADE.
- XII. Cooperar com a ação do órgão de gestão do Sistema Único de Saúde, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.
- XIII. Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do sistema público de saúde, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

151

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

Ao **Presidente da CCIH**, atribuem-se:

- I. Representar a CCIH e o SCIH dentro da UNIDADE, inclusive na Diretoria.
- II. Elo de ligação entre a CCIH e a administração.
- III. Escolher os membros para composição do SCIH, com o mínimo de 1 (um) médico com conhecimentos em Epidemiologia e 1 (um) enfermeiro: dentro dos padrões estipulados pela Portaria Nº. 2616 de 12/05/98, do Ministério da Saúde.
- IV. Manter um Programa de Controle de Infecção Hospitalar de acordo com os padrões determinados pela Lei Nº. 9431, de 06/01/97.

- V. Estabelecer sistema operacional prático para as notificações e avaliações das IRAS.
- VI. Convocar reuniões mensais ordinárias e/ou extraordinárias quando necessário.
- VII. Incentivar pesquisas na área de controle de IRAS.
- VIII. Solicitar à Administração, quando necessário, recursos para implementação dos programas propostos pelo SCIH.
- IX. Enviar à Administração, relatórios mensais de atividades do SCIH.
- X. Cumprir e fazer cumprir o Regimento da CCIH.

Ao **Vice-Presidente da CCIH**, atribuem-se:

- I. Substituir o Coordenador, quando do impedimento deste ou quando delegado.
- II. Cooperar com o Coordenador nas atividades que visem o controle de infecções hospitalares.
- III. Participar das reuniões da CCIH.
- IV. Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento.

Ao **Microbiologista**, atribuem-se:

- I. Informar em tempo real ao SCIH sobre a presença de microorganismos incomuns ou perigosos na UNIDADE através de resultados parciais via e-mail.
- II. Realizar exames sorológicos, bacteriológicos e parasitológicos da UNIDADE.
- III. Realizar culturas em locais mais propícios a infecções.
- IV. Pesquisar sobre e atualizar os modelos de sensibilidade a antibióticos.
- V. Realizar o controle de qualidade dos exames.
- VI. Identificar todos os materiais tidos como contaminados.
- VII. Dar apoio e participar da investigação epidemiológica e treinamento de pessoal.
- VIII. Elo de ligação entre Laboratório e Corpo Clínico da UNIDADE.
- IX. Estabelecer normas para coleta, transporte e manuseio de amostras para cultura.
- X. Padronizar critérios de aceitação e/ou rejeição de pedidos médicos para realização de cultura.
- XI. Padronizar, juntamente com o SCIH, os antibiogramas realizados, adequando-os às circunstâncias clínicas.
- XII. Implementar novos avanços no diagnóstico microbiológico, através da participação nos programas de controle de qualidade da Sociedade Brasileira de Microbiologia, de acordo com o Manual de Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Hospitalar, 3ª edição, 2010, do Ministério da Saúde e/ou bibliografias atuais vigentes.
- XIII. Cooperar na elaboração da padronização de antibióticos, soluções e desinfetantes.
- XIV. Participar das reuniões da CCIH.

152

Ao **Enfermeiro**, atribuem-se:

- I. Ser membro executor do Serviço de Infecção Hospitalar da UNIDADE.
- II. Realizar a vigilância epidemiológica sistemática e busca ativa através de:
  - Visitas regulares às unidades de internação.
  - Revisão diária dos prontuários.
- III. Verificação das anotações de enfermagem, pesquisando indícios de hiperemia, antibioticoterapia, drenagens de secreções, sondagens, e/ou outros indicativos de infecção, principalmente em pacientes com probabilidade maior de adquirir IRAS.
- IV. Verificação de exames laboratoriais e laudos de exames de imagem.
- V. Verificação do tempo de uso de antibioticoterapia.

- VI. Monitorizações diárias de procedimentos invasivos.
- VII. Realizar campanhas educativas, principalmente quanto à higienização das mãos.
- VIII. Realizar reciclagens de técnicas e procedimentos.
- IX. Orientação técnica para as precauções padrão e de isolamentos conforme resultados de culturas ou critérios da admissão.
- X. Participar de reuniões da CCIH.
- XI. Atuar na orientação, treinamento, e supervisão dos atos de enfermagem de acordo com a CCIH.
- XII. Codificação dos dados obtidos na busca ativa.
- XIII. Participar de padronização de antibióticos.
- XIV. Orientar e emitir laudos técnicos, quando da aquisição de materiais e equipamentos de uso de enfermagem.
- XV. Ser elo entre o serviço de enfermagem e a CCIH.
- XVI. Elaborar relatório mensal de atividades.
- XVII. Interagir com a farmácia hospitalar, quanto a treinamentos, controle de qualidade dos medicamentos e materiais e/ou outros.

Ao **Farmacêutico**, atribuem-se:

- I. Elaborar o levantamento do consumo mensal de antibióticos, de acordo com a Portaria 2.616 de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde.
- II. Avaliar diluição de desinfetantes e soluções usadas na Instituição.
- III. Cooperar e participar nas normas de padronização do uso de antimicrobianos aprovados no estudo de sensibilidade bacteriana.
- IV. Preparar, controlar e armazenar as soluções para nutrição parenteral, inclusive com encaminhamento de amostras para cultura e controle de qualidade, de acordo com a Resolução CFF Nº. 247 de 08/03/93.
- V. Notificar periodicamente, o custo das drogas de maior consumo na UNIDADE, bem como de suas alternativas similares.
- VI. Padronizar a metodologia para o preparo de soluções para nutrição parenteral e diluições.
- VII. Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa sobre estabilidade das soluções, toxicidade dos produtos químicos, espectro de ação antimicrobiana, interação entre medicamentos, produtos químicos e correlatos, entre outras.
- VIII. Manter registro de informações para subsidiar programas de farmacovigilância.
- IX. Avaliar as interações medicamentosas, drogas nutrientes e outros.
- X. Elaborar e supervisionar rotinas específicas para manipulação de drogas e soluções, no laboratório da farmácia, assim como quanto à embalagem e estocagem destes produtos.
- XI. Informar ao SCIH o uso inadequado de qualquer produto que vise o controle profilático ou terapêutico das IRAS.
- XII. Participar da educação continuada.

Ao **Médico**, atribuem-se:

- I. Interagir com o Corpo Clínico, no sentido de fazer cumprir as determinações do SCIH.
- II. Promover treinamento para residentes e/ou acadêmicos, na área de sua competência.
- III. Avaliar e sugerir, as prescrições médicas no que se refere ao uso de antibióticos, considerando seu tempo de ação e coeficiente sensibilidade/resistência.
- IV. Avaliar pacientes pré e pós-cirúrgicos, quanto ao risco de IRAS.
- V. Avaliar e determinar a necessidade de isolamento e/ou precauções universais.
- VI. Orientar quanto à realização e necessidade de culturas microbiológicas.

- VII. Participar das atividades de treinamento, de maneira generalizada.
- VIII. Representar a CCIH, quando for determinado.
- IX. Elaborar relatórios mensais de atividades do SCIH, incluindo os índices de infecção detectados, por clínica, topografia, geral e outros.
- X. Verificar e orientar normas de admissão de pacientes e de assepsia.
- XI. Participar das reuniões da CCIH.
- XII. Acompanhar junto ao SESMT profissionais que sofrerem acidentes com material biológico e apresentarem soroconversão.

Aos **Representantes da Administração**, atribuem-se:

- I. Prever e prover local apropriado para o funcionamento da CCIH e do SCIH.
- II. Intermediar junto à administração superior das necessidades financeiras dos Programas de Controle de Infecções Hospitalares.
- III. Estabelecer normas para os visitantes.
- IV. Participar ativamente das campanhas educativas promovidas pelo SCIH.
- V. Assegurar a participação dos vários serviços da UNIDADE na CCIH.
- VI. Participar das reuniões da CCIH.
- VII. Assegurar ligação contínua com as autoridades de saúde e com outros órgãos relacionados ao controle de infecções hospitalares.
- VIII. Avaliar e agilizar as solicitações cabíveis que auxiliam no bom desempenho da CCIH e do SCIH.
- IX. Propiciar recursos humanos e materiais para a implantação dos programas de controle de infecções hospitalares.
- X. Apoiar e divulgar os boletins epidemiológicos elaborados pelo SCIH.
- XI. Publicar, divulgar e implementar o Regimento da CCIH, visando a orientação e conhecimento de toda a comunidade hospitalar.
- XII. Avaliar, constantemente, a atuação da CCIH e do SCIH.
- XIII. Facilitar pesquisas e a participação dos membros da CCIH e do SCIH em congressos, cursos orientados para profilaxia, controle e combate de IRAS.
- XIV. Prever serviços e instalações adequadas para as atividades relacionadas à microbiologia.
- XV. Desempenhar tarefas afins.

154

Ao **Secretário da CCIH**, atribuem-se:

- I. Manter os arquivos e fichários em ordem e atualizados.
- II. Redigir as atas das reuniões da CCIH, em livros próprios.
- III. Expedir as correspondências da CCIH e do SCIH.
- IV. Executar os serviços de digitação de arquivos.
- V. Atender as determinações do Coordenador da CCIH.
- VI. Protocolar correspondência recebida e enviada.
- VII. Por determinação do Presidente da CCIH, convocar reuniões ordinárias e extraordinárias.
- VIII. Manter o quadro de avisos em ordem.
- IX. Manter os boletins mensais da CCIH.
- X. Manter atualizados os registros de dados para fins estatísticos.

Ao **Auxiliar Administrativo/Técnico de enfermagem**, atribuem-se:

- I - Manter os arquivos e fichários em ordem e atualizados;
- II - Redigir as atas das reuniões da CCIH, em livros próprios;
- III - Expedir as correspondências da CCIH e do SCIH;
- IV - Executar os serviços de datilografia e/ou digitação;
- V - Atender as determinações do Presidente da CCIH;
- VI - Protocolar correspondências recebidas e enviadas;

- VII - Por determinação do Presidente da CCIH, convocar reuniões ordinárias e extraordinárias;
- VIII - Catalogar fontes bibliográficas;
- IX - Atender telefonemas;
- X - Manter o quadro de avisos em ordem;
- XI - Manter atualizados os registros de dados para fins estatísticos;
- XII - Elaborar estatísticas e relatórios mensais de atividades do SCIH, incluindo os índices de infecção detectados, por clínica, topografia, geral e outros;
- XIII - Desempenhar tarefas afins.

### **Cronograma De Atividade Anual**

<b>Comissão De Controle De Infecção Hospitalar</b>												
<b>Ações</b>	<b>Mês 1</b>	<b>Mês 2</b>	<b>Mês 3</b>	<b>Mês 4</b>	<b>Mês 5</b>	<b>Mês 6</b>	<b>Mês 7</b>	<b>Mês 8</b>	<b>Mês 9</b>	<b>Mês 10</b>	<b>Mês 11</b>	<b>Mês 12</b>
Nomeação do Membros da Comissão	X	X	X									
Reuniões da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantação de Indicadores					X	X	X					
Treinamentos - Levantamento de Necessidades			X	X	X							
Capacitação Biossegurança					X			X			X	
Capacitação de Lavagem das Mãos		X	X	X								
Avaliação de Indicadores				X		X		X		X		X

### 5.1.1.6 - COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADO AO PACIENTE

#### Proposta de Constituição:

Considerando o preconizado pela Organização Nacional de Acreditação e as legislações pertinentes a Serviços de Saúde, a presente Comissão será composta nesta Instituição, na data de XX/XX/XXXX. Esta Comissão tem por objetivo desenvolver a cultura interna de Gerenciamento de Riscos, focada na Segurança da Assistência prestada e tendo como base a cumprimento da RDC 36 de 25 de julho de 2013. Para tanto estabelece Diretrizes e Sistemática de Monitoramento dos Riscos identificados a fim de preveni-los, reduzi-los e controlá-los a um nível aceitável.

#### Membros:

A Comissão Núcleo de Segurança do Paciente será composta por membros indicados pela Diretoria Executiva, sendo eles Diretores, Gerentes, Coordenadores e Colaboradores:

Participantes	Função na Instituição	Função na Comissão
	Diretor Executivo	Presidente
	Enfermeira da Qualidade	Vice-Presidente
	Assistente Administrativo	1º Secretário
	Diretor Clínico	2º Secretário
	Diretora de Enfermagem	Membro
	Engenheira Clínica	Membro
	Enfermeiro do SCIH	Membro
	Diretor Técnico	Membro
	Gerente Administrativo Financeiro	Membro
	Farmacêutico clínico	Membro
	Supervisora de Atendimento/SADT	Membro

156

#### Finalidade:

Compete a Comissão Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital HPSZN I:

- Realizar reuniões mensais;
- Promover a educação e treinamento dos profissionais da saúde em Gerenciamento de Risco;
- Deliberar diretrizes para controle dos riscos no Hospital HPSZN;
- Avaliar a efetividade das ações no Gerenciamento de Risco;
- Divulgar, executar ou monitorar o cumprimento das medidas aprovadas em reuniões de Comissão Núcleo de Segurança do Paciente;
- Analisar as notificações de incidentes caracterizados como eventos adversos, com Dano Moderado, Grave e Óbito propor medidas preventivas e corretivas;



- Realizar diagnóstico através de auditorias internas, apresentando resultados aos gestores e comunidade interna para análise crítica e definição de ações corretivas;
- Realizar investigação de casos de surtos de efeitos adversos e queixas, sempre que indicado, e implantar medidas de controle;
- Elaborar, implementar e manter Programa de Gerenciamento de Risco.
- Propor e colaborar na elaboração, implementação e supervisão de normas e rotinas técnico-administrativa, em conjunto com os serviços do Hospital que estão envolvidos, visando a prevenção e tratamento dos Eventos;
- Analisar e aprovar normas técnicas complementares, de acordo com as particularidades do Hospital HPSZN;
- Elaborar relatórios periódicos sobre os principais indicadores relacionados ao controle de eventos adversos;
- Realizar a interface com as diversas Comissões do Hospital HPSZN.

### **Duração da Comissão**

A Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente possui prazo indeterminado de atuação.

### **Proposta de Regimento Interno:**

## **NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO HOSPITAL HPSZN**

### **CAPÍTULO I – DA CRIAÇÃO**

Art. 1º - O Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital HPSZN foi criado embasado na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº. 36, de 25 de julho de 2013, a qual institui o Núcleo de Segurança do Paciente e as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Art. 2º - A Diretoria Executiva, representada pela Gerência Técnica, constituiu o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do Hospital e nomeou sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

Parágrafo 1º - Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, a Diretoria Executiva e/ou Gerência Técnica deve(m) disponibilizar: recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais e um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do referido Hospital.

Parágrafo 2º - Cada membro nomeado e eventuais convidados deverão assinar Termo de Confidencialidade, visando garantir o sigilo das informações apresentadas nas reuniões.

### **CAPÍTULO II – DA FINALIDADE**

Art. 3º - O NSP tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

### **CAPÍTULO III – DAS DEFINIÇÕES**

Art. 4º - O NSP trabalhará com as seguintes definições:



- I - *Boas práticas de funcionamento do serviço de saúde*: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;
- II - *Cultura da segurança*: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;
- III - *Dano*: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;
- IV - *Evento adverso*: incidente que resulta em dano à saúde;
- V - *Garantia da qualidade*: 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;
- VI - *Gestão de risco*: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;
- VII - *Incidente*: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;
- VIII - *Núcleo de segurança do paciente (NSP)*: instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implantação de ações voltadas à segurança do paciente;
- IX - *Plano de segurança do paciente em serviços de saúde*: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e à mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;
- X - *Segurança do paciente*: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;
- XI - *Serviço de saúde*: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;
- XII - *Tecnologias em saúde*: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

158

#### **CAPÍTULO IV – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES**

Art. 5º - O NSP deverá adotar os seguintes princípios e diretrizes:

- I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- II - A disseminação sistemática da cultura da segurança;
- III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

IV - A garantia das boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde.

## **CAPÍTULO V - DA COMPOSIÇÃO**

Art. 6º - O NSP terá a seguinte composição e fica assim constituído:

Parágrafo 1º - O NSP será constituído por um coordenador, além de membros executores e membros consultores.

Parágrafo 2º - Os representantes dos membros executores constituem profissionais relacionados com as seguintes áreas de atuação do Hospital HPSZN: Gerência de Risco; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); Farmácia Hospitalar; Comissão Permanente de Registros Prontuários e Óbitos (CPRPO); Corpo Clínico; Corpo de Enfermagem; Assessoria de Gestão Estratégica e Qualidade;

Parágrafo 3º - Os representantes dos membros consultores constituem profissionais relacionados com as seguintes áreas de atuação do Hospital: Administração Hospitalar; Governança, Tecnologia da Informação; Segurança Radiológica; Engenharia Clínica; Central de Material Esterilizado (CME); Clínica Ortopédica; Comissão de Nutrição Clínica.

## **CAPÍTULO VI – DO FUNCIONAMENTO**

Art. 7º - O NSP funcionará com atividades relacionadas aos seus membros executores e consultores seguindo escala de reuniões com as seguintes periodicidades:

I - As reuniões ordinárias com todos os membros do NSP do Hospital HPSZN deverão acontecer anualmente, convocadas pelo seu coordenador, em conjunto com as Gerências Técnica Hospitalar/Assistencial/Administrativa/Tecnologia da Informação e Assessoria de Gestão Estratégica e Qualidade;

II - As reuniões extraordinárias do NSP poderão acontecer sempre que houver necessidade, convocadas por seu coordenador, em conjunto com a Gerência Técnica Assistencial;

III - Todos os membros do NSP convocados, consultores e executores, deverão estar presentes nas reuniões ordinárias e extraordinárias;

IV - As reuniões ordinárias internas dos membros executores do NSP deverão acontecer mensalmente, conforme cronograma estabelecido por seu coordenador;

V - As reuniões extraordinárias internas dos membros executores do NSP poderão acontecer sempre que houver necessidade, convocadas por seu coordenador;

VI - Todos os membros executores do NSP convocados deverão estar presentes nas reuniões ordinárias e extraordinárias;

VII - As decisões do NSP (membros executores e/ou consultores) serão tomadas mediante a aprovação de um número igual à metade mais 01 (um) de seus integrantes;

VIII - Para cada reunião realizada, ordinária ou extraordinária, deverá ser lavrada uma ata, em livro próprio, que será encaminhada para cada representante da comissão para validação e apresentada no início da reunião seguinte para assinatura pelos presentes.

## **CAPÍTULO VII – DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS**

Art. 8º - Compete ao NSP:

I - Promover ações para a gestão de risco no Hospital HPSZN;

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

160

## **CAPÍTULO VIII – DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PSP)**

Art. 9º - Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo Hospital HPSZN para:

- I - Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II - Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços do Hospital HPSZN;
- III - Implantação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde:
  - a. Identificação do paciente;
  - b. Higiene das mãos;
  - c. Segurança cirúrgica;
  - d. Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
  - e. Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
  - f. Segurança no uso de equipamentos e materiais;
  - g. Prevenção de quedas dos pacientes;
  - h. Prevenção de úlceras por pressão;
  - i. Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
  - j. Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral.

- IV - Manter registro adequado do uso de órteses e próteses, quando este procedimento for realizado;
- V - Colaborar para a comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- VI - Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.

## CAPÍTULO IX – DO ACOMPANHAMENTO

Art. 10º - Vigilância, Monitoramento e Notificação de Eventos Adversos:

- I - O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado conforme diretrizes do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP;
- II - A notificação dos eventos adversos deve ser realizada mensalmente até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA;
- III - Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

## CAPÍTULO X – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 11º - Este Regimento Interno somente poderá ser alterado em reunião ordinária, havendo item específico em pauta.

§ 1º As sugestões de alteração deverão ser apresentadas pelos seus membros em reunião do NSP.

§ 2º O quórum necessário para aprovação de sugestões de alteração do Regimento Interno será de 2/3 (dois terços) dos membros do NSP, com a presença da Gerência Técnica.

Art. 12. As decisões das reuniões deliberativas do NSP serão aprovadas, preferencialmente por consenso dentre seus membros presentes.

Art. 13. Alterações efetuadas na RDC nº 36 de 25 julho de 2013 serão automaticamente incorporadas neste Regimento Interno.

Art. 14. Os membros da Comissão serão escolhidos livremente por ato da Diretoria Executiva do Hospital, podendo ser substituídos em caso de impedimento ou ausência.

161

## Cronograma de Atividade Anual

Comissão De Núcleo de Segurança do Paciente												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão	X											
Reuniões da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantação de Indicadores				X	X	X						
Treinamentos - Levantamento de Necessidades	X	X	X									
Avaliação de Indicadores				X		X		X		X		X

### 5.1.1.7 - COMISSÃO DE ENSINO E PESQUISA POR COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

#### Proposta de Constituição:

Esta comissão segue as preconizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde e os termos das Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 370/2007 e da Norma Operacional nº 1/2013 – Ministério da Saúde/Conselho Nacional da Saúde/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Trata-se de um grupo interdisciplinar, que tem atividades baseadas em princípios éticos, seguindo as Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais das Ciências Médicas da Organização Mundial de Saúde – CIOMS/OMS.

#### Membros:

A Comissão de Ensino e Pesquisa por Comitê de Ética e Pesquisa é um órgão colegiado constituído por:

Participantes	Função na Instituição	Função na Comissão
	Médico	Coordenador
	Médico	Vice-Coordenador
	Médico	Representante da Comissão de Residência Médica – COREME
	Médico	Coordenador da Comissão de Residência Multiprofissional
	Enfermeiro	Representante do Hospital
	Enfermeiro	Suplente do Hospital

162

#### Finalidade:

Compete a Comissão de Ensino e Pesquisa por Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital HPSZN:

- Elaborar e manter atualizado Regulamento Interno com descrição detalhada dos processos de trabalho referentes a área de ensino e pesquisa a serem executadas no Hospital HPSZN;
- Sistematizar as normativas para efetivação da integração ensino, pesquisa, serviço e comunidade visando à qualificação da assistência prestada aos usuários;
- Promover a articulação dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde ou Área Profissional da Saúde da cidade de Manaus/AM, bem como com outros programas de residência e demais cursos técnicos, de graduação e pós-graduação atuantes no Hospital;
- Realizar a interface entre as instituições de Ensino Técnico, de graduação e pós-graduação e o Hospital HPSZN;
- Monitorar a qualificação do corpo de docentes, tutores e preceptores;

- Coordenar o processo de avaliação dos campos de prática utilizados pelos alunos, residentes e pesquisadores;
- Promover articulação com as Políticas Nacionais de Educação e da Saúde com a Política de Educação Permanente em Saúde;
- Encaminhar quadrimestralmente à Secretaria Estadual de Saúde SUSAM, relatório sobre as atividades desenvolvidas;
- Analisar e apontar necessidade de aquisição de novas tecnologias (leves e duras);

### **Duração da Comissão**

A Comissão de Ensino e Pesquisa por Comitê de Ética e Pesquisa possui prazo indeterminado de atuação.

### **Proposta de Regimento Interno:**

## **REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE ENSINO E PESQUISA**

**Dispõe sobre a organização, atribuições e funcionamento da Comissão de Ensino e Pesquisa.**

### **CAPITULO I – DA CONCEITUAÇÃO**

Art. 1º A Comissão de Ensino e Pesquisa é a instância de caráter deliberativo e responsável por planejar, coordenar, supervisionar e avaliar as atividades de ensino e pesquisa executadas no Hospital HPSZN.

163

### **CAPITULO II – DA COMPOSIÇÃO**

Art. 2º A Comissão de Ensino e Pesquisa é um órgão colegiado constituído por:

I – Um Coordenador e um Vice-Coordenador;

II – O Coordenador Geral da Comissão de Residência Médica – COREME e o Coordenador da Comissão de Residência Multiprofissional;

III – Um representante e um Suplente do Hospital;

Parágrafo Único. A composição da Comissão de Ensino e Pesquisa deverá ser reportar a Diretoria Técnica do HPSZN.

### **CAPITULO III – DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO DE ENSINO E PESQUISA E SEUS MEMBROS**

Art. 3º São atribuições e competências da Comissão de Ensino e Pesquisa do Hospital:

I – Elaborar e manter atualizado Regulamento Interno com descrição detalhada dos processos de trabalho referentes a área de ensino e pesquisa a serem executadas no Hospital;

II – Sistematizar as normativas as normativas para efetivação da integração ensino, pesquisa, serviço e comunidade visando à qualificação da assistência prestada aos usuários;



III – Promover a articulação dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde ou Área Profissional da Saúde da cidade de Manaus/AM, bem como com outros programas de residência e demais cursos técnicos, de graduação e pós-graduação atuantes no Hospital;

IV – Realizar a interface entre as instituições de Ensino Técnico, de graduação e pós-graduação e o Hospital;

V – Monitorar a qualificação do corpo de docentes, tutores e preceptores;

VI – Coordenar o processo de avaliação dos campos de prática utilizados pelos alunos, residentes e pesquisadores;

VII – Promover articulação com as Políticas Nacionais de Educação e da Saúde com a Política de Educação Permanente em Saúde por meio da Comissão de Integração Ensino Serviço – CIESS;

VIII – Encaminhar quadrimestralmente à Secretaria Estadual de Saúde SUSAM, relatório sobre as atividades desenvolvidas;

IX – Analisar e apontar necessidade de aquisição de novas tecnologias (leves e duras);

Parágrafo Primeiro. A Comissão de Ensino e Pesquisa será responsável pela comunicação e tramitação de processos junto ao Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional, Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde e demais instâncias que se fizerem necessárias em relação às parcerias ensino, serviço e comunidade;

Parágrafo Segundo. A Comissão de Ensino e Pesquisa deverá funcionar de forma articulada com as instâncias de decisão formal existentes na hierarquia da Instituição.

164

#### DO COORDENADOR DA COMISSÃO DE ENSINO E PESQUISA

Art. 4º - O Coordenador da Comissão de Ensino e Pesquisa deverá ser profissional de saúde, nomeado pelo Diretor Técnico do HPSZN.

Art. 5º - Compete ao Coordenador da Comissão de Ensino e Pesquisa:

I – Coordenar as atividades da Comissão de Ensino e Pesquisa;

II – Convocar reuniões e presidi-las;

III – Encaminhar ao Hospital e demais instâncias da Secretaria Estadual de Saúde SUSAM as deliberações da Comissão de Ensino e Pesquisa;

IV – Representar a Comissão de Ensino e Pesquisa junto às Instâncias colegiadas da Secretaria Estadual de Saúde SUSAM.

Parágrafo Único. O Coordenador da Comissão de Ensino e Pesquisa precisará reservar período em sua jornada de trabalho para a realização das atribuições enumeradas neste artigo.

#### DO VICE-COORDENADOR

Art. 6º - O vice-coordenador da Comissão de Ensino e Pesquisa deverá ser um profissional de saúde.

Art. 7º Compete ao vice-coordenador da Comissão de Ensino e Pesquisa:

I – Substituir o coordenador em caso de ausência ou impedimento;

II – Auxiliar o coordenador no exercício de suas atividades.

Parágrafo único. O vice-coordenador da Comissão de Ensino e Pesquisa precisará reservar período em sua jornada de trabalho para a realização das atribuições enumeradas neste artigo.

#### DOS COORDENADORES DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME E COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL – COREMU

Art. 8º - A atribuição dos coordenadores da Comissão de Residência Médica – COREME e Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU na Comissão de Ensino e Pesquisa consiste em assegurar a articulação e integração dos Programas de Residência vigentes.

Art. 9º - Compete aos coordenadores dos programas:

I – Fazer cumprir as deliberações da Comissão de Ensino e Pesquisa;

II – Garantir a disponibilização das grades teóricas dos Programas de Residência vigentes visando à sistematização da grade curricular comum.

#### DO REPRESENTANTE DO HOSPITAL

Art. 10 – O representante do Hospital deverá ser um profissional da área da saúde, vinculado ao Hospital e indicado pelos funcionários do HPSZN.

I – Representar o Hospital nas reuniões da Comissão de Ensino e Pesquisa;

II – Auxiliar a Comissão de Ensino e Pesquisa na condução das atividades de Ensino e Pesquisa no Hospital HPSZN.

III – Realizar a interface entre a Comissão de Ensino e Pesquisa e o Hospital.

### **CAPITULO IV – DO MANDATO DOS MEMBROS DA COMISSÃO DE ENSINO E PESQUISA**

165

Art. 12 – O mandato da Comissão de Ensino e Pesquisa do Hospital têm duração de dois anos, sendo permitida a recondução sucessiva dos cargos.

Art. 13 – Será substituído o membro que se desvincule das funções descritas no artigo 2º, incisos I, II e III deste regimento ou que sem motivo justificado, deixar de comparecer a duas reuniões consecutivas ou a três intercaladas no período de um ano.

### **CAPITULO V – DO FUNCIONAMENTO**

Art. 14 – A Comissão de Ensino e Pesquisa reger-se-á por meio deste Regimento Interno.

Art. 15 – A Comissão de Ensino e Pesquisa do Hospital reunir-se-á, ordinariamente, com periodicidade mínima bimestral, ou extraordinariamente, a qualquer momento, com prévia divulgação da pauta de reunião, registro e disponibilização do conteúdo discutido na forma de atas.

Parágrafo Único. Qualquer membro da Comissão de Ensino e Pesquisa poderá solicitar a realização de reunião extraordinária, que será realizada mediante aprovação do coordenador da Comissão.

Art. 16 – O Hospital HPSZN deverá dispor de espaço físico, recursos humanos e recursos materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Ensino e Pesquisa.

## DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 17 – Os casos omissos deste Regimento Interno serão resolvidos pela Comissão de Ensino e Pesquisa do Hospital.

Art. 18 – Este Regimento somente poderá ser modificado com aprovação de 2/3 (dois terços) dos representantes da Comissão de Ensino e Pesquisa.

Art. 19 – Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

### Cronograma de Atividade Anual

COMISSÃO DE ENSINO E PESQUISA POR COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão	X											
Reuniões da Comissão	x		x		x		x		x		x	
Implantação de Indicadores	x	x	X									
Treinamentos - Levantamento de Necessidades	x	x										
Avaliação de Indicadores					x		x		x		X	

### **5.1.1.8 - COMISSÃO DE TRANSPLANTES POR COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES - CIHDOTT**

#### **Proposta De Constituição (Membros, Finalidade)**

#### **COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃO E TECIDOS PARA TRANSPLANTES**

O Ministério da Saúde, através da publicação da Portaria Nº. 1.752/GM, de 23 de setembro de 2005, determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos, sendo assim a CIHDOTT do Hospital estará vinculada diretamente à diretoria médica do Hospital e terá como finalidade promover a busca ativa de prováveis doadores de múltiplos órgãos e tecidos.

#### **Atribuições**

- Detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital;
- Viabilizar o diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM sobre o tema;
- Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;
- Responsabilizar-se pela educação continuada dos funcionários da instituição sobre os aspectos de doação e transplantes de órgãos e tecidos;
- Articular-se com todas as unidades de recursos diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação;
- Providenciar autorização para doação de órgãos;
- Prestar apoio psicológico aos familiares do Doador e Receptor de órgãos;
- Articular-se com a Central de Notificação, Capacitação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, notificando as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos;
- Identificar os recursos diagnósticos disponíveis na Instituição, necessários para a avaliação do possível doador de órgãos e/ou tecidos;
- Organizar, no âmbito da Instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos;
- Disponibilizar os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no Hospital.

167

#### **Composição da Comissão**

<b>Formação</b>	<b>Perfil do Componente</b>	<b>QTD</b>
<b>Médico (coordenador)</b>	Profissional com formação em medicina, residência médica e com curso de Formação de Coordenadores Intra- hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes validados pelo Sistema Nacional de Transplante - SNT.	01
<b>Médico</b>	Profissional com formação em medicina, residência médica e que atua na emergência, UTI e/ou Centro Cirúrgico do Hospital	02
<b>Enfermeiro</b>	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua na emergência, UTI e/ou Centro Cirúrgico do Hospital	02

**NOTA:** Os membros da Comissão não devem ser da equipe de transplante ou remoção de órgãos ou tecidos e nem fazer parte da equipe de diagnóstico de morte encefálica.

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

Fundamento:	Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes – CIHDOTT
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição e Registro das Atas
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma revisão
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata, identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas

### Proposta De Regimento Interno

#### Regimento (Modelo) – CIHDOTT

**Considerando** que a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT está subordinado à Diretoria Clínica e constituída de acordo com a Portaria GM/MS n. 1.752 de setembro de 2005.

**Considerando** que o transplante é um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão (coração, pulmão, rim, pâncreas, fígado) ou tecido (medula óssea, ossos, córneas, entre outros) de uma pessoa doente (RECEPTOR) por outro órgão ou tecido normal de um DOADOR, vivo ou morto.

**Considerando** que o transplante é um tratamento que pode salvar e/ou melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas, sendo muitas vezes a tão esperada resposta para milhares de pessoas com insuficiências orgânicas terminais ou cronicamente incapacitantes.

**Considerando** que é um procedimento médico com enormes perspectivas, porém impossível de ser executado sem o consentimento de uma população consciente da possibilidade, da necessidade e responsabilidade de depois da morte, destinar os seus órgãos para salvar vidas.

A presente Comissão foi composta na data de formada, na sala de reuniões do, com o intuito primário de assessorar a Diretoria Clínica através de orientação, coordenação e controle das atividades referente à captação, retirada e transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano com fins terapêuticos, científicos e humanísticos.

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

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

A Diretoria indica dois membros do corpo técnico de colaboradores, da área de Enfermagem, para solidificar e apoiar o trabalho desta comissão.

Desta forma, são indicados os membros:

Integrante	Registro Conselho	Função na Organização	Função da Comissão

A CIHDOTT tem por **Competência**:

- IX. Articular-se com a Central de Notificação, captação e distribuição de Órgãos do Estado ou Distrito Federal (CNCDO), notificando as situações de possíveis doações de órgão e tecidos.
- X. Identificar os recursos diagnósticos na instituição, necessários para a avaliação do possível doador de órgãos e/ou tecidos.
- XI. Articular-se com os profissionais de saúde encarregados do diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores, objetivando a otimização do processo de doação e captação de órgãos e tecidos.
- XII. Organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos.
- XIII. Garantir uma adequada entrevista familiar para a solicitação da doação.
- XIV. Promover programa de educação continuada de todos os profissionais do estabelecimento para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos.
- XV. Disponibilizar os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no hospital.
- XVI. Compete à CIHDOTT, em conjunto com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO):
  - a. Avaliar a capacidade da instituição, diagnosticando a potencialidade da captação de órgão e tecidos.
  - b. Definir, juntamente com o diretor médico do estabelecimento de saúde, os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características.
  - c. Definir os parâmetros a serem adotados no acompanhamento das metas da contratualização determinadas pela Portaria nº 1.702//GM de 2004, e encaminhar ao gestor local os indicadores de desempenho estabelecidos para o hospital.
  - d. Adotar estratégias para otimizar a captação de órgãos e tecidos, estabelecendo metas de atuação com prazo determinado.
  - e. Promover programas de educação/sensibilização continuados à comunidade.
  - f. Estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.

169

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

Ao Coordenador Médico Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, atribuem-se:

- I. Elaborar documentação necessárias para o desenvolvimento dessa comissão, tais como: Manuais, Rotinas, Instruções de Trabalhos, Indicadores de Desempenho, entre outras atividades que se fizerem necessárias.
- II. Manter os registros de suas atividades (relatórios diários, formulários, atas de reuniões, documentos de notificações e doações etc, conforme modelos).
- III. Arquivar e guardar adequadamente documentos do doador, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento esclarecido, exames laboratoriais e outros, de acordo com a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.
- IV. Apresentar mensalmente os relatórios a CNCDO, conforme modelo.
- V. Supervisionar todo o processo iniciado, desde a identificação do doador, incluindo a retirada de órgãos e/ou tecidos, a entrega do corpo do doador, à família e responsabilizar-se pela guarda, conservação e encaminhamento dos órgãos e tecidos, conforme orientação da respectiva CNCDO.
- VI. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras durante todo o processo de doação no âmbito da instituição.



- VII. Promover, nos estabelecimentos autorizados para realização de transplantes de órgãos e/ou tecidos, o acompanhamento dos indicadores de eficiência da atividade dos serviços de transplante, relacionados com sobrevida e qualidade de vida de pacientes transplantados e encaminhar essas informações a CNCDO.
- VIII. Representar a CIHDOTT em suas relações internas e externas.
- IX. Instalar a CIHDOTT, bem como promover, convocar e presidir suas reuniões.
- X. Tomar parte das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de qualidade.
- XI. Designar dentre os membros da CIHDOTT, os relatores dos expedientes.
- XII. Designar profissionais para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução das finalidades da Comissão.
- XIII. Baixar resoluções decorrentes de deliberações da Comissão e “ad referendum” desta, nos casos de manifesta urgência.
- XIV. Articular-se com o Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde.

Aos demais membros da CIHDOTT, atribuem-se:

- I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente.
- II. Comparecer às reuniões, relatando expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão.
- III. Requerer votação de matéria, em regime de urgência.
- IV. Desempenhar outras atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente.
- V. Apresentar proposições sobre assuntos ligados a doação e transplante.
- VI. Apresentar planos de melhoria ou de alteração das rotinas ou procedimentos, objetivando a implementação e a eficiência dos transplantes.
- VII. Efetuar estudos e solicitar ou sugerir medidas de aperfeiçoamento dos trabalhos da Comissão.
- VIII. Realizar as diligências para elucidação de estudos em andamento.

170

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

### Cronograma De Atividades Anual

Comissão CIHDOTT												
Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão	X											
Reuniões da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantação de Indicadores	X	X	X									
Oficina de capacitação da equipe		X	X	X								
Realização de reuniões com a Comissão Ética Médica			X			X			X			X
Realização de reuniões com a Comissão de Prontuário				X			X			X		
Realização de reuniões com a Comissão de Óbito			X			X			X			X
Avaliação de Indicadores					X		X		X		X	

### **5.1.1.9 - COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA E SESMEST**

---

#### **Proposta De Constituição (Membros, Finalidade)**

##### **Missão Primordial**

Preservação da saúde e integridade física de todos os empregados e aqueles que interagem com a empresa.

##### **Objetivo Geral**

Desenvolver atividades para prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível a qualidade de vida e bem-estar dos empregados unidade.

##### **Objetivos da Gestão**

Observar e relatar as condições de risco nos ambientes de trabalho e solicitar ao responsável pelo setor medidas para reduzir e/ou neutralizar;  
Promover e divulgar o zelo pela observância das normas de segurança.

Desencadear ações para conscientizar os empregados da utilizando os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva fornecida pela empresa;

Desencadear ações em que estimulem os empregados submeter-se a exames médicos periódicos previstos em Normas Regulamentadoras;

Auxiliar na busca de melhorias dos postos de trabalho em conjunto com os gestores e equipe operacional.

171

#### **Proposta de Regimento da Comissão**

##### **DA ORGANIZAÇÃO**

5.6 A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

5.6.1 Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

5.6.2 Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

5.6.3 O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

#### **Composição Comissão segundo NR 5**

CNAE 86.10-1 Atividades de Atendimento Hospitalar - Grau de risco 3

Grupo-C34 (300 À 500 Empregados)

4 titulares 4 suplentes representantes dos empregados

4 titulares 4 suplentes representantes do empregador

### Metas

Cumprir rigorosamente as reuniões ordinárias estabelecidas em calendário no início da Gestão;  
 Criar caixa de sugestões da CIPA.  
 Verificar os aparelhos extintores de incêndio e alarmes.  
 Revitalização da sinalização de segurança.  
 Inspeccionar os setores de trabalho sempre que houver mudanças para verificações de condições de segurança.  
 Promover palestras de segurança, Saúde do Trabalho, Trânsito, DST/AIDS, Prevenção de Acidentes, Tabagismo, Alcoolismo, Alimentação, Higiene Pessoal etc.

### Resultados Esperados

Melhoria dos processos de trabalho  
 Redução dos riscos  
 Uso correto dos EPI por todos os trabalhadores

### CALENDÁRIO PROCESSO ELEITORAL CIPA

	PRAZOS LEGAIS
EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA ELEIÇÃO	60 DIAS ANTES DA POSSE (DRT - ACORDO)
FORMAÇÃO DA COMISSÃO ELEITORAL	55 DIAS ANTES DO TÉRMINO DO MANDATO
ENVIAR CÓPIA DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO AO SINDICATO	5 DIAS APÓS A CONVOCAÇÃO DA ELEIÇÃO
INÍCIO INSCRIÇÕES CANDIDATOS	20 DIAS ANTES DA ELEIÇÃO (ACORDO)
PUBLICAÇÃO EDITAL DE INSCRIÇÃO DE CANDIDATOS	45 DIAS ANTES DO TÉRMINO DO MANDATO
TÉRMINO INSCRIÇÕES CANDIDATOS	6 DIAS ANTES DA ELEIÇÃO (ACORDO)
RETIRADA DO EDITAL DE INSCRIÇÕES	DIA SEGUINTE AO ENCERRAMENTO DAS INSCRIÇÕES
RETIRADA DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO	NO DIA DA ELEIÇÃO (DRT - ACORDO)
REALIZAÇÃO DA ELEIÇÃO (VOTAÇÃO)	30 DIAS ANTES DO TÉRMINO DO MANDATO ANTERIOR
REALIZAÇÃO DA APURAÇÃO	MESMO DIA DA ELEIÇÃO
RESULTADO DA ELEIÇÃO - ATA DA ELEIÇÃO	1 DIA APÓS A APURAÇÃO
CURSO PARA CIPEIROS (DATA MÍNIMA)	DEPOIS DA ELEIÇÃO
COMUNICAR AO SINDICATO DO RESULTADO E DATA POSSE	15 DIAS APÓS A ELEIÇÃO (ACORDO)
CURSO PARA CIPEIROS (DATA MÁXIMA)	ANTES DA POSSE
TÉRMINO DO MANDATO ANTERIOR	1 ANO DEPOIS DA POSSE MANDATO ANTERIOR
REALIZAÇÃO DA POSSE - ATA DE POSSE NOVOS MEMBROS	1º DIA DEPOIS DO MANDATO ANTERIOR
ORGANIZAÇÃO DO CALENDÁRIO REUNIÕES MENSAS	NA REUNIÃO DA POSSE
ENVIAR CÓPIA DAS ATAS AO SINDICATO- QDO SOLICITADO	ATÉ 10 DIAS DEPOIS DA POSSE

172

### NR 4 - SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO - SESMT

Atividades de Atendimento Hospitalar - Grau de risco 3

As empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

O dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento, constantes dos Quadros I e II, anexos, observadas as exceções previstas nesta NR.

**QUADRO II**  
*(Alterado pela Portaria SSMT n.º 34, de 11 de dezembro de 1987)*

**DIMENSIONAMENTO DOS SESMT**

Grau de Risco	N.º de Empregados no estabelecimento	50 a 100	101 a 250	251 a 500	501 a 1.000	1.001 a 2.000	2.001 a 3.500	3.501 a 5.000	Acima de 5000 Para cada grupo De 4000 ou fração acima 2000**
		Técnicos							
1	Técnico Seg. Trabalho				1	1	1	2	1
	Engenheiro Seg. Trabalho						1*	1	1*
	Aux. Enferm. do Trabalho						1	1	1
	Enfermeiro do Trabalho					1*	1*	1	1*
2	Técnico Seg. Trabalho				1	1	2	5	1
	Engenheiro Seg. Trabalho					1*	1	1	1*
	Aux. Enferm. do Trabalho					1	1	1	1
	Enfermeiro do Trabalho					1*	1	1	1
3	Técnico Seg. Trabalho		1	2	3	4	6	8	3
	Engenheiro Seg. Trabalho			1*	1*	1	1	2	1
	Aux. Enferm. do Trabalho					1	2	1	1
	Enfermeiro do Trabalho				1*	1	1	2	1
4	Técnico Seg. Trabalho	1	2	3	4	5	8	10	3
	Engenheiro Seg. Trabalho		1*	1*	1	1	2	3	1
	Aux. Enferm. do Trabalho				1	1	2	1	1
	Enfermeiro do Trabalho		1*	1*	1	1	2	3	1

**Cronograma de Atividade Anual**

173

CIPA E SESMT												
AÇÕES	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Nomeação do Membros da Comissão	X											
Reuniões da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantação de Indicadores	X	X	X									
Levantamento de Necessidades -				X	X	X						
Treinamento das equipes multidisciplinares					X			X			X	
Avaliação de Indicadores				X		X				X		X

### **5.1.2 - ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA DO SERVIÇO DE FARMÁCIA. MEMBROS QUE O COMPÕEM; ORGANIZAÇÃO HORÁRIA; PREVISÃO PARA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE DOSE UNITÁRIA; MÉTODOS DE CONTROLE SOBRE FÁRMACOS CONTROLADOS E/OU DE ALTO CUSTO, UTILIZAÇÃO DE PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA;**

A Farmácia da UNIDADE é um Setor instituído pela Direção Executiva da unidade, que tem por objetivo prover medicamentos, materiais hospitalares aos pacientes, de forma segura e ágil, bem como, prestar assistência técnica e administrativa à equipe multiprofissional dos diversos setores.

O setor da Farmácia é responsável pelo conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto a nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional.

A Farmácia da UNIDADE é responsável direto por controlar a entrada, o armazenamento, a validade e a saída dos medicamentos e materiais.

O Farmacêutico assessora a equipe interdisciplinar, na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso racional de medicamentos dentro da instituição. Deve supervisionar todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos na Unidade e contribuir para seu desenvolvimento.

A Farmácia da UNIDADE funciona 24 horas e seu quadro de pessoal conta com profissionais, de nível médio e nível superior que se revezam no período de 24 horas.

#### **Estrutura organizacional**

174

<b>Cargo</b>	<b>Local</b>	<b>Vínculo</b>	<b>Carga Horária Mensal</b>	<b>Quantidade Total</b>
Farmacêutica (RT)	HPSZN	CLT	220	01
Farmacêutico Clínico	HPSZN	CLT	180	10
Farmacêutico Clínico	UPA CAMPOS SALLES	CLT	180	04
Auxiliar de Farmácia	HPSZN	CLT	180	20
Auxiliar de Farmácia	UPA CAMPOS SALLES	CLT	180	05
<b>Total</b>				<b>40</b>

A metodologia utilizada na sistemática de dispensação de medicamentos será por meio de Dose Unitária.

O método para fármacos controlados seguirá a legislação aplicável da ANVISA.

O Serviço de Farmácia conta com regimento próprio, conforme modelo abaixo, adotado pelo INDSH nas unidades que administra. Esse modelo contempla as exigências do edital apresentando a composição de seus membros, organização horária, metodologia utilizada no sistema de dose unitária; métodos de controle sobre fármacos controlados, entre outras.

## Regimento Da Farmácia

### Capítulo I

#### Da finalidade

Art.1º O Setor de Farmácia tem como finalidade prover medicamentos, materiais hospitalares aos pacientes, de forma segura e ágil, bem como, prestar assistência técnica e administrativa à equipe multiprofissional dos diversos setores.

### Capítulo II

#### Da organização

Art.2º O Setor de Farmácia responde diretamente ao Diretor Executivo da UNIDADE e terá no seu quadro funcional: Coordenador de Farmácia, Farmacêutico e Auxiliar de Farmácia.

Art.3º A sua estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir.



### Capítulo III

#### Da competência

Art.4º Compete ao Setor de Farmácia:

- a) Receber, armazenar, distribuir e controlar o estoque de medicamentos e correlatos;
- b) Unitarizar medicamentos;
- c) Realizar a distribuição dos medicamentos através do Sistema de Dose Unitária, para todos os pacientes internados em regime de observação;
- d) Confeccionar kits para o preparo de medicamentos injetáveis;
- e) Atualizar a lista de padronização de medicamentos;
- f) Validar fornecedores de medicamentos;
- g) Desenvolver projetos e trabalhos que visem melhorar o atendimento do setor;
- h) Realizar a Farmacovigilância através da avaliação das prescrições médicas;
- i) Orientar equipe médica e de enfermagem nas dúvidas relacionadas a medicamentos;
- j) Registrar e controlar medicamentos estabelecidos pela Portaria 344/98.
- k) Fiscalizar e controlar a entrada, o armazenamento, a validade e a saída dos medicamentos, sempre priorizando a otimização dos gastos.
- l) Manter o contínuo abastecimento de medicamentos necessários e capazes de atender à demanda.
- m) Estabelecer sistema de controle dos medicamentos a fim de evitar e controlar problemas e dificuldades de estoque, para garantir quantidade e qualidade no abastecimento.



## **Capítulo IV**

### **Do pessoal e seus requisitos**

Art. 5º O Setor de Farmácia é composto pelos seguintes cargos:

- a) Coordenador;
- b) Farmacêutico;
- c) Auxiliar de Farmácia;

Art.6º São requisitos para o Coordenador:

- a) Formação superior em Farmácia;
- b) Registro junto ao Conselho Regional de Farmácia (CRF);
- c) Liderança;
- d) Dinamismo.

Art.7º São requisitos para o Farmacêutico:

- a) Formação superior em Farmácia;
- b) Registro junto ao Conselho Regional de Farmácia (CRF);
- c) Liderança;
- d) Dinamismo.

Art.8º São requisitos para o Auxiliar de Farmácia:

- a) Formação de nível médio (2º grau);
- b) Liderança;
- c) Organização;
- d) Conhecimentos básicos da rotina de farmácia hospitalar.

176

## **Capítulo V**

### **Do pessoal e suas atribuições**

Art.9º São atribuições do Coordenador:

- a) Supervisionar o pessoal da Farmácia;
- b) Elaborar escala de plantão;
- c) Cadastrar novos medicamentos no sistema de estoque;
- d) Elaborar mapas mensais de consumo de medicamentos controlados;
- e) Elaborar mapas mensais de consumo de produtos controlados pela Polícia Federal;
- f) Representar a Farmácia em reuniões;
- g) Participar de visitas técnicas que visem à validação de fornecedores;
- h) Participar do processo de revisão de padronização de medicamentos;
- i) Elaborar lista de padronização de medicamentos;
- j) Apoiar tecnicamente diversos setores da UNIDADE;
- k) Elaborar projetos que representem melhora no serviço prestado;
- l) Assumir responsabilidade técnica junto ao Conselho Regional de Farmácia;
- m) Assumir responsabilidade técnica junto a Vigilância Sanitária;
- n) Participar da Comissão de Padronização de Medicamentos.

Art.10º São atribuições do Farmacêutico:

- a) Auxiliar na supervisão do pessoal da Farmácia;
- b) Auxiliar na elaboração da escala de plantão;
- c) Cadastrar novos medicamentos no sistema de estoque;

- d) Elaborar mapas mensais de consumo de medicamentos controlados;
- e) Elaborar mapas mensais de consumo de produtos controlados pela Polícia Federal;
- f) Participar de visitas técnicas que visem à validação de fornecedores;
- g) Participar do processo de revisão de padronização de medicamentos;
- h) Apoiar tecnicamente diversos setores da UNIDADE;
- i) Assumir corresponsabilidade técnica junto ao Conselho Regional de Farmácia;
- j) Assumir corresponsabilidade técnica junto a Vigilância Sanitária;

Art.11º São atribuições do Auxiliar de Farmácia:

- a) Receber materiais e medicamentos;
- b) Dispensar materiais e medicamentos;
- c) Entregar materiais e medicamentos às unidades requisitantes;
- d) Digitar prescrições médicas;
- e) Controlar medicamentos psicofármacos;
- f) Atender balcão;
- g) Atender ligações internas.

## **Capítulo VI**

### **Do horário de funcionamento**

Art.12º O Setor de Farmácia funciona 24 horas.

Art.13º Os profissionais do Setor de Farmácia cumprirão os seguintes horários de trabalho:

- a) Coordenador de Setor – das 08h00 às 18h00, de Segunda à Sexta-feira, com intervalo de uma hora de almoço.
- b) Farmacêutico – das 07h00 às 13h00 no período matutino, das 13h00- 19h00 no período vespertino e das 19h00 – 7h00 no período noturno, no regime de 12x36, com intervalo de uma hora de jantar.
- c) Auxiliar de Farmácia – das 07h00 às 13h00 no período matutino, das 13h00-19h00 no período vespertino e das 19h00 – 7h00 no período noturno, no regime de 12x36, com intervalo de uma hora de jantar.

Período matutino – das 7h00 às 13h00, com carga horária de 36 horas, no regime de turnos de 6 horas, contará com folgas mensais, conforme o dissídio coletivo.

Período vespertino – das 13h00 às 19h00, com carga horária de 36 horas, no regime de turnos de 6 horas, contará com folgas mensais, conforme o dissídio coletivo.

Período noturno – das 19h00 às 07h00, com carga horária de 36 horas, no regime de 12 a 36, contará com folgas mensais, conforme o dissídio coletivo.

## **Capítulo VII**

### **Das disposições gerais**

Art.14º Os casos omissos neste regimento, serão resolvidos pelo Farmacêutico Responsável, em concordância com a Diretoria Executiva da UNIDADE.

Art.15º Todos os profissionais receberão no ato de sua admissão um manual de orientação, quanto ao regime disciplinar da UNIDADE, o qual deverá ser cumprido em

sua integridade, sendo o profissional que deixar de cumpri-lo, sujeito a sanções, conforme legislação vigente.

Art.16º Este regimento entrará em vigor após a devida aprovação pelo Coordenador de Setor e Diretoria Executiva da UNIDADE

### **Implantação De Dose Unitária Na Unidade:**

A área de medicamentos na organização de saúde é vital para o seu sucesso, seja do ponto de vista assistencial, seja do ponto de vista econômico. Sob o ponto de vista técnico, parâmetros físicos, químicos e biológicos devem ser avaliados quanto à eficácia. Do ponto de vista ético, o profissional de saúde (médico ou farmacêutico) é o responsável pela indicação adequada e correta.

Visando à melhoria das condições de vida, medicamentos de qualidade são atualmente instrumentos essenciais para a saúde. A padronização pelo princípio ativo básico, com valor terapêutico comprovado por meio de critérios de qualidade para a habilitação de laboratórios fornecedores, é o que se preconiza.

Com a aprovação da Lei 9787/99, referente aos medicamentos genéricos, começa a crescer o interesse de todos por estas drogas de menor custo. É claro que os genéricos reduzem os custos na cadeia de produção.

Assim, a área da saúde começou a conviver com uma nova situação, em que o médico prescreve um medicamento e o farmacêutico entrega “outro”, mas com o mesmo princípio ativo, com bioequivalência, com validação da ANVISA e amplo apoio da sociedade.

Se convênios e hospitais privados passaram a aceitar bem esta prática, não há por que a área pública não ter ampla adesão a este novo processo. Em especial, na UNIDADE, fruto de uma política do Governo Federal, tal iniciativa foi abraçada por vários governos estaduais, entre eles o do São Paulo.

A orientação primeira é que a UNIDADE deva atender à prescrição médica, dispensando os medicamentos conforme a solicitação do médico e as normas do Regimento Interno de Padronização de Medicamentos, primando pela qualidade e satisfação dos usuários; mas esta situação está em franca alteração, seja pela necessidade de controle de custos do Sistema Único de Saúde, seja pelos apelos da sociedade por mais racionalização na área pública.

É claro que a UNIDADE deseja fornecer ao paciente o que o médico prescreveu e assim será feito, uma vez que o médico passará cada vez a prescrever de acordo com o que a direção dos serviços de saúde pondera como o melhor nossa atualidade.

Entretanto, é necessário destacar que, neste novo modelo, a responsabilidade sempre será da O.S., que deve trabalhar em conjunto com o médico e em respeito à legislação vigente. Algumas considerações legais são as constantes na norma [Anvisa.gov.br/hotsite cidadão e hotsite genéricos](http://Anvisa.gov.br/hotsite_cidadão_e_hotsite_genéricos), de 04/05/2001, que determina:

- 1) “A prescrição com a denominação genérica do medicamento é obrigatória somente no serviço público (SUS). Nos demais casos, ficará a critério do profissional responsável, podendo ser realizada sob nome genérico e/ou comercial”;
- 2) “O profissional (médico) poderá restringir a substituição do medicamento de referência pelo genérico (intercambialidade). Todavia, esta orientação deverá ser escrita de próprio punho, de forma clara e legível”;
- 3) “Já nos serviços privados de saúde, a prescrição fica a critério do médico responsável, podendo ser realizada sob nome genérico ou comercial, devendo, no entanto, ressaltar as restrições à intercambialidade, quando necessário.

Neste caso, a restrição deverá ser efetuada pelo prescritor, de próprio punho, de forma clara, legível e inequívoca”;

4) “...será permitido ao farmacêutico a substituição do medicamento prescrito, exclusivamente, pelo genérico correspondente e, neste caso, deve apor seu carimbo, constando seu nome, inscrição no CR, datar e assinar. Todavia, as restrições expressas pelo prescritor, de próprio punho, deverão ser observadas”;

5) “A substituição de medicamentos é permitida somente entre o medicamento genérico e o de referência, baseada na relação de medicamentos genéricos aprovados pela ANVISA”.

O Sistema de Dispensação de Medicamentos pode ser por Dose Coletiva, Dose Individualizada e Dose Unitária. A Dose Coletiva se caracteriza por presença de estoques nas enfermarias. Sua principal crítica se refere ao fato de a reposição dos setores ser feita para períodos superiores a um dia (em geral uma semana), e não se considera a quantidade utilizada para cada paciente, gerando maior tempo de internação, maior descontrole sobre o uso de medicamentos, aumento do custo do paciente e perda de capital investido na aquisição.

A Dose Individualizada se caracteriza por não ter estoques de medicamentos nos setores, a dispensação é feita com base nas necessidades, e as quantidades dispensadas atendem a um período de 24 horas. Podemos ter a Dose Individualizada Direta, em que a prescrição médica é um instrumento para requisitar medicamentos na farmácia (cópia ou via carbonada); ou a Dose Individualizada Indireta, em que a prescrição é transcrita para uma requisição que servirá de documento de solicitação dos medicamentos.

#### **O Sistema De Dispensação Dose Unitária Tem Por Características:**

179

- a) não há sub-estoques de medicamentos;
- b) a prescrição médica serve como documento para requisição;
- c) a dispensação atende às necessidades individuais de pacientes por um período de 24 horas;
- d) os medicamentos entregues são separados por horário de administração, já fracionados na dosagem a ser administrada.

O fluxo da dose unitária é o seguinte: o médico prescreve, a enfermagem envia a prescrição à farmácia, a farmácia executa a cópia da prescrição, separa os medicamentos, prepara a embalagem, lança estoques, confere os medicamentos e envia à unidade de internação; então a enfermagem confere o recebido com a prescrição médica e administra a medicação; fechando o ciclo, o médico dá alta,

transferência ou atesta o óbito, quando então a enfermagem fará as devoluções e a farmácia procederá ao estorno na conta corrente do paciente.

Algumas vantagens da Dose Unitária:

- Possibilita a Farmacovigilância (participação ativa do farmacêutico na conduta terapêutica adotada pelo médico);
- Libera o tempo da enfermagem;
- Diminui as prescrições verbais;
- Racionaliza espaço e mobiliário nos postos de enfermagem;
- Possibilita maior segurança (menor risco de contaminação), higiene, eficiência e qualidade no atendimento;
- Permite uma dispensação mais ordenada e proporciona facilidade na padronização de medicamentos;
- Racionaliza o tempo dispensado com a administração de medicamentos;
- Reduz custos, pois propicia maior controle e organização do estoque (perdas, desvios, vencimentos, devoluções, estoques intermediários, etc.);
- Permite uma melhor visualização do estoque, já que ele fica disposto sob a forma de nomes genéricos;
- Diminui as chances de troca na administração, de erros de medicação e de prescrição, aumentando a qualidade da Unidade;
- Proporciona dosagens medicamentosas mais precisas.

Embora a Dose Unitária exija maior área de farmácia, maiores quadros de pessoal na farmácia e investimento inicial maior (seladoras, copiadora, scanner, sistema, treinamentos, etc.), suas vantagens compensam em função de menor tempo de internação do paciente, da racionalização no uso de medicamentos, na otimização do capital investido na aquisição, na maior interação da equipe multiprofissional, na segurança e na qualidade para o paciente e na menor evasão de receitas.

180

Suas vantagens poderão ser ampliadas se for implantada concomitantemente com um sistema eletrônico de código de barras, que elimina a codificação e a digitação, evita trocas nas baixas, controla lotes e validades, torna o processo exato e apresenta saldos em tempo real (o único problema ainda é a necessidade de etiquetagem e o custo de implantação).

O sistema eletrônico de código de barras propicia, ainda, maior facilidade para gerenciar, maior agilidade para processar compras, maior confiabilidade nos resultados totais, possibilidade de inter/extrapolagem de dados, diminuição do tempo gasto nos processos (aproveitando este tempo no gerenciamento) e diminuição dos custos de pedir, de adquirir e de estocagem, além de proporcionar um melhor monitoramento na utilização dos produtos, com conseqüente melhoria dos serviços ao paciente.

**As Condições Indispensáveis Para O Sistema De Dose Unitária São:**

- a) existência de comissão de padronização de medicamentos;
- b) estabelecimento de fluxos de serviços;
- c) padronização de horários de distribuição e administração de doses;
- d) acondicionamento dos medicamentos unitarizados e identificação das doses;
- e) informatização do processo.

**As Etapas De Implantação São As Seguintes:**

- a) levantamento sobre a estrutura da Unidade, da farmácia e das unidades de enfermagem;

- b) estudo da área física da farmácia, para alteração do seu *layout* caso seja necessário;
- c) reuniões preliminares com supervisores de enfermagem, chefias médicas e demais profissionais envolvidos, visando à exposição e discussão das rotinas necessárias para a implantação do sistema;
- d) treinamento do pessoal de farmácia e enfermagem;
- e) execução da relação padronizada de medicamentos;
- f) aquisição de equipamentos, sistemas, impressos, etc.

Por fim, podemos definir um Sistema de Distribuição por Dose Unitária como um sistema ordenado de distribuição de medicamentos, que visa atender o paciente enviando-lhe o medicamento certo, na hora certa, seguindo sempre uma prescrição médica, e por um período de tempo estipulado em 24 horas.

Para melhor operacionalização do Setor de Farmácia, o INDSH disponibiliza para A UNIDADE o modelo abaixo do manual de fornecedor, que tem por objetivo normatizar o processo de aquisição de materiais e medicamentos junto aos seus fornecedores.

### **Método De Controle De Fármacos Controlados E/Ou De Alto Custos**

#### **Dispensação de medicamentos controlados pela Portaria 344/98**

Para a dispensação destes medicamentos prescritos manualmente, é necessária a apresentação e retenção de receita médica, que deverá ser registrada posteriormente no livro de psicotrópicos. Já para a dispensação eletrônica, não se faz necessária a apresentação da receita, pois é automaticamente registrada no livro eletrônico.

#### **Conferência**

Para todo medicamento deverá ser realizada conferência cega, ou seja, processo onde se confronta as informações da nota fiscal do fornecedor com as informações da embalagem primária do medicamento, antes de ser lançado no sistema de gestão hospitalar.

#### **Dispensação**

Conferir a prescrição médica, se possui nome do paciente, número de atendimento, assinatura e carimbo do prescritor, data, nome do medicamento, concentração, posologia.

Caso um dos itens acima descrito estiver incompleto, comunicar ao médico para as devidas correções.

#### **Armazenamento**

Os produtos controlados devem ser devidamente armazenados em um armário chave, sendo esta de poder do farmacêutico. Já os produtos termolábeis devem ser armazenados em geladeira contendo controle de temperatura adequada.

#### **Rastreabilidade**

Para garantir a segurança do paciente, deverá ser implantado o processo de rastreabilidade dos medicamentos, que consiste em acompanhar o histórico de lotes de medicamentos, data de validade, profissionais envolvidos e pacientes.

#### **Setores Relacionados:**

Farmácia, Enfermagem, Corpo Clínico, Gerência de Logística, Compras, Faturamento, Serviço Social, Fisioterapia.



### Funcionamento Perante Os Órgãos Sanitários:

O farmacêutico tem como obrigação controlar e manter em dia os documentos necessários para funcionamento da unidade, conforme legislação.

Dispensação de Medicamentos e Materiais Médicos de Alto Custo		
Ação	Responsável	Descrição Da Ação
1. Preenchimento do Formulário de Alto Custo	Corpo Clínico Enfermagem Auxiliar de Farmácia	Médico responsável pela utilização do mat/med preenche o formulário de alto custo e entrega à enfermagem. No caso de medicamentos deverá vir junto à prescrição médica.
2. Entrega da ficha de solicitação de alto custo	Enfermagem	A enfermagem entrega na farmácia de dispensação e/ou farmácia do Centro Cirúrgico a ficha de mat/med de alto custo e a prescrição médica no caso de medicamentos.
3. Atendimento da requisição de materiais e medicamentos de alto custo	Auxiliar de Farmácia	O auxiliar de farmácia separará o material de alto custo e dará baixa via sistema de Gestão na aba execução da prescrição e entregará o material a enfermagem.
4. Emitir etiqueta evidenciando quem dispensou	Auxiliar de Farmácia	O auxiliar de farmácia que efetuou a dispensação do material ou medicamento de alto custo emitirá uma etiqueta do paciente no sistema de Gestão e deve colar atrás do formulário de alto custo para evidenciar quem efetuou a dispensação.
4. Devolver o invólucro/embalagem do material ou medicamento.	Enfermagem Auxiliar de Farmácia	A enfermagem devolverá o invólucro/embalagem do mesmo, para constatação do lote do fornecedor, ao funcionário da farmácia de dispensação e/ou farmácia do Centro Cirúrgico para ser anexado ao formulário
5. Entrega do Formulário de Alto Custo ao Farmacêutico	Auxiliar de Farmácia	Auxiliar de Farmácia confere o Formulário de Alto Custo (etiquetas e embalagem) e encaminha o mesmo ao farmacêutico para que seja feito um relatório e imprime três vias, assina e encaminha para a CAF.
6. Encaminhamento do Formulário de Alto Custo e do Invólucro/Embalagem do Mat/Med aos Setores de Compras e Faturamento	Auxiliar de Farmácia	O auxiliar de farmácia encaminha uma das vias para o Setor de Compras, juntamente com a guia rosa do formulário de alto custo. O Setor de Compras, por sua vez, assina a via da Farmácia do formulário de protocolo de entrega de mat-med, devolvendo-o à farmácia, que leva o mesmo para ciência e assinatura do Setor de Faturamento, entregando a este Setor a via verde do formulário de alto custo, com o invólucro/embalagem do material utilizado. Terminado este procedimento, o auxiliar de farmácia arquiva o formulário de protocolo de entrega de mat-med de alto custo assinado pelos setores de Compras e de Faturamento.
7. Caso seja um material ou medicamento de alto custo não padronizado	Médico	Caso seja um material ou medicamento de alto custo não padronizado pelo hospital o médico deve preencher o Formulário de Solicitação Prévia de Alto Custo e encaminhar para o faturamento, o mesmo após validar encaminha para o setor de compras e o compras disponibiliza para a farmácia para recebimento.

## Utilização De Prescrição Eletrônica

### Proposta De Gestão Da Informação, Com Especificação Para Implantação De Sistema De Informação E Prontuário Eletrônico

O INDSH adotará um Sistema de Gestão Hospitalar – SGH, que irá permitir em tempo real tanto a administração local, como o gestor, total integração com os dados estatísticos, financeiros, custos e de produção da Unidade Hospitalar.

Dentre os benefícios que a solução SGH permite temos:

- Apoiar a padronização das práticas assistenciais e administrativas dos Hospitais;
- Permitir a criação de indicadores;
- Oferecer dados estratégicos para análise;
- Trocar de informações de forma colaborativa de nível federal com municipal facilitando assim a adoção de projetos de melhorias comuns para os hospitais envolvidos no projeto;

O INDSH será responsável pela prestação de serviços de implantação e suporte técnico do SGH, e a disponibilização de login e senhas para a SES/SP, bem como a manutenção corretiva e preventiva de todos os ativos de informática utilizados para operacionalização do SGH e automação de escritório, incluindo o fornecimento de todo o material, a partir de projeto básico ou de levantamento de necessidades, conforme especificados abaixo:

- Consultoria e Gestão do Projeto (Fases de Planejamento, Aquisição, Implantação e Suporte);
- Implantação do SGH com todas as funcionalidades apresentadas neste documento;
- Treinamento inicial e Operação Assistida durante toda a implantação;

183

Os serviços de suporte técnico no local objetivam garantir o funcionamento ininterrupto do sistema, para atendimento das necessidades descritas abaixo, sendo estes serviços solicitados por demanda, por meio de Ordem de Serviço:

- Instalação, configuração e otimização do sistema;
- Solicitação de criação e manutenção dos acessos dos usuários na rede da prefeitura para autenticação no sistema (logins);
- Configuração ou alteração das permissões dos usuários autenticados pelo sistema;
- Configuração dos equipamentos para operação com o sistema;
- Configuração dos equipamentos no sistema;
- Identificação e correção de problemas operacionais relativos ao sistema;
- Avaliações, diagnósticos e proposições de melhorias do ambiente;
- A empresa deverá prestar serviços de suporte técnico “on-site”, em um prazo de até 2 (duas) horas, para atendimento e 12 horas para a solução do problema causador da chamada;
- A Contratada deve disponibilizar suporte de atendimento através de uma Central de Atendimento, composta por atendentes, analistas de negócios e analistas de manutenção, sendo o fluxo de atendimento efetuado em até 02 (dois) níveis;

- A empresa deverá prestar serviço de atendimento de suporte telefônico ou local, em regime 24hs x 7dias x 360dias.

O treinamento deve ser realizado em turmas de no máximo 20 (vinte) pessoas, dependendo de cada caso e a critério da Contratante. Este treinamento deverá ser executado nas dependências da Unidade Hospitalar na qual o SGH está sendo implantado ou, a critério da Contratante, realizado em outro local. Caso necessário, a Contratada deverá providenciar o material de apoio necessário (projektor, computadores para os alunos, etc.).

As Unidades Hospitalares deverão providenciar o espaço físico e serão corresponsáveis pelas definições das datas, horários, assim como a composição das turmas. Os treinamentos deverão ser realizados prioritariamente nos horários das 7h às 19h, sendo que, eventualmente podem ser realizados nos horários das 19h às 22h e nos Finais de semana (limitado a 35% do total de treinamentos), visando atender aos Plantonistas Hospitalares e respectivas escalas.

Em conjunto com a implantação, a Contratada deverá fornecer o serviço de Operação Assistida “on site”. Entende-se, por Operação Assistida “on site”, o serviço, a ser executado nas dependências da Unidade de Saúde Referenciada e por tempo determinado, de operação, manutenção e suporte de sistemas computacionais. A contratada deve disponibilizar técnicos e operadores treinados que atuarão na supervisão da implantação do SGH, orientando localmente os usuários na utilização dos sistemas.

O serviço de operação assistida “on site” compreende as tarefas de:

- Acompanhamento das mensagens do sistema, solução dos problemas apontados e/ou acionamento das equipes de suporte sempre que houver algum alarme do sistema;
- Definição e implementação de rotinas do ambiente assistido;
- Monitoramento e testes de campo remoto de acesso e stress;
- Treinamento e capacitação continuada no uso do SGH;
- Detecção de problemas de desempenho do sistema;
- Checagem e homologação dos dados;
- Checagem e manutenção dos acessos à rede da prefeitura (logins).

184

O SGH ofertado pode possuir mais recursos e módulos que os abaixo detalhados. Esses recursos e módulos adicionais ofertados devem ser instalados, conforme planejamento da AHM, sem ônus adicionais para a Contratante.

#### MÓDULOS

- Pacientes
- Internação
- Ambulatório
- Administrativo
- Assistencial
- Prescrição Médica
- Controles do Paciente
- Outros Módulos
- Colaborador
- Configuração
- Indicadores

A implantação do SGH deve levar em consideração os seguintes aspectos:

- Levantar e analisar as plantas do hospital (rede e energia elétrica) Premissa: obtenção prévia das plantas;
- Definir os postos de trabalho conforme fluxo de trabalho dos hospitais
- Levantar as quantidades necessárias de pontos de rede, energia elétrica, computadores e impressoras e sinalizar para a AHM
- Apresentar o sistema SGH no auditório para o hospital com participação dos representantes do hospital, como diretores, SAME, médicos, enfermagem, farmácia, e demais áreas, para apresentação do plano de implantação, cadastros necessários ao sistema e breve apresentação do sistema a ser implantado.

Definir os processos e alinhar com o hospital para implantação do sistema:

- Levantar as integrações: BPA, Centro Cirúrgico, etc;
- Definir uma sala no hospital para a implantação (treinamento, cadastros, ...);
- Definir os colaboradores do hospital que participarão da implantação realizando inicialmente os cadastros;
- Reverificar a infraestrutura de rede, energia, computadores, impressoras, zebras e leitores de código de barras para os postos do SGH. Avisar necessidades de infra e hardware para aquisição.

Apresentar o sistema no hospital para atividades de carga de cadastros, definição de infraestrutura, identificação dos facilitadores e cronograma para implantação dos módulos:

- Cadastrar os colaboradores: pessoas, servidores, importação dos usuários do AD, definição dos perfis (robô);
- Levantar e cadastrar as unidades funcionais e centro de custo;
- Levantar e cadastrar os quartos e leitos;
- Cadastrar as especialidades e equipes;
- Cadastrar os consultórios;
- Cadastrar as grades dos médicos;
- Solicitar range de Ips fixos para o hospital;
- Cadastrar e configurar computadores e browsers;
- Configurar os computadores e browsers;
- Configurar impressoras no CUPS;
- Configurar parâmetros do sistema;
- Complementação dos cadastros do hospital.

185

Treinar usuários nos módulos a serem implantados:

- Verificar as grades de treinamento com o hospital;
- Cadastrar impressoras do treinamento no CUPS em HM e PROD;
- Copiar os dados de HM para PROD liberando o ambiente de HM para o treinamento;
- Treinar equipe TI local (Atendimento PS, Suporte, Internação, Ambulatório);
- Treinar atendentes do Registro (Atendimento PS);
- Treinar atendentes da internação (Internação);
- Treinar atendentes do SAME (Internação);
- Treinar colaboradores do RH (Suporte, cadastros e manutenção dos colaboradores);
- Treinar colaboradores da enfermagem (Internação - Movimentação).

Validar os cadastros básicos: carga dos cadastros básicos, atribuição dos perfis, usuários importados:

- Parametrizar o ambiente com os dados do hospital (endereço, CNES, logo, turnos, ...)
- Conferir os cadastros dos colaboradores e profissionais e completar o que falta e correções;
- Conferir os cadastros dos computadores e impressoras completando o que falta e correções;
- Cadastrar impressoras no CUPS;
- Conferir os cadastros dos quartos e leitos completando o que falta e correções;
- Conferir os cadastros dos ambulatórios e completar o que falta e correções;
- Conferir os cadastros das grades de consultas, completar o que falta e correções;

Validar a infraestrutura e checagem dos equipamentos, micros, impressoras e softwares necessários para implantação do sistema:

- Validar a infraestrutura e checagem dos equipamentos, micros, impressoras, zebras, leitores de códigos de barras e softwares necessários para implantação do sistema;
- Verificar nomenclatura e sinalização do hospital para quartos e leitos.

Alinhar os colaboradores do hospital com os processos para utilização do sistema SGH:

- Divulgação da implantação do sistema SGH no hospital;
- Instruir atendentes do PS (checkin) na utilização do SGH no cadastro dos pacientes, geração da FA;
- Instruir atendentes do checkout na utilização do SGH para atualização de status das FAs de pacientes que não foram atendidos (evasão, óbito, ...);
- Alinhar e processo de solicitação de internação com o hospital e instruir usuários;
- Instruir atendentes do SAME internação na utilização do SGH para a internação de pacientes e impressão de documentos e pulseira;
- Instruir enfermeiros na utilização do SGH para a movimentação de pacientes internados e utilização do Censo;
- Instruir ATAS e atendentes na utilização do SGH para a marcação de consultas e controle de agendas dos médicos dos ambulatórios;

Revisar e alinhar com hospital a implantação do sistema SGH e atividades previstas para acompanhamento:

- Reunir com o hospital para revisar e alinhar implantação e atividades previstas para acompanhamento;
- Resolver pendências e/ou dúvidas para implantação do sistema;
- Comunicar os colaboradores do hospital da implantação do sistema e da necessidade de utilização por todos (formalização do hospital).

186

Implantar e acompanhar a implantação do sistema orientando quem não pode ser treinado - Realizar implantação assistida do pronto socorro (dia, noite e fim de semana):

- Implantar atendimento PS diurno par;
- Implantar atendimento PS noturno par;
- Implantar atendimento PS diurno impar;
- Implantar atendimento PS noturno impar;
- Acompanhar implantação atendimento PS diurno par;
- Acompanhar implantação atendimento PS noturno par;
- Acompanhar implantação atendimento PS diurno impar;
- Acompanhar implantação atendimento PS noturno impar;
- Acompanhar implantação atendimento PS sábado;
- Acompanhar implantação atendimento PS domingo.

Realizar implantação assistida nas internações (dia, noite e fim de semana):

- Definir parâmetro de entrada manual dos prontuários;
- Definir o número de prontuário inicial para o sistema;
- Avisar o hospital de inserir o DV nos prontuários físicos;
- Realizar levantamento e preenchimento da tabela com os dados para cadastro dos pacientes internados para o dia da virada;
- Implantar a internação assistida nos andares.

Realizar implantação assistida nos ambulatórios controle das consultas (dia, noite e fim de semana):

- Realizar implantação assistida nos ambulatórios - Grades de consulta;
- Realizar implantação assistida nos ambulatórios - Evolução médica.

187

Realizar implantação assistida das prescrições médicas (dia, noite e fim de semana):

- Realizar implantação assistida das geração das prescrições médicas.
- Orientar quem faltou ou não pôde ser treinado:
- Orientar quem faltou ou não pôde ser treinado;

Acompanhar pós-implantação:

- Realizar parecer equipe de negócio sobre a implantação;
- Registrar lições aprendidas.



## Manual Do Fornecedor

### Unidade

#### 1. INTRODUÇÃO

Este manual visa informar os Fornecedores e Clientes, dados relevantes e fundamentais para o bom andamento do processo de aquisição trabalhado na instituição, bem como os critérios adotados para avaliar e monitorar a desempenho de fornecedores de suprimentos em geral e serviços, além da análise e demais providência quando do resultado das avaliações realizadas.

#### 2. OBJETIVO

Garantir a qualidade de fornecimento, atendendo as melhores práticas do mercado;  
Capacitar os fornecedores para atender aos requisitos exigidos pela Instituição;  
Selecionar e manter no quadro de fornecimentos as melhores empresas do mercado;  
Buscar atender os requisitos da ONA – Organização Nacional de Acreditação, bem como o Sistema de Gestão da Qualidade da Instituição.

#### 3. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O comprador encaminhará ao fornecedor, via e-mail ou fax e através do Portal de Compras, solicitação para cotação de preços.

O fornecedor deverá analisar a solicitação de compra e elaborar proposta comercial contemplando as informações descritas abaixo, tendo em vista que sua avaliação de desempenho será realizada com base nos dados informados na referida proposta.

Dados necessários:

- Especificação do produto e/ou serviço;
- Quantidade;
- Preços unitários e preço total;
- Marca do produto oferecido;
- Unidade de compra;
- Prazo para entrega;
- Prazo para pagamento;
- Validade da proposta;
- Campo de observação, quando da necessidade de esclarecer dúvidas, ou quaisquer informações que julgarem necessárias;
- A proposta poderá ser encaminhada, por e-mail ou fax e através do portal de compras ao setor de Suprimentos.

188

#### Observações:

É importante observar a data e hora solicitada pelo Comprador para que o retorno da proposta de fornecimento, não atrapalhe o bom andamento do processo, respeitando um prazo máximo de resposta de 48 horas.

Após autorização do processo de aquisição, o Setor de Suprimentos encaminhará ao fornecedor a Ordem de Compra para o fornecimento do produto e/ou serviço.

No ato da entrega do produto e/ou serviço, o fornecedor deverá apresentar a Nota Fiscal contendo os dados relacionados abaixo:

- Especificação do produto/serviço;
- Quantidade;
- Preços unitário e total;
- Marca do produto entregue, lote e validade;
- Dados bancários para recebimento;
- Documentos comprobatórios quanto à isenção de recolhimento de taxas de impostos.

### **Observações:**

A Instituição trabalha com as formas de pagamento: Boletos bancários, duplicatas e recibos.

Quanto aos impostos retidos na fonte pagadora seguirão as normas previstas e vigentes na legislação tributária.

A Instituição segue critérios para aquisição de seus produtos e/ou serviços, conforme estabelecido pela Comissão de Compras, a fim de garantir que os produtos e/ou serviços adquiridos estejam em conformidade com os requisitos especificados, objetivando a prestação de serviço com qualidade aos seus clientes.

A avaliação de Desempenho do Fornecedor é feita com base em padrões de qualidade, através de requisitos estabelecidos junto aos fornecedores de suprimentos em geral e/ou serviços que impactam na qualidade do produto final da empresa e, é realizada a todos aqueles que efetuam entrega de produtos e prestam serviço na Instituição.

Quando do recebimento do produto no almoxarifado ou na dispensa, o almoxarife realizará a avaliação através da Ficha de Avaliação e, no caso de prestação de serviço, o próprio requisitante ou responsável designado para acompanhamento da execução dos serviços, efetuará a avaliação.

Os critérios adotados para Avaliação de Desempenho do Fornecedor são:

- Pontualidade
- Qualidade
- Atendimento

189

A cada entrega realizada por parte do fornecedor será atribuído pontos conforme critérios estabelecidos, registrando na Ficha de Avaliação de Desempenho do Fornecedor.

### **Pontualidade**

- Entrega ou atendimento no prazo – 20 pontos
- Atraso até 03 (três) dias -14 pontos
- Atraso de 04 (quatro) dias até 07 (sete) dias - 07 pontos
- Atraso acima de 07 (sete) dias – 0 pontos

### **Qualidade**

- Produto sem avarias/serviço atendido plenamente - 25 pontos
- Produto com avaria aceito/serviço atendido parcialmente - 13 pontos
- Produto com avaria não aceito/serviço não aceito - 0 pontos

### **Atendimento Do Produto Ou Serviço**

- Conforme especificação - 20 pontos
- Especificação diversa da cotada – aceita - 10 pontos
- Especificação diversa da cotada – não aceita - 0 pontos

O fornecedor será classificado como BOM, REGULAR ou RUIM, conforme pontuação atribuída durante a avaliação de seu desempenho.

Qualificação	Faixa De Pontuação
<b>Bom</b>	46 a 65
<b>Regular</b>	26 a 45
<b>Ruim</b>	0 a 25

## Modelos Da Descrição Dos Procedimentos Operacionais Padrão Da Farmácia

<b>Atividade:</b>
<b>Conferência da Prescrição Nova com a Anterior</b>
<b>Executante:</b>
Auxiliar de Farmácia e Farmacêutico
<b>Principais Ações:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Após realização da prescrição a Enfermagem abrirá os horários e levará até a farmácia a 2º via da prescrição;</li><li>• Os auxiliares de Farmácia recebem esta nova prescrição e conferem com a prescrição antiga;</li><li>• Nesta conferência é observado: legibilidade, acréscimo ou retirada de medicações, horários, posologia e nº do prontuário.</li></ul>
<b>Ações Corretivas:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se a prescrição estiver ilegível entrar em contato com Enfermagem para que seja verificado com o Médico.</li><li>• Se a prescrição apresentar divergência de horário, posologia entrar em contato com Enfermagem para esclarecimento.</li></ul>
<b>Atividade:</b>
<b>Digitação das Prescrições</b>
<b>Executante:</b>
Todos
<b>Principais Ações:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Após realizada a conferência da prescrição esta é encaminhada para setor de digitação.</li><li>• As prescrições são digitadas no sistema eletrônico da UNIDADE.</li><li>• Neste processo são geradas etiquetas de identificação do paciente com nome dos medicamentos, setor, dosagem e horário que o paciente irá receber a medicação.</li><li>• As impressões das etiquetas são por horário determinado; sendo: Turma manhã – 12h, 14h e 16h Turma tarde – 18h, 20h, 22h, 24h, 02h, 04h, 06h, 08h e 10h</li><li>• Após impressa são encaminhadas para auxiliar de farmácia.</li></ul>
<b>Ações Corretivas:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se a impressão não estiver legível providenciar troca do cartucho.</li><li>• Se a impressora apresentar outros problemas comunicar TI.</li><li>• Quando após digitada tiver qualquer alteração na prescrição, a mesma volta para digitação para correção.</li></ul>
<b>Atividade:</b>
<b>Conferência da Prescrição com etiqueta</b>
<b>Executante:</b>
Auxiliar de Farmácia
<b>Principais Ações:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• As etiquetas são conferidas com as prescrições, observando com atenção os dados da etiqueta.</li><li>• Após conferência é feito a checagem na prescrição e etiqueta.</li><li>• As etiquetas conferidas são separadas por setor e horário e colocadas dentro dos bins.</li></ul>
<b>Ações Corretivas:</b>

190

<ul style="list-style-type: none"><li>Qualquer divergência da etiqueta com prescrição encaminhar etiqueta para o setor de digitação fazer correção.</li></ul>
<b>Atividade:</b> <b>Seleção dos Medicamentos nas Prateleiras</b>
<b>Executante:</b> Auxiliar de Farmácia
<b>Principais Ações:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>O auxiliar faz a seleção dos medicamentos de acordo com etiquetas contida no bim.</li><li>Os medicamentos estão dispostos nas prateleiras em ordem alfabética (Princípio Ativo) e separados por: injetáveis, comprimidos, líquidos, pomadas e medicamento de controle especial.</li><li>Os medicamentos selecionados dentro dos bins são enviados a sala de higienização.</li></ul>
<b>Ações Corretivas:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Se houver falta de medicamento no bim deve comunicar o responsável pela reposição.</li><li>Se houver armazenamento trocado de medicamento no bim deve comunicar o Farmacêutico.</li></ul>

<b>Atividade:</b> <b>Envio de Medicamentos para Sala de Higienização</b>
<b>Executante:</b> Auxiliar de Farmácia
<b>Principais Ações:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>O auxiliar de Farmácia faz a limpeza dos medicamentos com álcool 70° e compressa de gaze;</li><li>Após limpeza os mesmos são enviados para sala de diluição, não podendo permanecer na sala de higienização.</li></ul>
<b>Ações Corretivas:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Se houver troca ou cancelamento de medicamento e este já estiver higienizado, o auxiliar de farmácia comunica o auxiliar da diluição para fazer o cancelamento.</li></ul>

<b>Atividade:</b> <b>Diluição de Medicamentos Estéreis</b>
<b>Executante:</b> Auxiliar de Farmácia
<b>Principais Ações:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>O auxiliar de farmácia confere a medicação com a etiqueta e vista a mesma.</li><li>Aspira à medicação e faz seu preparo de acordo com a etiqueta e manual de Diluição de Medicamentos Injetáveis.</li><li>Identifica a medicação com a etiqueta.</li><li>Acondiciona todas as medicações de determinado paciente dentro de saco plástico; coloca no bim da unidade e envia para setor de conferência.</li></ul>
<b>Ações Corretivas:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Se houver dúvida consultar o farmacêutico.</li></ul>

**Atividade:**

### Diluição de Medicamentos Não Estéreis

**Executante:**

Auxiliar de Farmácia

**Principais Ações:**

- O auxiliar de farmácia confere a medicação com a etiqueta e vista a mesma.
- Prepara a medicação de acordo com etiqueta.
- Comprimido – se necessário fazer partição e diluição.
- Identifica a medicação com a etiqueta.
- Acondiciona todas as medicações de determinado paciente dentro de saco plástico; coloca no bim da unidade e envia para setor de conferência.

**Ações Corretivas:**

- Medicamento de uso oral independente da dose somente deve ser enviado em dosador oral ou copo. Nunca enviar em seringa.
- Se houver dúvida consultar o farmacêutico.

**Atividade:**

### Conferência dos Medicamentos Diluídos

**Executante:**

Auxiliar de Farmácia

**Principais Ações:**

- O auxiliar de farmácia da confere as medicações diluídas de sua clínica com as prescrições.
- Nesta conferência deve-se observar se o nome do paciente, leito, medicamento, dosagem, via e horário estão de acordo com o que foi prescrito.

**Ações Corretivas:**

- Se houver dúvida consultar o farmacêutico.

**Atividade:**

### Envio dos medicamentos para as Unidades

**Executante:**

Auxiliar de Farmácia

**Principais Ações:**

- O auxiliar de farmácia antes de levar as medicações para a unidade anota em um livro de registro o horário que está sendo entregue, e assina; lembrando que a entrega deve ser de 15 minutos antes do horário da etiqueta.
- Ao chegar às unidades o responsável pela enfermagem recebe as medicações e assina o registro de recebimento.
- Os medicamentos são colocados em bandejas específicas.
- O auxiliar de farmácia retorna à Farmácia com os bins, que devem ser limpos com álcool a 70° para voltarem ao uso.

OBS: Livro de Registro tem a finalidade apenas de registrar o horário de entrega das medicações.

**Ações Corretivas:**

- Se houver dúvida consultar o farmacêutico.

**Segue Abaixo Alguns Modelos De Organização Dos Formulários A Serem Utilizados Na Farmácia Da UNIDADE:**

Solicitação De Medicamentos Não Padronizados	
Uso do médico	
Nome	do paciente:
_____	
Data de nascimento: _____	Peso: _____
Medicamento solicitado (nome genérico/comercial): _____	
Forma farmacêutica: _____	Dosagem: _____
Posologia diária	
Justificativa (incluir o motivo da escolha do medicamento e da preferência em relação a outros medicamentos já padronizados):	
_____ / _____ / _____	
Médico solicitante	Data
Uso da Farmácia/Setor de compras	
Existe medicamento padronizado com atividade terapêutica equivalente? Qual?	
_____	
Qual o custo desse medicamento?	
_____	
Quantidade a ser adquirida? _____	Fornecedores: _____
Observações:	
_____	
_____	
Farmacêutica Coordenador adm.	_____ / _____ / _____ Data
Uso da diretoria	Aprovado? Sim (____) Não (____)
_____	_____ / _____ / _____ Data
Diretor Executivo	

193



Solicitação De Inclusão/Exclusão De Itens Da Padronização	
Inclusão (____)	Exclusão (____)
Uso do médico Nome genérico: _____	
Nome comercial: _____ - _____	
Forma farmacêutica: _____ Concentração: _____ Via de adm.: _____	
Justificativa de inclusão/exclusão _____	
Há equivalente similar ou da mesma classe terapêutica padronizado? Quais?	
Justificar a superioridade terapêutica do item solicitado em relação à estes (somente para inclusão). _____	
Atualmente como é realizado o tratamento/procedimento sem o medicamento solicitado? _____	
Este medicamento substituirá outro padronizado? Não (____) .Sim (____) Qual?	
A falta do medicamento solicitado impede a realização do tratamento/procedimento? Sim (____) . Não (____)	
O medicamento é utilizado em emergências? Sim (____). Não (____)	
O medicamento é requerido por algum protocolo clínico adotado na instituição? Sim (____) .Não (____) Qual? _____	
Referências bibliográficas? _____	
Médico/Assinatura: _____	
CRM/Carimbo:	
Data: ____/____/____	

### Solicitação De Inclusão/Exclusão De Itens Da Padronização

#### Parecer da Farmácia:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Farmacêutica Data

Uso do Diretor  
Aprovado: Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Diretor Data

#### NÃO CONFORMIDADES

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_ POP relacionado: \_\_\_\_\_

Responsável pela verificação da não conformidade: \_\_\_\_\_

Não conformidade (s) observada (s):  
\_\_\_\_\_

Não conformidade informada à: \_\_\_\_\_

Medidas adotadas para solucionar a não conformidade: \_\_\_\_\_

Data da solução: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_

195

## Qualificação De Fornecedores

Data:		Fornecedor:	
<b>CNPJ:</b>			
<b>Fone:</b>			
<b>Transportadora:</b>			
<b>AVALIAÇÃO DO TRANSPORTE</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1	Os entregadores utilizam uniformes adequados para o ambiente hospitalar?		
2	As caixas estão amassadas, molhadas, rasgadas?		
3	Existe algum tipo de violação na embalagem do (s) produto (s)?		
4	O material está sendo entregue em transporte adequado?		
5	A transportadora está respeitando o horário de entrega do Setor?		
6	Termolábeis estão em térmicas com controle de temperatura entre 2 e 8°C?		
7	Total de itens em não conformidade		
<b>AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ENTREGA</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1	O número da O.C está especificado na Nota Fiscal?		
2	O valor da Nota Fiscal coincide com o valor estipulado na O.C?		
3	Os lotes dos produtos coincidem com o da Nota Fiscal?		
4	Os produtos apresentam data de validade superior a 80% do prazo estipulado ou, no mínimo, superior a um ano?		
5	Os produtos foram entregues dentro do prazo estipulado?		
6	Total de itens em não conformidade		
<b>OBSERVAÇÕES</b>			
<b>Nome do avaliador</b>			

### Controle De Temperatura

Ambiente Alm. ( ) Ambiente Far. ( ) Geladeira 1 ( ) Geladeira 2 ( ) Mês/Ano: ____/____										
Manhã						Tarde				
Dia	Max.°C	Min.°C	Atual°C	Hora	Resp.	Max.°C	Min.°C	Atual°C	Hora	Resp.
01										

### Controle De Umidade

Ambiente Alm.( ) Ambiente Far.( ) Mês/Ano: ____/____										
Manhã						Tarde				
Dia	Max.	Min.	Atual	Hora	Resp.	Max.	Min.	Atual	Hora	Resp.
01										
02										

### Padronização De Carros De Emergência

#### 1ª Gaveta: Medicamentos

Medicamento	Qtde	Nível	Conferência
Ácido Acetilsalicílico 100mg	5	1	
Adenosina ampola	5	1	
Água destilada ampola	20	1	
Aminofilina	5	2	
Amiodarona ampola	5	1	
Atropina ampola	10	1	
Bicarbonato de Sódio 8,4% ampola	5	1	
Captopril 25mg comprimido	5	2	
Cloreto de Potássio 19,1% ampola	5	1	

197

#### 2ª Gaveta: Material Para Vias Aéreas

Material	Qtde	Nível	Conferência
TOT-Nº2,0-2,5-3,0-3,5-4,0-4,5-5,0-5,5-6,0-6,5-7,0-7,5-8,0-8,5-9,0	02	1	
Máscara de venturi 50% adulto e infantil	01 cd	1	
Cânula de guedel adulto e infantil	02 cd	1	
Fio guia p/ TOT infantil e adulto	02 cd	1	
Cânula de Traqueostomia	01 cd	1	
Sonda de aspiração traqueal c/ válvula nº 08,10,12,16,18,20.	02 cd	1	
Cadarço p/ fixação TOT	1 rolo	1	
Máscara de inalação adulto e infantil	01	1	
Pilhas p/ Laringoscópio tam. Grande e Peq.	06 cd	1	

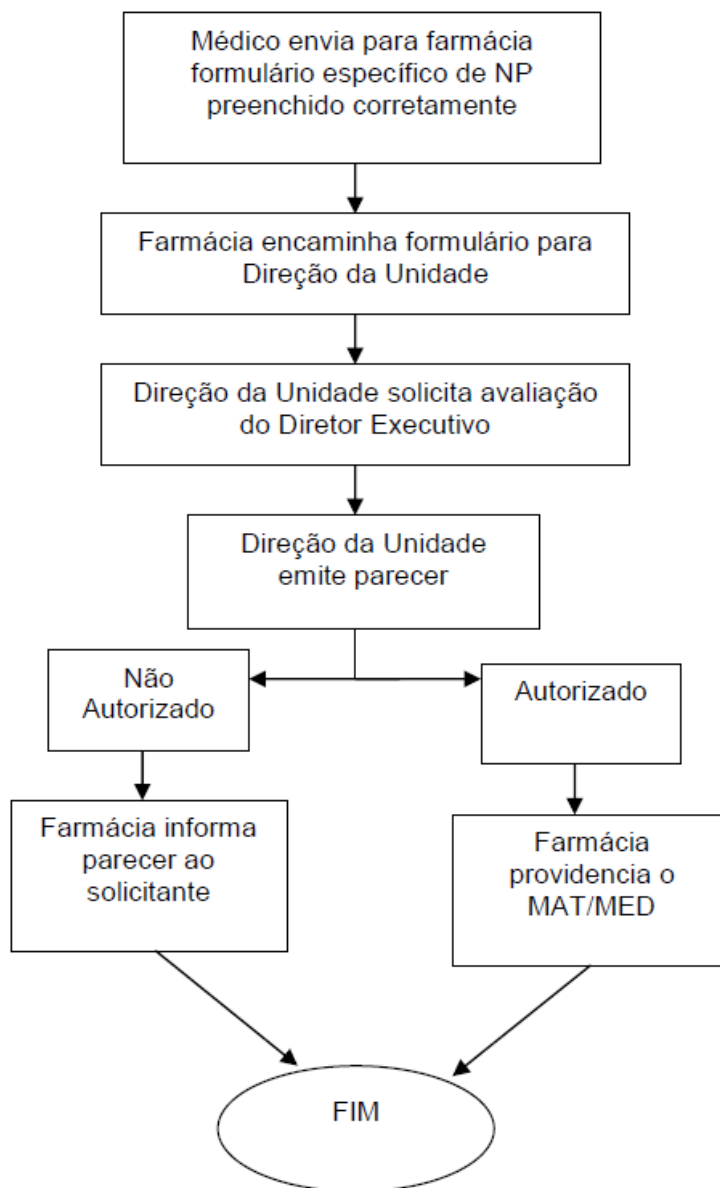
### Ficha De Controle De Abertura Do Carro De Emergência

Data/hora	Nº selo Rompido	Motivo abertura	Intervenção	Observações	Assinatura/ carimbo Enfermeiro
____/____ ____:____	Nº selo colocado	<input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Auditoria mensal <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Reposição <input type="checkbox"/> Checklist <input type="checkbox"/> Validade		

### Protocolo De Recebimento De Lacs

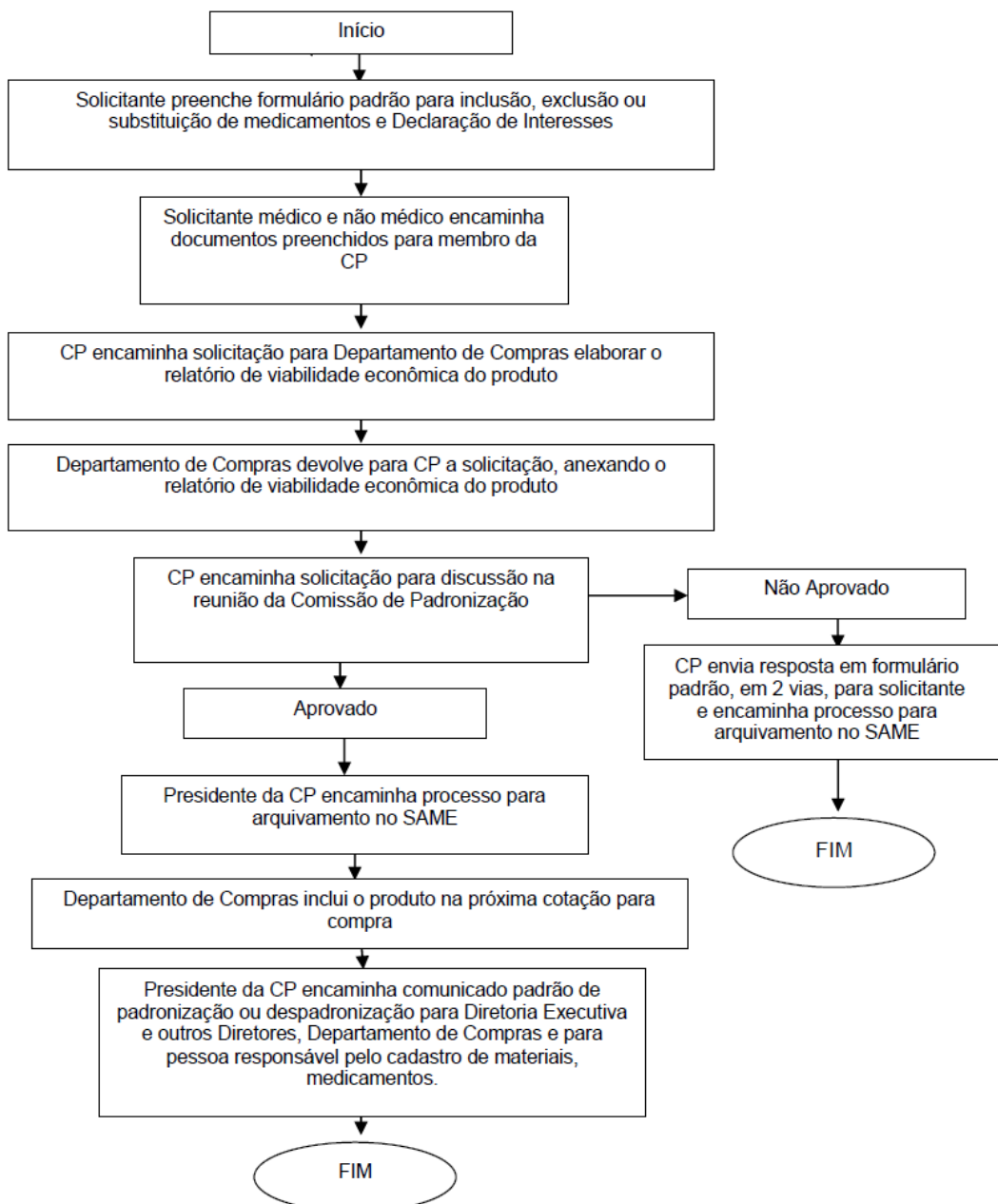
<b>Data/Hora</b> ____/____ ____:____	<b>Local</b> __Sala de Emergência __Observação __Medicação	<b>Lacre anterior</b> _____	<b>Lacre novo</b> _____	<b>Entregue por</b>	<b>Enfermeiro responsável</b>
<b>Data/Hora</b> ____/____ ____:____	Local __Sala de Emergência __Observação __Medicação	Lacre anterior _____	Lacre novo _____		Enfermeiro responsável
<b>Data/Hora</b> ____/____ ____:____	Local __Sala de Emergência __Observação __Medicação	Lacre anterior _____	Lacre novo _____		Enfermeiro responsável
<b>Data/Hora</b> ____/____ ____:____	Local __Sala de Emergência __Observação __Medicação	Lacre anterior _____	Lacre novo _____		Enfermeiro responsável

### FLUXOGRAMA: LIBERAÇÃO DE MAT/MED ALTO CUSTO E/OU NÃO PADRÃO





### FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS



### **5.1.3 - ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS: MEMBROS QUE O CÔMPÕEM, TURNOS DE FUNCIONAMENTO, MODELOS DE FICHAS, SISTEMA DE ARQUIVAMENTO E CONTROLE DE PROTOCOLOS;**

---

A gestão da UNIDADE necessita de informações e dados técnicos que permitam maior rendimento a tudo o que está envolvido neste setor, seja nos campos: médico, assistencial, administrativo, social ou financeiro.

Neste sentido o INDSH implantará a estrutura do Serviço de Arquivo, que é um serviço imprescindível ao funcionamento da UNIDADE e em seu quadro funcional conta com um Auxiliar administrativo que responde diretamente ao Diretor Executivo, que tem por responsabilidade o controle dos prontuários oriundos do atendimento por meio das atividades de organização, manutenção, conservação e guarda de prontuários dos pacientes que necessitaram de assistência multiprofissional, além de servir como fonte de pesquisa científica. Esse Setor funciona de segunda a sexta-feira das 8h00 às 18h00.

A função primordial dos arquivos é disponibilizar as informações contidas nos documentos para a tomada de decisão e comprovação de direitos e obrigações, o que só se efetivará se os documentos estiverem corretamente classificados e devidamente guardados. Tão importante quanto arquivar é achar rapidamente as informações no momento desejado.

Quando se trata de planejar a organização de um arquivo ou fichário, os elementos constantes de um documento a considerar são:

- Nome (do remetente do destinatário ou da pessoa a quem se refere o documento);
- Local,
- Número,
- Data,
- Assunto.

De acordo com o elemento mais importante e frequentemente procurado, em cada caso, pode-se organizar os fichários ou arquivos em:

- Ordem alfabética;
- Ordem geográfica;
- Ordem numérica (simples ou cronológica)
- Ordem de assunto.

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

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

O Prontuário do paciente é o documento legítimo e individual deste, contendo dados e informações pessoais, bem como do ponto de vista médico social - tratamento clínico,

resultados de exames, situação de internação, descrição cirúrgica, resultados e conclusões. É um instrumento dinâmico que uma vez iniciado permanece aberto por tempo indeterminado, atendendo sempre que o paciente recorrer à instituição.

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

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

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

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

- Constituição Federal, artigo 5º, inciso X;
- Código Penal, artigos 153, 154, 325 e 269;
- Resolução CFM (Conselho Federal de Medicina) nº 1.821/07;
- Lei de Acesso a Informação nº 12.527/2011.

202

A criação e revisão de impressos deverá seguir um fluxo estabelecido pelo Comissão de Revisão de Prontuário, devendo ser validade junto ao Diretor Técnico e controlado pela Gestão do SPP.

O SPP deve auditar de maneira sistematizada, o nível de conformidade de preenchimento do prontuário e atuar com educação permanente.

A solicitação de cópias de quaisquer informações do prontuário devem ser direcionadas ao Diretor Técnico que avaliara sua liberalidade. Vale ressaltar que apenas o paciente ou seu representante legal poderá solicitar cópia através de documento escrito. Esta solicitação deverá ser declarada em formulário próprio, fornecida pelo SPP.

*“cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmente comprovado o vínculo, conforme Recomendação 03/2014 do Conselho Federal de Medicina”.*

O prontuário deve ser disponibilizado em envelope lacrado ao paciente/representante, por segurança.

A cópia deverá ser realizada nas dependências do Arquivo e, em condições excepcionais, poderá ser realizada em outro local, desde que acompanhada por um colaborador do arquivo (seguindo as normas estabelecidas pelo setor). Todos os

prontuários xerocados, e suas respectivas cópias deverão ter suas páginas numeradas, frente e verso.

A estrutura de trabalho será permeada por meio das diretrizes estabelecidas no regimento da Comissão de Revisão de Prontuários conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1.638/2002, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários, conforme descrito no item 4. Área da Qualidade.

Para a Sistematização da Assistência de Enfermagem prestada ao usuário da UNIDADE será preconizado os seguintes instrumentos que irão compor o prontuário:

### Estrutura organizacional

Cargo	Local	Vínculo	Carga Horária Mensal	Quantidade Total
Arquivista	HPSZN	CLT	220	06
Auxiliar Administrativo	HPSZN	CLT	220	06
Auxiliar Administrativo*	UPA Campos Salles	CLT	220	01
<b>Total</b>				<b>13</b>

\*Ver projeto Container (Item 6.6.7)

### Horário de funcionamento







O serviço funcionará de segunda à sexta, das 8h às 18h.

## MODELOS DE FICHAS

### Sistematização da Assistência de Enfermagem Unidade de Pronto Atendimento Formulário de Admissão

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

## IDENTIFICAÇÃO

Nome:		Idade:		Data de Admissão:	
Diagnóstico Médico:			Hora internação:		da Prontuário:
<b>MOTIVO</b>					
<input type="checkbox"/> CONSULTA <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> INTOXICAÇÕES EXOGENAS <input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA <input type="checkbox"/> PARADA CARDIORESPIRATORIA		<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRANSITO		<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO	
DESCREVER COMO OCORREU O ACIDENTE:					
 0 sem dor		 1 a 2 leve		 3 a 4 moderada	
 5 a 6 forte		 7 a 8 muito forte		 9 a 10 insuportável	
Queixa principal:				PESO: Kg	
Alergias:		Medicamentos em uso:			
ESCALA DE GLASGOW				ESCALA DE DOR	
Abertura ocular	Nº	Resposta verbal	Nº	Resposta Motora	Nº
<input type="checkbox"/> Espontânea	4	<input type="checkbox"/> Orientada	5	<input type="checkbox"/> Obedece a comandos	6
<input type="checkbox"/> À voz	3	<input type="checkbox"/> Confusa	4	<input type="checkbox"/> Localiza dor	5
<input type="checkbox"/> À dor	2	<input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas	3	<input type="checkbox"/> Movimento de retirada	4
<input type="checkbox"/> Nenhuma	1	<input type="checkbox"/> Palavras incompreensivas	2	<input type="checkbox"/> Flexão anormal	3
		<input type="checkbox"/> Nenhuma	1	<input type="checkbox"/> Extensão anormal	2
				<input type="checkbox"/> Nenhuma	1
TOTAL GLASGOW:				DOR Nº: 204	

## EXAME FÍSICO

SISTEMA CARDIOCIRCULATÓRIO		SISTEMA NERVOSO	
<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Letargia
<input type="checkbox"/> Hipertenso	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> Agitação	<input type="checkbox"/> Coma
<input type="checkbox"/> Hipotenso	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Espasmo muscular	<input type="checkbox"/> Outros:
SISTEMA RESPIRATÓRIO	SISTEMA GASTROINTESTINAL	PELE	
<input type="checkbox"/> Eupnéico	Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Hematomas
<input type="checkbox"/> Dispneico		<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Desidratada
<input type="checkbox"/> Bradipnéico	<input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Lesão	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Taquipnéico		<input type="checkbox"/> Obstrução <input type="checkbox"/> Diarréia: Quantos dias:	<input type="checkbox"/> Sudorese
<input type="checkbox"/> Tosse produtiva a _____ dias			
<input type="checkbox"/> Cianose			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	ENCAMINHAMENTOS		
<input type="checkbox"/> BANHO	<input type="checkbox"/> EXAMES LABORATORIAIS _____	<input type="checkbox"/> EXAMES DE MAGEM: _____	
<input type="checkbox"/> CURATIVO		<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA: _____	
<input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA _____	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO: _____	
<input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	
<input type="checkbox"/> Punção venosa			
OUTROS:			
SINAIS VITAIS			
HORARIO:	PA:	Sat:	FR:
			FC:
			TEMP:
			HGT:
Assinatura:			Coren:

205

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

### REGISTRO – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

<b>NOME:</b>	<b>IDADE:</b>	<b>DATA</b>
<b>QUEIXA PRINCIPAL:</b>		<b>HORA:</b>
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>		
Patologias associadas: _____ Quando iniciou os sintomas (data): _____ Quais unidades de saúde já procurou: _____ Sinais vitais: PA _____ FC: _____ T: _____ R: _____ Sat O <sup>2</sup> : _____ hgt: _____ Escala da dor nº: _____ Nível de consciência/glasgow: _____ Classificação de risco, conforme protocolo: <input type="checkbox"/> vermelho ( emergência) <input type="checkbox"/> amarelo (urgente) <input type="checkbox"/> verde ( pouco urgente) <input type="checkbox"/> azul ( não urgente) Motivo do encaminhamento: _____ Encaminhar para: _____ Tel: _____  _____ Enfermeiro( a) <span style="margin-left: 200px;">paciente</span>		



## REQUISIÇÃO INTERNA

### FARMÁCIA E/OU ALMOXARIFADO

DESCRIÇÃO DO MATERIAL/MEDICAÇÃO	DATA: _____ / _____ /2014		
	UNIDADE	QUANTIDADE SOLICITADO	ENTREGUE
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
REQUISIÇÃO POR:	ENTREGUE POR:		
AUTORIZADO POR:	RECEBIDO POR:		

O Serviço de Arquivo irá desenvolver seu trabalho, por meio de Instruções de Trabalho, conforme modelos abaixo:

### RECEBIMENTO E ARQUIVAMENTO DE PRONTUÁRIOS DO USUÁRIO

Objetivo: Operacionalizar a rotina de análise e guardar com segurança dos prontuários.

Descrição da Instrução de Trabalho:			
Ação	Responsável	Formulário	Descrição da Ação
<b>Recebimento dos Prontuários dos usuários</b>	Auxiliar Administrativo do Setor.	-	<p>Receber os prontuários dos usuários somente quando encaminhados do Faturamento.</p> <p>Verificar/inspecionar os Prontuários dos usuários recebidos a fim de certificar-se de que eles estão completos para arquivamento.</p> <p><b>OBS: Se houver alguma irregularidade preencher o formulário de não conformidade e devolver o prontuário ao Faturamento.</b></p>
<b>Arquivamento de prontuários dos usuários</b>	Auxiliar Administrativo do Setor.	-	<p>Realizar consulta prévia dos dados do prontuário no sistema de arquivamento antes de lançá-lo no sistema; evitando duplicidade de cadastro. Usar para pesquisa os dados: nome do usuário e nº de prontuário.</p> <p>Lançar no Sistema de arquivamento obedecendo informações necessárias.</p> <p>Identificar os envelopes de armazenamento dos prontuários dos usuários com folha de rosto indicando nome, número do prontuário, caixa e armário onde armazenado.</p>

207

## DESARQUIVO DE PRONTUÁRIOS

Objetivo: Garantir a Rastreabilidade do prontuário do usuário e liberação de cópia.

Descrição da Instrução de Trabalho:			
Ação	Responsável	Formulário	Descrição da Ação
<b>Liberar prontuários para consultas.</b>	Auxiliar administrativo do Setor.	Controle de saída de prontuários	<p>Liberar o prontuário para consulta sempre que for solicitado, mediante protocolo.</p> <p>Preencher o formulário de controle de saída de prontuário médico.</p> <p><b>Obs: O prontuário médico deve ser devolvido no mesmo dia de sua solicitação, com exceção dos fins de semana.</b></p>
<b>Liberar a cópia de prontuário médico ou somente exames.</b>	Auxiliar Administrativo do Setor.	Solicitação de cópia de prontuário médico do paciente.	<p>Aceitar solicitação de cópia de prontuário ou exames somente se o usuário ou representante legal apresentar documento de identificação original e cópia.</p> <p>Preencher o Formulário de Solicitação de cópia de prontuário médico do paciente com os dados necessários e pedir assinatura do requerente.</p> <p>Orientar o retorno no horário de atendimento ao público das 8 às 18h na data estipulada para entrega da cópia.                      O prazo para entrega das cópias será de 10 dias a contar da data da solicitação.</p> <p>Fazer a busca do Prontuário do usuário no Sistema de Arquivamento.</p> <p>Solicitar a Diretoria Técnica avaliação, e validação da solicitação de cópia do prontuário. E somente depois realizar a cópia.</p>
<b>Autorizar cópia de prontuário do usuário</b>	Auxiliar Administrativo do Setor.	Comprovante de recebimento das cópias do prontuário médico	<p>Retornar o prontuário original ao arquivo. Atentar-se sempre ao arquivar e desarquivar os prontuários respeitando o registro da localização.</p> <p>Realizar a conferência das cópias.</p> <p>Entregar as cópias para ao requerente mediante ao formulário comprovante de recebimento das cópias do prontuário médico assinado por ele.</p> <p>Anexar à cópia do documento de identificação do usuário ou representante legal nos formulários e arquivar na pasta de solicitação de cópia de Documentos.</p> <p><b>Obs.: Somente tem direito a cópia do prontuário o próprio usuário ou o representante legal através de procuração por instrumento público ou tutela. Para as solicitações onde os usuários evoluíram a óbito estará autorizado caso o usuário tenha manifestado em vida através documento reconhecido ou por determinação judicial.</b></p>

### SOLICITAÇÃO, ENVIO E MONITORAMENTO DE DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO E ÓBITO.

Objetivo: Solicitar bloco de declarações e encaminhar as vias à Secretaria de Saúde do Município e monitorar o uso.

Descrição da Instrução de Trabalho:			
Ação	Responsável	Formulário	Descrição da Ação
Solicitar, receber, repassar e controlar Declaração de Óbito e Nascido Vivo.	Auxiliar administrativo do Setor	-	Solicitar a Vigilância Municipal de Saúde os blocos via ofício. Conferir e lançar as numerações na planilha de controle e encaminha-las a Recepção/Triagem. Verificar diariamente se há declarações preenchidas. Se houver, fazer conferência dos dados e semanalmente encaminhar em ofício a Secretaria de Saúde do Município, caso haja alguma divergência solicitar a regularização ao setor de origem.

A comissão de Prontuário já foi apresentada no item 5.1.1.1 da proposta de trabalho.

#### 5.1.4 - DESCRIÇÃO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE ESTATÍSTICAS: MEMBROS QUE A COMPÕEM, TURNOS DE FUNCIONAMENTO, SISTEMÁTICA E METODOLOGIA DE TRABALHO;

##### Estrutura Organizacional

Cargo	Local	Vínculo	Carga Horária Mensal	Quantidade Total
Estatístico	COMPLEXO	CLT	220	05
<b>Total</b>				<b>05</b>

##### Horário de funcionamento

O serviço funcionará de segunda à sexta, das 8h às 18h.

Por entender que a Estatística é um serviço de fundamental importância ao funcionamento da UNIDADE, o INDSH proverá a estruturação do serviço de Estatística disponibilizando todos os recursos necessários à operacionalização do serviço. Esse Serviço funcionará de segunda à sexta-feira no horário das 8h00 às 18h00, sendo que o colaborador responsável pelo levantamento estatístico das informações será subordinado diretamente ao Coordenador Administrativo.

A área de Estatística tem como finalidade organizar dados para a pesquisa clínica, avaliar a instituição e observar a eficiência dos serviços prestados dentro do menor tempo. Sob esse aspecto é responsável pela coleta, apuração, análise e interpretação dos dados obtidos a partir dos prontuários e outras fontes de informação. Realiza o controle das admissões, transferências, altas, óbitos e cirurgias. Além disso, analisam taxas, índices, coeficientes e elabora o relatório das atividades estatísticas. Fornece informações epidemiológicas, como o perfil epidemiológico, incidência de doenças, realiza estimativas e ajustes de modelos de tempo de vida, entre outros.

210

A Estatística epidemiológica nos permite conhecer as diversas etiologias tratadas na UNIDADE e o total de pacientes acometidos. Assim podemos identificar a incidência de determinada doença, o tempo médio de internação, fazer comparações entre as diversas etiologias e estudar cada uma de forma independente e extrair o código da CID e os tipos de doenças, ou seja, se são de baixo ou alto risco.

A estrutura de trabalho da área de Estatística também utilizará como base as diretrizes estabelecidas no regimento da Comissão de Revisão de Prontuários conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1.638/2002, que define prontuário e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários, conforme descrito no item 4. Área da Qualidade.

Uma das ferramentas de trabalho mais importantes para a área da saúde é a informação. A tríade “informação-decisão-ação” sintetiza a dinâmica das atividades envolvidas no monitoramento e garantia da qualidade de informação.

A informação em saúde é a base para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças. Para tanto é fundamental que essas informações/dados disponíveis tenham qualidade e retratem de forma fidedigna a situação de saúde nos diversos setores da unidade hospitalar.

Oportunidade, atualidade, disponibilidade e cobertura são características que determinam a qualidade da informação. Há diversos conceitos sobre sistemas de informação. Em síntese, um sistema de informação deve disponibilizar o suporte necessário para que o planejamento, decisões e ações dos gestores, em determinado nível decisório, não se baseie em dados subjetivos, conhecimentos ultrapassados ou conjecturas.

Captação e processamento de informação e análise do desempenho da unidade, através de relatórios e planos de trabalho. Avaliação da capacidade produtiva e do custeio de toda atividade, através dos seguintes instrumentos:

#### • PLANO ESTATÍSTICO

A estatística é composta do movimento geral da unidade e também da estatística de produção dos setores como os Serviços de Diagnóstico, Lavanderia, Manutenção e de outros tantos, reunindo mais de 100 indicadores hospitalares utilizados na avaliação de desempenho.

A gestão é feita com o auxílio dos números que são fornecidos pela estatística.

#### • RELATÓRIO DE ATIVIDADES

Este relatório permite o acompanhamento sistematizado do desempenho da unidade sob vários aspectos, análise crítica dos resultados previstos e alcançados, entre outros.

Os registros realizados são os seguintes:

#### **Atividades Assistenciais**

- Número de Internações (Admissões e Saídas)
- Porcentagem de Ocupação
- Média de Permanência
- Taxa de Mortalidade
- Número de Exames por Tipo
- Número de Consultas de Urgência e Emergência
- Número de Procedimentos

211

#### **Recursos Humanos**

- Número de Funcionários por Área de Atuação
- Rotatividade de Pessoal
- Taxa de Absenteísmo
- Colaborador por Leito
- Colaborador por Paciente
- Relatório com pessoal Médico, Enfermagem, Outros de Nível Superior e Nível Técnico com nome, função, turno e jornada de trabalho

#### **Atividades Sociais**

- Cursos Ministrados

#### **Atividades Econômicas**

- Composição das Receitas
- Composição das Despesas

#### **Indicadores Hospitalares**

- Assistenciais

- Recursos Humanos
- Econômicos

### **Informações de Custos**

- Alimentação (Desjejum, Colação, Almoço, Lanche, Jantar, Ceia e fórmulas lácteas)
- Custo do Kg de roupa lavada
- Custo do m<sup>3</sup> de oxigênio

### **Informações de Faturamento**

- Faturamento Total (Previsto e Realizado), com variação

## **DESEMPENHO DE INDICADORES ESTRATÉGICOS**

Os indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade. Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito.

A seguir alguns exemplos de indicadores de qualidade e referencial proposto. O referencial poderá ser modificado para atender as metas contratuais ou mediante o perfil da unidade ou ainda para ser comparado com unidades do mesmo perfil:

212

- Taxa de Satisfação - mínimo de 80%
- Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento dos Usuários - = 100%
- Taxa de transferência de usuários menor ou igual a 1%
- Taxa de Revisão de Prontuários pela Comissão de Óbito - = 100%
- Taxa de Revisão de Prontuários, pela CCIH - = 100%
- Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a CVC - ANAPH 2012 – 0,6%
- Densidade de incidência de Pneumonia associada a ventilação mecânica – HIAE - 1,4/1000 ventilador/dia
- Densidade de incidência de ITU associada a cateter vesical de demora – HIAE 2012 – 1,5/1000 vê-dia
- Taxa de infecção hospitalar geral – CQH – 2013 - 2,11% natureza públicos – 3,0%
- Taxa de infecção UTI adulto - – CQH – 2013 – 11,03 - natureza públicos 12,38% e ANAPH 2012 11,3%
- Taxa de infecção UTI pediátrica - – CQH – 2013- 1,61% natureza públicos 10,25%
- Taxa de infecção UTI neonatal - – CQH – 2013- 14,83% natureza públicos 15,64% e ANAPH 2012- 6,2
- Taxa de mortalidade institucional (após 24h) - Anaph 2012 - 1,31%
- Taxa de adesão global aos protocolos de segurança do paciente - Meta 80%
- Número de eventos notificados - 100%
- Média geral de permanência - ANAHP 2012 - 4,5 dias

Este relatório permite o acompanhamento sistematizado do desempenho dos indicadores estratégicos referidos no mapa estratégico.

Abaixo se encontram alguns indicadores estatísticos, que devem ser adequados ao perfil da unidade.

**Média de paciente-dia por unidade:**

Total de Paciente-dia dividido por n°. de dias do período (28, 30 ou 31 dias)

$$\text{Média Geral} = \frac{\text{Total de Pacientes /Dia}^{\text{"A"}}}{\text{N}^{\circ} \text{ dias do período}}$$

A mesma lógica deverá ser aplicada em Paciente-dia por especialidade.

**Atendimentos por procedência:** Essa informação será colhida através do Mapa de Atendimento, observando-se, todavia, os Municípios de procedência dos Pacientes.

**Atendimento por faixa etária:** Essa informação será colhida através do Mapa de Atendimento, observando-se, todavia, as faixas etárias dos pacientes que foram atendidos no período.

**Consultas Simples:** Atendimento prestado sem consumo de materiais / medicamentos. É o atendimento prestado apenas no consultório médico.

**Consultas Com Procedimento:** Atendimentos que implicam, além da consulta com o médico, consumo de materiais (agulhas, gesso, ataduras, sondas,) E/ou medicamentos para tratamento imediato do paciente, o qual, em seguida, será liberado.

**Procedimentos realizados:** É lançado no Plano Estatístico o Total de procedimentos realizados unidade, no período.

213

**Média Diária:** Divide-se o total de procedimentos realizados na unidade no mês pelo total de dia do mês

**Taxa de transferência de usuários:** Taxa de pacientes que foram atendidos na unidade e necessitaram de transferência para outro serviço.

**Fórmula:** Total de usuários transferidos dividido por total de usuários atendidos, multiplicado por 100.

**Taxa de usuários adultos classificados quanto ao risco, por enfermeiro:** Total de pacientes adultos atendidos na unidade que foram classificados quanto ao risco, pelo profissional enfermeiro.

**Fórmula:** Total de usuários classificados quanto ao risco por enfermeiro dividido por total de usuários registrados, multiplicado por 100.

**Taxa de profissionais médicos cadastrados no CNES:** Quantitativo de profissionais médicos cadastrados no CNES.

**Fórmula:** Total de profissionais médicos cadastrados no CNES dividido por Total de profissionais médicos contratados, multiplicado por 100.

**Auxiliares de diagnóstico e tratamento:** As informações solicitadas de tais serviços referem-se basicamente ao número total de exames/sessões realizados, bem como, ao número de exames/sessões por especialidade solicitante.

**Laboratório de Análises clínicas:**

**Exames por pacientes:** Quantidade de exames realizados no período.

**Média Diária: Total de Exames divididos pelo período.**

**Radiologia:**

**Exames por pacientes**



Quantidade de exames realizadas no período.

**Média Diária: Total de Exames divididos pelo período.**

**Eletrocardiografia:**

**Exames por pacientes**

Quantidade de exames realizados no período.

**Média Diária: Total de Exames divididos pelo período.**

**Manutenção/Engenharia clínica:**

**Reparos por área:**

Deve-se lançar a quantidade de reparos por área: elétrica, mecânica, hidráulica, marcenaria, carpintaria, pintura, alvenaria, serralheria e outros.

**Média Diária: Total de reparos realizados pela Manutenção divididos pelo período.**

**Reparos por unidade:**

Deve-se lançar a quantidade de reparos realizados na unidade no período

**Média Diária: Total de reparos realizados pela Manutenção divididos pelo período.**

**Gases medicinais:**

Deve-se lançar a quantidade de metros cúbicos de oxigênio utilizados no período.

**Média Diária: Total de metros cúbicos de oxigênio utilizado, divididos pelo período.**

214

**Energia elétrica**

**Consumo de energia elétrica**

Deve-se lançar a quantidade de kW de energia utilizada no período.

**Média Diária: Total de quantidade de kW de energia utilizada divididos pelo período.**

**Água e esgoto:**

**Consumo de água:**

Deve-se lançar a quantidade de metros cúbicos de água utilizada no período.

**Média Diária: Total de quantidade metros cúbicos de água utilizados, divididos pelo período.**

**Transporte:**

**Quilômetros rodados por unidade solicitante:**

Deve-se lançar a quantidade de km rodados por unidade solicitante utilizado no período.

**Média Diária: Total de quilômetros rodados no período, divididos pelo período.**

**Telefonia:**

Apresenta o número de ligações efetuadas no período considerado, subdividindo-as em ligações locais e ligações interurbanas, de acordo com os turnos de trabalho das telefonistas.

### **Ligações interurbanas**

Deve-se lançar a quantidade de ligações telefônicas interurbanas nos turnos.

**Média Diária: Total de ligações telefônicas interurbanas no período, divididos pelo período.**

**Ligações locais** Deve-se lançar a quantidade de ligações telefônicas locais nos turnos.

**Média Diária: Total de ligações telefônicas locais no período, divididos pelo período**

### **Serviços administrativos**

#### **Índices da administração de pessoal:**

**Funcionários em férias:** deve ser lançada a quantidade de funcionários em férias no período;

**Funcionários de Licença/Afastamentos:** deve ser lançada a quantidade de funcionários que estiveram de licença e atestados no período;

**Admissões/demissões:** deve ser lançada a quantidade de funcionários admitidos e demitidos (transferidos), no período;

**Faltas em dia:** no. De faltas em dias no período.

**Índice de Absenteísmo:** Designa a relação entre o total de faltas em dias e o produto dos dias totais do período considerado pelo total de funcionários da organização:

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{\text{Nº de faltas em dias no período} \times 100}{\text{Efetivo médio} \times \text{período considerado}}$$

**Horas Extras:** quantidade em horas extras utilizadas no período;

**Atrasos em Horas:** quantidade de atrasos em horas no período;

**Índice de Rotatividade:** Representa a flutuação de pessoal dentro de uma organização, ou seja, é o volume de pessoas que ingressam e que saem de uma organização dentro de um mesmo período de tempo e relacionado ao volume médio de funcionário da organização.

Este índice é calculado pelo próprio setor de Estatística através da fórmula percentual:

$$\text{Índice de Rotatividade} = \frac{\frac{\text{Admitidos} + \text{Demitidos}}{2} \times 100}{\text{Efetivo Médio} (*)}$$

#### **(\*) Efetivo médio**

$$\text{Efetivo} = \frac{\text{Nº de funcionários início do período} + \text{Nº de funcionários no final de período}}{2}$$

#### **NOTA:**

Atentar ao uso do Efetivo Médio, e não do número de funcionários ao final do período. Tal medida visa considerar as oscilações de pessoal pertinentes ao período, buscando-se uma média na quantidade de funcionários realmente representativa.

**(CATEGORIA) % Sobre o Total de Funcionários:** Demonstra com exatidão a representatividade do corpo de Enfermagem em relação ao total de funcionários, como mostra a fórmula:

$$\% \text{ sobre o total de funcionários} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de funcionários da categoria} \times 100}{\text{Total de funcionários do Hospital}}$$

### Indicadores de Desempenho

Dentre os itens de desempenhos, temos os indicadores gerados pelas Comissões os que se encontram descritos no projeto, bem como indicadores de satisfação que se encontram descritos no item “Organização de serviço de atendimento ao usuário e pesquisa de satisfação”.

### SISTEMÁTICA DE APLICAÇÃO DE AÇÕES CORRETIVAS DE DESEMPENHO A PARTIR DO MONITORAMENTO

As sistemáticas de aplicação de ações corretivas serão feitas por meio de reuniões onde serão analisadas as ações a serem tomadas bem como as atividades preventivas.

De acordo com a NBR ISO 9001:2008, um sistema de gestão deve dispor de ferramentas para atender os seguintes requisitos: 8.2.3 Medição e Monitoramento de Processos;

A organização deve aplicar métodos adequados para monitoramento e, quando aplicável, para medição dos processos do SGQ.

Esses métodos devem demonstrar a capacidade dos processos em alcançar os resultados planejados.

### Ferramentas para a Solução de Problemas:

- Uso inadequado de equipamento
- Processo incompleto
- Pessoas em lugares inadequados
- Ausência de padronização
- Conflito de informação
- Equipamentos obsoletos

216

Antes de nos aprofundarmos em uma metodologia de como tratar Ações Corretivas e Preventivas, cabe apresentar citar as ferramentas de identificação e análise de problemas.

As ferramentas são:

- Formação de uma equipe;
- Fluxograma
- Braintorming;
- Diagrama de causa e efeito;
- Folha de verificação;
- Diagrama de Pareto;

### METODOLOGIA

- Selecionar e registrar os problemas a serem comparados;
- Listar os itens da esquerda para a direita no eixo horizontal, em ordem de grandeza decrescente da unidade de medição. As categorias que contêm o menor número de itens podem ser agrupadas numa “outra” categoria. Posicionar esta categoria no lado externo direito;

- Fazer dois eixos verticais, um em cada extremidade do eixo horizontal. A escala do lado esquerdo deve ser calibrada na unidade de medição. A escala do lado direito tem de possuir a mesma altura e ser calibrada de 0% a 100%;
- Desenhar um retângulo acima de cada item, cuja altura representa a magnitude da unidade de medição do item;
- Construir a linha de frequência cumulativa, somando a magnitude de cada item da esquerda para a direita;

As sistemáticas de aplicação de ações corretivas serão feitas por meio de reuniões onde serão analisadas as ações a serem tomadas bem como as atividades preventivas.

### **Cronograma Das Ações Corretivas**

	<b>1º SEM</b>	<b>2º SEM</b>	<b>3º SEM</b>	<b>4º SEM</b>
Recebimento de relatório de indicadores	X			
Reunião para análise dos dados	X			
Definição de Plano de Ação		X		
Reunião com Equipe envolvida para apresentação do Plano de Ação		X	X	
Início das ações corretivas			X	X

### **5.1.5 - MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO E DE QUALIDADE, DE PRODUTIVIDADE E ECONÔMICO-FINANCEIROS: INDICADORES SELECIONADOS, SISTEMÁTICAS DE APLICAÇÃO DE AÇÕES CORRETIVAS;**

---

Diante de um contexto social no qual os clientes / pacientes estão cada vez mais exigentes e cientes de seus direitos, a busca pela qualidade e, especialmente pela validação oficial desta qualidade, vem de encontro à necessidade das organizações de buscar padrões de atuação. Na área da saúde não poderia ser diferente, ainda mais quando consideramos a especificidade e a complexidade da área da saúde.

Nós do INDSH pactuamos com Marshall, 2007, quando ele conceitua que qualidade é um conceito espontâneo e intrínseco a qualquer situação de uso de algo tangível, a relacionamentos envolvidos na prestação de serviços ou a percepções associadas a produtos de natureza intelectual, artística, emocional e vivencial.

No setor da saúde, os programas de qualidade têm forte tendência a enfatizar a avaliação das condições das unidades, focada na infraestrutura, nos processos e nos resultados. Esta proposta, apesar de identificar elementos importantes e imprescindíveis para a qualidade dos serviços, restringe-se ao diagnóstico e posicionamento das organizações com base em modelos referenciais. A identificação de problemas é apenas o primeiro passo na busca da qualidade nos serviços.

O desenvolvimento da Qualidade deve ser iniciado através do treinamento contínuo dos colaboradores, visando uma mudança de comportamento e atitudes em relação aos métodos de trabalho.

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação, como frequência de casos, tamanho da população em risco, entre outras e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados entre outros). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade, ou seja, capacidade de medir o que se pretende e confiabilidade, que significa, reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares. Em geral, a validade de um indicador é determinada pelas características de sensibilidade e especificidade.

Quando falamos da implantação de indicadores, estamos falando de medir a **estratégia de negócio que exige um planejamento** definido através do entendimento das metas organizacionais.

Em termos gerais, os indicadores são medidas síntese de alcance das metas organizacionais, que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como, do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer.

Os indicadores são fundamentais para o alcance da Excelência em processos e depende muito do entendimento dos fatores chave para esse alcance, que consistem em:

1. Definir processos de negócio e cadeia de valor.
2. Mapear as atividades essenciais de negócio/processo.

3. Atribuir papéis e responsabilidades através dos responsáveis dos processos.
4. Monitorar e controlar continuamente os processos, por meio dos indicadores de performance e resultado.
5. Gerenciar a governança de processos, aliados a pessoas, sistemas e a estratégia.
6. Gerenciar mudanças organizacional com implementações de proposições, melhorias e inovação.

**Padronizar processos e operações** - adotar metodologia de diagramação de fácil entendimento a todos os níveis organizacionais para disseminação do conhecimento e elevação da maturidade. Documentar e gerenciar a diversidade de todos os processos e controlar as alterações dos mesmos através de um painel de controle da *performance* e os resultados.

Este item descreve método de cálculo para os indicadores de qualidades que serão avaliados pela Secretaria de Saúde do Amazonas correspondente ao repasse de 10% da parte variável em seus respectivos trimestres de avaliação. A análise de cada indicador será mensal e a valoração financeira trimestral, conforme definido em contrato.

Os Indicadores de Desempenho serão avaliados trimestralmente de forma dicotômica (cumpriu a meta/ não cumpriu a meta). Cada indicador possui pontuação específica, conforme abaixo, considerando-se uma escala de zero a cinco, conforme a sua relevância no conjunto de metas.

EIXO	INDICADOR	UNIDADE	META	FÓRMULA	FONTE DOS DADOS
Gestão da Clínica	Taxa de Ocupação de Leitos	%	leitos gerais > 85 leitos UTI > 95	N. de pacientes-dia por clínica / N. leitos-dia por clínica x 100	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR - HPSZ
	Média de Permanência	Dia	leitos Clínicos: 10 leitos cirúrgicos: 3,6 leitos pediátricos Clínicos: 5,5 leitos pediátricos cirúrgicos: 3,5	N. de pacientes-dia por clínica x 100	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR - HPSZ
	Taxa de Acolhimento com Classificação de Risco	%	Realização de acolhimento com classificação de risco em 100% usuários atendidos no Pronto Socorro	(Total de atendimentos classificados / Total de atendimentos realizados) x 100	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR - UPA
	Tempo Porta-Bisturi	Horas	Tempo Médio de Espera entre a entrada pela urgência e a realização do procedimento cirúrgico <= 48 horas	Total de horas decorridas entre o atendimento na urgência e a realização de procedimentos em cirurgia geral dos pacientes no período / Nº de pacientes cirúrgicos geral do mesmo período	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR - HPSZ
	Taxa de Suspensão de Cirurgias Eletivas	%	< 5	(Total de cirurgias eletivas autorizadas e agendadas suspensas / Total de cirurgias eletivas autorizadas e agendadas) x 100	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR - HPSZ / SISREG
	Acompanhamento das Taxas de Mortalidade	%	Disponibilizar até o 5 dia do mês subsequente, os indicadores de mortalidade	1) Nº óbitos até 24 h na sala vermelho; 2) N. óbitos após 24 h e _ou internação/total saídas x 100;	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR - HPSZ

			dade, análise da comissão em 100% dos casos e plano de melhorias  1) Índice de mortalidade não institucional; 2) Taxa de mortalidade institucional; 3) TX Mortalidade por IAM; 4) TX Mortalidade cirúrgica	3) N. óbitos por IAM / N. casos x 100;  4) N. de óbitos até 7 d após procedimento cirúrgicos / nº cirurgias realizadas x 100  Total das Taxa de Mortalidade disponibilizadas até o 5º dia do mês subsequente com análise de 100% pelas comissões respectivas e plano de melhorias	
	Tempo Ambulatório-Leito	Dia	Tempo médio de espera entre a consulta de avaliação cirúrgica e a internação para cirurgia eletiva <= 40	Total de dias decorridos entre o atendimento na consulta de avaliação cirúrgica e a realização de procedimentos cirúrgicos eletivo dos pacientes no período / Nº de pacientes internados no mesmo período para cirurgias eletivas.	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR HPSZN / SISREG
Segurança do paciente	Taxa de Infecção Hospitalar	%	Taxa de Infecção hospitalar ≤ 7%	N. de infecções hospitalares / total saídas x 100	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR HPSZN
			Apresentar densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica VM ≤ 10	N. pacientes com pneumonia associada a VM/MV dia x 1.000	
			Apresentar densidade de incidência de infecção do trato urinário UTI associada ao cateter vesical CV ≤ 1	N. pacientes com ITU associada a CV/CV dia x 1.000	
			Apresentar densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central CV ≤ 10	N. pacientes com infecção da corrente sanguínea associadas ao CVC /CVC dia x 1000	
			Apresentar a incidência de sítio cirúrgicos ISC em cirurgias limpas ≤ 3	N. De ISC em cirurgias limpas/N. de cirurgias limpas realizadas x 100	
	Incidência de queda do paciente	Mês	Incidência de quedas de pacientes internados ≤ 2	Quedas /1000 pacientes com risco	
	Incidência de Úlcera por pressão	Mês	Incidência de úlceras por pressão em pacientes ≤ 5	Casos novos de UP/100 pacientes com risco	
% de placa bacteriana em pacientes na UTI	Mês	≤ 30%	N. pacientes na UTI com placa bacteriana no período/N. pacientes internados na UTI no mesmo período dia x 100		
Articulação com a Rede	Regulação de Leitos	%	Disponibilizar 100% dos leitos para a Central de Regulação de Internações	Total de Internações realizadas pela Central de Internação/Total de Internações x 100	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR HPSZN / SISREG
	Regulação dos SADT	%	Disponibilizar 100% dos SADT externos para a Central de Regulação Ambulatorial	Total de SADT externo disponibilizado no SISREG /Meta pactuada para SADT externo x 100	SISREG
	Proporção da oferta de consultas de 1ª vez na central de Regulação ambulatorial em relação ao total contratado	%	Disponibilizar 100% das consultas de 1ª vez para a Central de Regulação Ambulatorial	Total de consultas de primeira vez disponibilizado no SISREG/Meta pactuada para consultas de primeira vez x 100	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR HPSZN
	Qualidade da Alta Hospitalar	%	Realizar altas referenciadas com agendamento de, no mínimo,		



			100% dos pacientes egressos nas Unidades Básicas de Saúde.	(Total de agendamentos de alta referenciada realizados/Total de saídas hospitalares) x100	
	Proporção da oferta de consultas realizadas mensalmente em relação ao total contratado	%	Disponibilizar 100% das consultas para a Central de Regulação Ambulatorial	Total de consultas disponibilizadas no SISREG /Meta pactuada para consultas x 100	SISREG
	Recusas das solicitações de transferência para leitos clínicos quando unidade executante	Mês	Recusas das solicitações de transferência para leitos clínicos ≤ 4	Total de recusas de transferências de pacientes dentro do perfil pactuado, autorizadas pela Central de Internações que foram canceladas pela unidade executante /Total de transferências autorizadas para a unidade executante x 100	SISREG
	Atualização do mapa de leitos no SISREG	Dia	Manter o Mapa de Leitos no SISREG atualizado	Realizar a atualização diária e oportuna	SISREG
Gestão e Desenvolvimento Institucional	Treinamentos/Capacitações nas Linhas de cuidado AVC, IAM e Trauma	Mês	100% dos profissionais que atuam na UPA	Nº de profissionais treinados que atuam na UPA no período/Total de profissionais que atuam na UPA	Relatório Núcleo de Educação Permanente
	Percentual de Registro ambulatorial e hospitalar	Mês	Apresentação de 100% das AIH e APAC no mês subsequente à ocorrência.	AIH e APAC apresentadas para 100% das ocorrências no mês subsequente	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR HZN e UPA/S I A e SIH
	Devolutiva da Ouvidoria		Garantir o percentual de 80% de respostas dadas aos usuários para solicitação, sugestão, informação ou elogio: 10 dias úteis; Para: reclamação: 30 dias úteis; Para denúncia: 90 dias úteis, sendo que o processo de apuração deverá ser iniciado em no máximo 10 (dez) dias úteis	(Total de respostas dadas aos usuários no prazo/Total de manifestações ocorridas no mês) x 100	Relatório Ouvidoria
	Atividades das Comissões e Núcleos obrigatórias	Mês	Garantir a efetividade das Comissões e Núcleos, em conformidade com a Legislação vigente, listados a seguir: - Avaliação Prontoário do Paciente; - Núcleo Hospitalar de Epidemiologia; - Farmacovigilância; - Avaliação e Revisão de Óbitos; - Controle de Infecção hospitalar; - Ética Médica e de Enfermagem; - Núcleo Interno de Regulação/ Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar; - Núcleo de Segurança do Paciente; - Ensino e Pesquisa; - Núcleo de Educação Permanente; Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes	Apresentar documento com nome e função dos componentes de cada comissão, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma. (Total de atas de reuniões realizadas / Total de reuniões previstas no quadri-mestre) x 100	Relatório do Gestor do Hospital

A critério da SUSAM, os indicadores e as metas estabelecidas para cada indicador poderão ser revistos a cada seis meses, ou sempre que exigir o interesse público, de forma a melhor refletir o desempenho desejado para a unidade hospitalar.

A critério da SUSAM, outros indicadores poderão ser substituídos ou introduzidos no Contrato de Gestão.

## **1. METAS E INDICADORES PARA 2018 e 2019**

O conjunto de indicadores de desempenho compõem os eixos de avaliação qualitativa da prestação do serviço, e que condicionam o repasse de recursos financeiros da parte variável (10%).

Para o período do primeiro ano de contrato (2018 e 2019) estabelecem-se como eixo determinantes do repasse da parte variável, a soma dos pontos de cada eixo:

A) Gestão da Clínica - A soma dos pontos dos indicadores do êxito totaliza 45 pontos. A meta é o alcance mínimo de 40 pontos, que equivale ao repasse de 25% do recurso variável.

B) Segurança do Paciente - A soma dos pontos dos indicadores do êxito totaliza 8 pontos. A meta é o alcance mínimo de 6 pontos, que equivale ao repasse de 25% do recurso variável.

C) Articulação com a Rede - A soma dos pontos dos indicadores do êxito totaliza 35 pontos. A meta é o alcance mínimo de 30 pontos, que equivale ao repasse de 25% do recurso variável.

D) Gestão e Desenvolvimento Institucional - A soma dos pontos dos indicadores do êxito totaliza 12 pontos. A meta é o alcance mínimo de 10 pontos, que equivale ao repasse de 25% do recurso variável.

222

## **5.1.6 - MANUTENÇÃO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: EQUIPE NECESSÁRIA A SISTEMÁTICA DE TRABALHO, HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO;**

---

### **01 - Política E Premissas Básicas:**

A Classificação de Risco integra a proposta de uma política de assistência eficaz dos Hospitais administrados pelo INDSH. É um processo de gestão do risco clínico, atua como um dispositivo de intervenção e pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada ao Setor de Emergência.

A classificação de risco no Setor de Emergência, ocorre após o acolhimento, realizado pela portaria e equipe da recepção. É executada por Enfermeiros que integram o quadro funcional do setor, podendo contar com o auxílio de Técnicos de Enfermagem, tem como base: estado geral do paciente, queixa principal, sinais vitais e breve exame físico. A classificação de risco antecede o atendimento médico.

As emergências são priorizadas e direcionadas para sala própria. A identificação da gravidade é feita por etiqueta colorida autoadesiva, no canto superior direito da Ficha de Sistematização da Assistência de Enfermagem, utilizada na sala de Classificação de Risco e que será anexada à Ficha de atendimento de emergência.

Os usuários serão classificados de acordo com a prioridade:

223

- 1| Emergência – cor: **Vermelha**,
- 2| Muito Urgente – Cor: **Laranja**,
- 3| Urgente – Cor: **Amarelo**
- 4| Pouco urgente – **Verde**

Eventuais atrasos no tempo de espera serão informados aos usuários pelo enfermeiro do setor de Pronto Socorro. Reavaliações estão previstas, já que a classificação é dinâmica.

### **2 - Objetivos:**

- Assegurar a classificação do risco do paciente mediante o tempo de atendimento estabelecido;
- Personalizar o atendimento no Setor de Emergência, priorizando o atendimento de pacientes por condição clínica;
- Diminuir os riscos decorrentes da morosidade no atendimento;
- Organizar o fluxo de pacientes;
- Direcionar o paciente para especialidade médica conforme queixa principal.
- Gerenciar o tempo de espera;
- Melhorar continuamente o atendimento de Emergência e Urgência no Setor de Pronto Socorro;
- Proporcionar melhores condições de trabalho à equipe interdisciplinar.

### 3 - Siglas E Abreviações

<b>PAS</b>	<b>Pressão Arterial Sistólica</b>	<b>AVE</b>	<b>Acidente Vascular Encefálico</b>
<b>PAD</b>	Pressão Arterial Diastólica	TCE -	<b>Traumatismo Crânio Encefálico</b>
<b>FR</b>	Frequência Respiratória	Sepse	<b>Sepse</b>
<b>T°</b>	Temperatura	FC	<b>Frequência Cardíaca</b>
<b>PCR</b>	Parada Cárdio-respiratória		
<b>SATO</b>	<b>Saturação de Oxigênio</b>		

### 4 - Definição:

Classificação de Risco - é um processo dinâmico de identificação dos usuários com potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada que necessitam de tratamento imediato. A prioridade da assistência é realizada por meio da estratificação de risco por cores:

PRIORIDADE	CARACTERÍSTICA	DEFINIÇÃO	COR	TEMPO DE ATENDIMENTO
<b>0</b>	Emergência	Risco imediato de perder a vida	<b>Vermelho</b>	<b>IMEDIATO</b>
<b>1</b>	Muito Urgente	Condição que pode se agravar sem atendimento	<b>Laranja</b>	<b>Até 10 minutos</b>
<b>2</b>	Urgente	Baixo risco imediato à saúde	<b>Amarelo</b>	<b>Até 30 minutos</b>
<b>3</b>	<b>Pouco Urgente</b>	<b>Sem risco imediato de agravo à saúde</b>	<b>Verde</b>	<b>Até 1 hora</b>

224

### 5 - Fases Do Processo De Classificação De Risco:

- O início do processo: o profissional da recepção disponibiliza a ficha de atendimento em local próprio, localizado ao lado da porta da sala de Classificação de Risco;
- A chamada do usuário: o enfermeiro de posse da ficha de atendimento, anuncia o nome do usuário utilizando os pronomes pessoais senhor e senhora. Neste momento, observa a sala de espera para observar o fluxo e detectar situações de conflito ou urgência;
- A apresentação: é feita pelo nome e função explicando esta fase do atendimento ao usuário assim como seu objetivo;
- Coleta de dados: é o questionamento sobre a queixa atual e duração, antecedentes de real importância, alergias e medicamentos em uso entre outras;

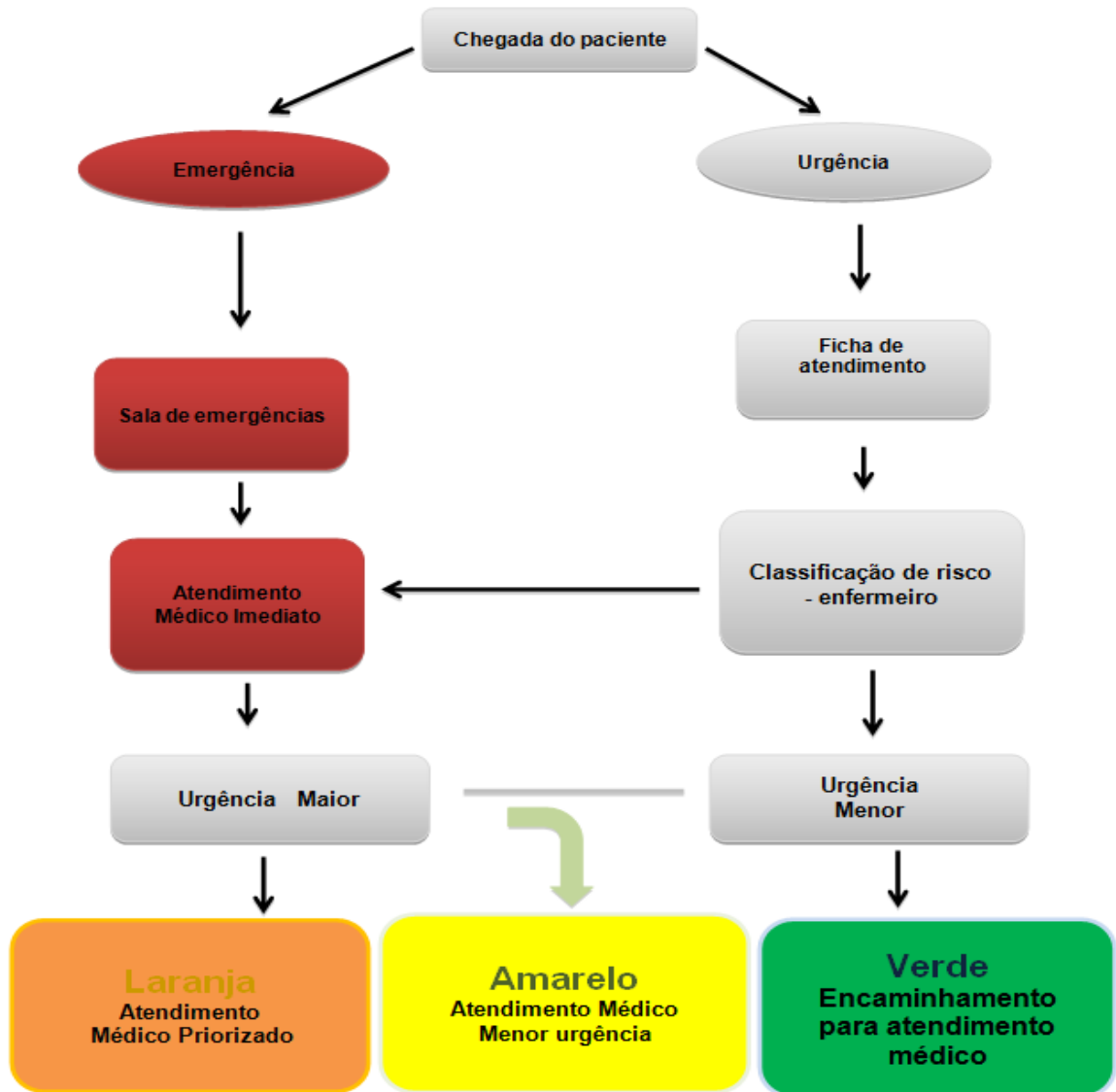
- Verificação dos sinais vitais: são verificadas pelo Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem a pressão arterial, a frequência cardíaca, a saturação de oxigênio, temperatura, dor, peso e FR (de acordo com os sintomas referidos).
- Solicitação de exames: de acordo com a avaliação, o Enfermeiro pode solicitar a dosagem da glicemia capilar antes do atendimento médico.
- Direcionamento do paciente: após a realização da avaliação, o enfermeiro comunica a equipe médica, a qual conduzirá o atendimento médico e dar continuidade da assistência.
- Registro estatístico: após o atendimento o enfermeiro deverá registrar em livro específico ao nome do usuário | horário | idade | registro | prioridade de atendimento. Ficar atento, ao registro do paciente que será classificado na cor vermelha e será direcionado para o box de emergência.

**Nota 1** – As informações referentes à Coleta de Dados e Sinais Vitais devem ser registradas na Ficha de Anamnese e Exame Físico da Urgência/Emergência e na ficha da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

**Nota 2** – A prioridade de atendimento será identificada na ficha do usuário com uma etiqueta da respectiva cor.

**Nota 3** – Nenhum usuário poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado.

**Fluxograma 2**



26

## 6 - Critérios De Classificação De Risco:

A avaliação é realizada com ênfase nos sinais e sintomas do paciente, determinando a classificação da prioridade do atendimento.



**Prioridade [0] | vermelho (Emergência):** Pacientes que necessitam de atendimento imediato, com risco eminente de morte, serão atendidos na sala de emergência, principais queixas ou situações:

- PAS > 220mmHg ou PAD > 130 mmHg associada a sintomas;
- FR > 35 rpm ou 10 rpm;
- FC > 150 bpm ou < 40 bpm;
- T° > 38, 5C° em imunocomprometido;
- SATO<sup>2</sup><90% sem sintomas associados.;
- Sinais de gravidade associados aos demais sinais apresentado no Protocolo de sepse: PAS<90mmHg; enchimento capilar >3seg.;cianose e rebaixamento do nível de consciência;
- PCR;
- Sinais e sintomas súbitos de: Perda ou rebaixamento nível de consciência;
- Formigamento e/ou paralisia ; Alteração de linguagem; Alteração de visão;
- Cefaleia de forte intensidade (Protocolo AVE);
- Dor torácica típica e atípica (Protocolo Dor torácica);
- Contratura muscular involuntária associada ou não a sialorreia e liberação esfinteriana;
- Politrauma;
- Glasgow <12;
- Amputações traumáticas;
- Gestantes com atividade uterina intensa procedida por expulsão de parte fetal;
- Hemorragias (sangramento nasal leve e moderado);
- Acidentes por submersão;
- Reações alérgicas graves com repercussão hemodinâmica;
- Ingesta excessiva de produtos químicos;
- Queimaduras de 2º e 3º graus;
- Acidente com animal peçonhento;
- Emergências psiquiátricas (pânico e ansiedade em crise)

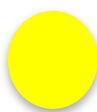
227





**Prioridade [1] | laranja ( Muito urgente):** Pacientes que não há riscos de morte, porém requer atendimento médico em tempo hábil. Com as situações ou queixas:

- PAS 170mmHg a 200mmHg ou PAD 110mmHg a 130mmHg associada a sintomas;
- FR de 30rpm a 34rpm;
- FC de 120 bpm a 150bpm;
- T° > 38C° associado a outros sinais e sintomas;
- DOR 7 a 10 associado à expressão, tipo da dor e localização;
- DEXTRO >250mg/dl associado a outros parâmetros e sintomas;
- Vômitos incoercíveis;
- Vitima de abuso sexual;
- Gestantes com sangramento;
- TCE sem perda da consciência;
- Queimaduras Menores;
- Dispneia Leve a Moderada;
- Dor Abdominal;
- Convulsão;
- Idosos;
- Ferimento Corto Contuso;
- Vômitos incoercíveis;
- Vítima de abuso sexual;



**Prioridade [2] | amarelo (urgente):** Pacientes que em funções dos sinais e sintomas não há riscos de morte, e podem ser atendidos após os critérios anteriores. Com as situações ou queixas:

- PAS 170mmHg a 200mmHg ou PAD 110mmHg a 130mmHg sem sintomas;
- FR de 20rpm a 30rpm associada a outros sinais e sintomas;
- FC > 90 associado à outros sinais e sintomas ;
- T° >38C°;
- SATO<sup>2</sup> de 95%;
- DOR 4 a 7 associado à expressão, tipo da dor e localização;
- DEXTRO > 250mg/dl ou < 60mg/dl Sem sinais e sintomas associados;
- Nauseas, vômitos e diarreias persistentes;
- RUSH;
- Suspeitas de doenças infecto contagiosas;
- Cefaleias.
- Troca de sonda

Importante: Idosos acima de 60 anos, gestantes, mãe com criança de colo (2anos), pessoas com necessidades especiais segundo a lei 10.048/00 e que não apresentam risco iminente de vida ou sequelas (prioridade 0 – Vermelha e 1 - Amarela).



**Prioridade [3] | verde (Pouco urgente):** Quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social. Os Pacientes serão direcionados a Unidade de Saúde de sua referência, com encaminhamento por escrito ou contato telefônico prévio com garantia de atendimento.

- Trauma leve – contusão
- Curativos
- Retirada de Pontos
- Sintomas Gripais
- Dor abdominal leve, crônica
- Renovação de receita ou pedido de exame
- Avaliação de resultados de exames
- Solicitação de Atestados médicos
- Dermatites Crônicas
- Conjuntivite
- Administração de Medicamentos

## Acolhimento

E2.1.1. Manual Com Indicação Das Formas De Notificação, Recepção, Orientação Social E Apoio Psicossocial Aos Usuários E Familiares Na Emergência Conforme Classificação De Risco.

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002).

O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR - se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Vai estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS. Será um instrumento de humanização. A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo.

Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/ doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações. A Classificação de Risco deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado

### **Missões Do Acolhimento Com Classificação De Risco**

- 1 - Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência;
- 2 - Humanizar o atendimento;
- 3 - Garantir um atendimento rápido e efetivo

### **Objetivos**

- Escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de urgência/emergência;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;
- Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência.

### **Equipe**

Equipe multiprofissional: enfermeiro, auxiliar de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/recepção e estagiários.

### **Atribuições da Equipe necessária para o ACCR:**

#### **-Médicos Dos Consultórios De Classificação De Risco:**

- Acolher o usuário de forma responsável, escutando as suas queixas, os medos e expectativas;
- Responsabilizar-se em responder de forma pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com a possibilidade de ofertas do serviço;
- Realizar o atendimento aos usuários vítimas de violência física e sexual, conforme protocolo da unidade em conjunto com o serviço social e a enfermagem;
- Solicitar exames nos pedidos marcados pelas cores, conforme fluxo interno da unidade pactuado com o SADT, estando de acordo com a classificação do paciente, através do Protocolo Estadual de Classificação de Risco
- Trabalhar sempre em equipe, buscando a integração de todos os profissionais de saúde;
- Reavaliar os usuários das áreas verde e amarela, respeitando os tempos estabelecidos neste documento, objetivando uma assistência eficiente e resolutiva;
- Redigir relatório médico para admissão de pacientes no SAD e para Central de Regulação com caligrafia legível, procurando resumir o quadro clínico de forma objetiva e que conste: o atual estado do paciente, a justificativa da solicitação e as condutas já adotadas. Se a permanência do paciente ultrapassar 24 h, deverá ser redigida um novo relatório para atualização do sistema de regulação;
- Participar de reuniões e colegiado da unidade, estimulando o envolvimento dos demais colegas na gestão e do processo de trabalho.

#### **-Enfermeiro Da Sala De Classificação De Risco:**

- Acolher o usuário de forma responsável, escutando as suas queixas, os medos e expectativas;
- Responsabilizar-se em responder de forma pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com a possibilidade de ofertas do serviço;
- Realizar o atendimento aos usuários vítimas de violência física e sexual, conforme protocolo da unidade em conjunto com o serviço social e o médico;
- Classificar o risco do paciente com rapidez e eficiência, através de objetividade nas perguntas, observação aguçada, olhando e interagindo com o paciente, interessando-se pelo que ele traz;

- Utilizar ficha de anamnese padronizada do Protocolo Estadual de Classificação de Risco com o objetivo de classificar o usuário em até 03 minutos, dando celeridade ao processo;
- Após classificação do usuário, identificá-lo com a pulseira com a cor correspondente, bem como o seu acompanhante com uma pulseira de cor branca, não permitindo aglomerações de pessoas no espaço da emergência. Sugere-se a permissão de apenas 01 acompanhante por paciente, quais sejam: menores de 18 anos, maiores de 60 anos ou pacientes que se enquadram nos critérios de Atendimento Prioritário;
- Identificar a ficha de classificação de risco com adesivo da cor correspondente (azul, verde, amarelo e vermelho);
- Procurar relacionar-se de forma harmônica com seus colegas de trabalho e com toda a equipe do acolhimento;
- Participar de reuniões e colegiado da unidade, estimulando o envolvimento dos demais colegas na gestão e do processo de trabalho.

#### **Técnico De Enfermagem:**

- Atender ao usuário de forma cordial, acolhedora e educada,
- Responsabilizar-se em responder de forma pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com a possibilidade de ofertas do serviço;
- Ficar na recepção para o acolhimento e identificação de possíveis situações de urgência, realizando os sinais vitais, observando o paciente e liberando-o para a sala de classificação de risco, quando julgar prioridade;
- Encaminhar ao enfermeiro as informações obtidas para que este possa classificar o risco de acordo com o Protocolo de Classificação de Risco;
- Procurar relacionar-se de forma harmônica com seus colegas de trabalho e com toda a equipe do acolhimento;
- Participar de reuniões e colegiado da unidade, estimulando o envolvimento dos demais colegas na gestão e do processo de trabalho.

231

#### **Assistente Social:**

- Informar e orientar o paciente, acompanhante e/ou responsável quanto à dinâmica de funcionamento e normas da unidade;
- Praticar escuta responsável, qualificada e reflexiva em todos os atendimentos que realizar, acerca da demanda, necessidade do paciente ou familiar;
- Atendimento psicossocial ao paciente e/ou acompanhante/visitante nas seguintes situações: diagnóstico e/ou prognóstico grave, conflito intrafamiliar, negligência da família quanto aos cuidados com o paciente, dificuldade em levar o paciente por ocasião de alta hospitalar, abandono e óbito. Solicitar e/ou intervir juntamente com a psicologia, caso necessário;
- Contatar e referenciar o paciente pós-alta hospitalar ao Centro de Saúde, Equipe ESF de sua referência, articulando a continuidade da atenção na rede SUS;
- Orientar e encaminhar o paciente/familiar ou responsável, quanto aos direitos sociais, previdenciários, Defensoria Pública e Direitos humanos;
- Orientar os usuários quanto aos seus direitos previdenciários: auxílio-doença, perícia médica, procedimentos para solicitação de aposentadoria, LOAS, Bolsa Família, dentre outros;
- Ser a referência para a informação aos usuários, escuta qualificada aos usuários, postura acolhedora, junto aos outros profissionais de saúde e de apoio;
- Articular a continuidade da atenção na rede SUS e na rede de proteção social, mediante encaminhamentos com garantia de atendimento na unidade de saúde específica, via contato telefônico prioritariamente;
- Atualizar informações sobre a rede SUS locorregional, bem como a rede de proteção social existente para efetivação de encaminhamentos necessários e manutenção do

Manual do Acolhedor (sugerimos a elaboração deste em conjunto com o Distrito Sanitário em que está localizada a unidade);

-Identificar cuidadores, condições de moradia, avaliar área de risco, unidade de saúde de referência/PSF, realizando interlocução com médico para admissão no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD);

-Realizar atendimento aos usuários vítimas de violência sexual, juntamente com médico e o enfermeiro, sejam crianças, adolescentes e mulheres, conforme protocolo interno da unidade, anexando a “ficha de notificação de violência”;

- Procurar relacionar-se de forma harmônica com seus colegas de trabalho e com toda a equipe do acolhimento;

- Participar de reuniões e colegiado da unidade, estimulando o envolvimento dos demais colegas na gestão e do processo de trabalho.

### **Processo De Classificação**

É a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

A - Usuário procura o serviço de urgência.

B - É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento.

C - Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário.

### **Crítérios De Classificação**

1 - Apresentação usual da doença;

2 - Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);

3 - Situação – queixa principal;

4 - Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O<sub>2</sub> – escala de dor - escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);

5 - Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação.

232

### **Avaliação Do Paciente**

(Dados coletados em ficha de atendimento)

- Queixa principal

- Início – evolução – tempo de doença

- Estado físico do paciente

- Escala de dor e de Glasgow

- Classificação de gravidade

- Medicações em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios

- Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O<sub>2</sub>

## 5.1.7 - APRESENTAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ATENDIMENTO CONFORME O PERFIL DESCRITO NO EDITAL;

### PROTOCOLO – DOR TORACICA



#### 1. OBJETIVO

Confirmar ou descartar o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio, identificando os sintomas de elegibilidade precocemente e transferir o paciente em tempo oportuno ao hospital de referência.

#### 2. ABRANGÊNCIA

- Enfermeiros
- Médicos
- Técnicos de enfermagem
- Farmacêuticos
- Recepcionistas
- Laboratório
- Raio-X
- Call ECG

233

#### 3. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES:

- Controle de Tempo do Protocolo de Dor Torácica.

#### 4. SIGLAS E ABREVIações

- SCA: Síndromes Coronárias Agudas.
- IAM: Infarto Agudo do Miocárdio.
- MOV: Monitor. Oxigênio. Veia.
- ECG: Eletrocardiograma.
- IAMCSST: IAM com supra de seguimento ST.
- IAMSSST: IAM sem supra de seguimento ST.

#### 5. DEFINIÇÕES

##### 5.1. PROTOCOLO CLÍNICO

É a padronização da sequência de ações, em tempo determinado, confeccionado pela equipe multidisciplinar, adequado à realidade em que se insere e baseado na melhor evidência científica. Serão desenvolvidos e implementados para reduzir os erros e variações injustificadas na prática clínica.



## 5.2. SINAIS DE ELEGIBILIDADE

Característica ou condição de elegível. Condição de ser eleito, escolhido. São sinais indicativos para uma determinada alteração fisiológica.

## 5.3. FATORES DE RISCO

São condições multifatoriais que aumentam as possibilidades de uma pessoa desenvolver uma doença. São eles:

- Consumo excessivo de bebida alcoólica
- Tabagismo
- Dislipidemia
- Diabetes Mellitus
- Hipertensão Arterial Sistêmica
- Histórico familiar de SCA
- Idade acima de 40 anos
- Obesidade
- Sedentarismo
- Estresse excessivo

## 5.4. SINTOMAS ASSOCIADOS

São sintomas **não determinantes** para uma doença específica, porém podem auxiliar a determinar uma doença se associada aos demais sinais. O reconhecimento de SCA necessita de integração entre os sintomas de elegibilidade e dos fatores de risco. Porém é de extrema importância a detecção dos sintomas associados, afim de que a especificidade e sensibilidade do protocolo seja mais assertivo. São eles:

- Dor epigástrica
- Náuseas
- Vômitos
- Dor em região dorsal
- Hiperglicemia/Hipoglicemia

234

## 5.5. SINAIS DE ALERTA

São sinais que quando presentes devem ser analisados em conjunto aos demais sintomas a fim de contribuir para tomada de decisão de inclusão ou exclusão do protocolo. São:

- Hipotensão ou hipertensão
- Tontura ou síncope
- Palidez ou/e cianose ou/e sudorese
- Taquicardia ou bradicardia
- Saturação < 92% associadas à dispneia
- Rebaixamento de nível de consciência

## 5.6. FATORES DE EXCLUSÃO

São sinais e sintomas que não estão relacionados a dor típica, mas podem causar algia torácica ou/e insuficiência respiratória. São:

- Sintomas Gripais (dor ao tossir, coriza, odinofagia, otalgia)
- Febre
- Broncoespasmo
- Dor à palpação em tórax



## 6. ELEGIBILIDADE

### 6.1. DEFINITIVAMENTE ANGINOSA (ROTA VERMELHA)

As características dão certeza do diagnóstico de SCA independentemente dos resultados de exames complementares:

- Dor/desconforto retroesternal ou precordial, em aperto;
- Pode irradiar-se para ombro, mandíbula ou face interna do braço (ambos) ou epigástrico
- Dor contínua, mais de 20 minutos

### 6.2. PROVAVELMENTE ANGINOSA (ROTA AMARELA)

As características fazem a SCA como hipótese, porém é necessária a complementação por exames:

- Apresentando 1 dos sintomas de elegibilidade da rota vermelha e um fator de risco/sintoma associado.

## 7. MARCADORES CRÍTICOS

### 7.1. ROTA VERMELHA

- Identificação dos sinais e sintomas do paciente: Imediato.
- Eletrocardiograma de entrada: ≤ 10 minutos.
- Administração medicamentosa: ≤ 15 minutos.
- Resultados de enzimas cardíacas: ≤ 20 minutos.
- Transferência do paciente: ≤ 30 minutos.

### 7.2. ROTA AMARELA

- Identificação dos sinais e sintomas do paciente: Imediato.
- Eletrocardiograma de entrada: ≤ 10 minutos.
- Administração medicamentosa: ≤ 30 minutos
- Resultado de exames laboratoriais: ≤ 40 minutos
- Resultado do laudo do ECG: ≤ 40 minutos.
- Tempo médio de desfecho clínico: ≤ 6 horas.

235

## 8. TRATAMENTO

### 8.1. PADRONIZAÇÃO MÍNIMA DE EXAMES

- Laboratoriais: solicitar todos via sistema de gestão. Em situações que o Sistema de Gestão esteja indisponível, a prescrição deverá ser manual, prescrito na folha de “Solicitação de Exames” cor de rosa. Os frascos com as amostras de sangue deverão estar identificados todos com adesivo vermelho, como sinalizador ao bioquímico para exames emergenciais. Os exames serão:

- ✓ CPK
- ✓ CKMB
- ✓ Hemograma
- ✓ Creatina
- ✓ Potássio

**ATENÇÃO** no momento, na própria UPA, possuímos a opção de análise de medidas quantitativas de mioglobina, CK-MB e troponina I para auxiliar no diagnóstico de infarto do miocárdio através do aparelho Triage MeterPro, com resultado em até 20 minutos, para casos de pacientes em rota vermelha ou amarela no protocolo de dor torácica, o qual será solicitado em guia específica pelo médico.

- Imagem: raio-x de tórax PA será opcional a conduta médica.

## 8.2. PADRONIZAÇÃO MÍNIMA DE MEDICAMENTOS

- AAS via oral 3 comprimidos de 100mg
- Clopidogrel 4 comprimidos de 75mg (se supra ST administrar 8 comprimidos)
- Isordil 5mg SL (contraindicado em supra de parede inferior)
- Morfina 4mg EV (se indicado ou quando aplicável)
- Heparina 10.000 UI EV em bolus (ECG com supra ST)

## 9. FASES DO PROCESSO

PROFISSIONAIS/SETOR	O QUE FAZER E/OU COMO FAZER
<b>Recepção</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iniciar atendimento do paciente pelo sistema Sistema de Gestão, ou ficha manual (caso o paciente já esteja em leito de observação/emergência, priorizar cadastro do paciente no sistema).</li> <li>2. Solicitar documentos e assinatura na ficha de atendimento (assinatura do paciente ou responsável legal).</li> <li>3. Identificar possível dor no peito.</li> <li>4. Comunicar o enfermeiro do acolhimento com classificação de risco via telefone ou pessoalmente, imediatamente.</li> </ol>
<b>Enfermeiro do Acolhimento com Classificação de Risco</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorizar o paciente verificando sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, SpO<sup>2</sup>, temperatura e pressão arterial).</li> <li>2. Avaliar:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: o que provocou a dor?</li> <li>- Q: qual a qualidade da dor? Tipo aperto?</li> <li>- R: a dor possui irradiação?</li> <li>- S: até que ponto a dor é severa? Escala de dor acima de 7?</li> <li>- T: por quanto tempo o paciente está sentindo essa dor? Persiste em repouso?</li> </ul> </li> <li>3. Iniciar p “Protocolo de Dor Torácica” caso o paciente apresente “UM” ou mais sintomas de elegibilidade e ter um fator de risco/sintoma associado.</li> <li>4. Determinar a ROTA do protocolo para o paciente:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- ROTA VERMELHA: todos os sintomas de elegibilidade são confirmados, classificar como vermelho.</li> <li>- ROTA AMARELA: um ou mais sintomas de elegibilidade associado são confirmados, classificar como amarelo.</li> </ul> </li> <li>5. Seguir o “Fluxograma de Dor Torácica”.</li> <li>6. Seja rota vermelha ou rota amarela, o enfermeiro deverá prescrever o ECG pelo Sistema de Gestão e encaminhar esse paciente à sala de eletrocardiograma.</li> <li>7. Comunicar médico plantonista da observação/emergência, enfermeiro da observação/emergência, e acionar a equipe de enfermagem.</li> </ol>
<b>Médico do Consultório</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar os pacientes que possuem sinais de elegibilidade e fatores de risco que possam não ter sido identificados na barreira da Classificação de Risco. Iniciar o “Protocolo de Dor Torácica” solicitando à enfermagem a inclusão do paciente.</li> <li>2. Encaminhar o paciente para ECG em até 10 minutos.</li> <li>3. Atender os pacientes da rota amarela encaminhados do setor de observação/ECG nos consultórios os quais serão prontuários sinalizados com adesivo em canto superior direito escrito ROTA AMARELA e em anexo o espelho do ECG.</li> <li>4. Ao prescrever medicamentos para administração na Unidade, o paciente deverá retornar neste consultório para reavaliação com análise do laudo de ECG.</li> <li>5. Casos em que não seja necessário a prescrição de</li> </ol>

236

	<p>medicamentos/exames, o médico do consultório deverá aguardar o laudo de ECG, verificar o laudo e anexar no prontuário, antes de dar alta médica.</p>
<p><b>Enfermeiro da Observação/ Emergência</b></p>	<p>1. Receber paciente e dar continuidade a ROTA iniciada pela Classificação de Risco.                  2. Realizar um breve histórico e exame físico completo.                  3. Estar preparado para aplicar a RCP e a Desfibrilação precoce.  <b>ATENÇÃO:</b> Caso o paciente seja admitido em leito de observação/emergência e não passar pelo setor de Acolhimento com Classificação de Risco, o enfermeiro responsável pelo setor de observação/emergência deve:                  1. Avaliar:                  2. Avaliar:                  - P: o que provocou a dor?                  - Q: qual a qualidade da dor? Tipo aperto?                  - R: a dor possui irradiação?                  - S: até que ponto a dor é severa? Escala de dor acima de 7?                  - T: por quanto tempo o paciente está sentindo essa dor?                  Persiste em repouso?                  3. Iniciar p “Protocolo de Dor Torácica” caso o paciente apresente “UM” ou mais sintomas de elegibilidade e ter um fator de risco/sintoma associado.                  4. Determinar a ROTA do protocolo para o paciente:                  - ROTA VERMELHA: todos os sintomas de elegibilidade são confirmados, classificar como vermelho.                  - ROTA AMARELA: um ou mais sintomas de elegibilidade associado são confirmados, classificar como amarelo.</p>
<p><b>Técnico de Enfermagem Observação/ Emergência</b></p>	<p>1. Receber esse paciente na sala de ECG.                  2. Realizar ECG de entrada via sistema Call ECG.                  - Na plataforma digital da Call ECG, preencher no campo “Sintomas e Medicamentos” a palavra padronizada “DOR TÍPICA”.                  3. Entregar a impressão do ECG para o médico da observação/emergência interpretar.                  4. Registrar no prontuário o horário de entrega e o nome do médico que recebeu o espelho, bem como a orientação recebida.                  5. Identificar em qual ROTA do protocolo o paciente esta inserido.                  - <b>ROTA AMARELA:</b> paciente aguarda em leito de observação ou segue para consultório médico conforme solicitação do médico da observação/emergência.                  ✓ Os pacientes que foram encaminhados para os consultórios deverão estar acompanhados do prontuário com espelho do ECG, mesmo sem laudo, para realizar consultas/procedimentos. Após o laudo estar pronto, o mesmo deverá ser anexado ao prontuário pelo técnico de enfermagem lotado no setor de ECG e retornar para reavaliação a critério médico. Solicitar ao Técnico de Enfermagem do setor de coleta de exames para que execute a prescrição.                  - <b>ROTA VERMELHA:</b> encaminhar para o leito de emergência e realizar o MOV (Monitor – Oxigênio – Veia):                  ✓ Monitorização multiparamétrica;                  ✓ Administração de oxigênio suplementar por máscara de O2 se hipoxêmico (quando SpO2 &lt; 92% em 3L/min);                  ✓ Estabelecer acesso venoso periférico em MSE com soro fisiológico de 1000ml, avaliar a necessidade de um segundo acesso calibroso (cateter venoso nº 16 ou 14).                  6. Permanecer na sala de emergência: 1 profissional técnico de enfermagem.                  7. Realizar anotação de enfermagem e verificar sinais vitais a</p>

	<p>cada 15 minutos.</p> <p>8. Manter cabeceira em 30°, grades elevadas e verificar identificação, identificação de soro, identificação de equipo, identificação de leito).</p> <p>9. Administrar medicações conforme prescrição médica ou padronizada por esse protocolo.</p> <p>10. Solicitar ao técnico de enfermagem do setor de coleta de exames para que execute a prescrição.</p> <p>11. Estar preparado para aplicar RCP e a Desfibrilação precoce.</p>
<b>Médico da Observação/Emergência</b>	<p>1. Interpretar todos os ECG acionados pelo “Protocolo de Dor Torácica” (em contato com a Call ECG pelo telefone).</p> <p>2. Identificar ou determinar a ROTA do protocolo:</p> <p><b>- ROTA VERMELHA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliar o paciente na sala de emergência;</li> <li>✓ Solicitar o MOV;</li> <li>✓ Realizar um breve histórico específico e realizar exame físico completo;</li> <li>✓ Prescrever os “itens de Protocolo de Dor Torácica” no Sistema de Gestão ou manual, caso o enfermeiro não tenha feito.</li> </ul> <p><b>- ROTA AMARELA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interpretar ECG e definir se inicia a rota amarela ou se paciente é excluído do protocolo de dor torácica.</li> <li>✓ <b><u>Se permanecer em rota amarela:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ECG deve estar estável na avaliação inicial, deverá ser encaminhado para sala de espera dos consultórios para ter o atendimento médico.</li> <li>❖ ECG inconclusivo deverá iniciar ciclo 0 -3- 6 horas de CK + CKMB + ECG, sendo admitido na observação. Caso alteração do ECG e enzimas, passará para rota vermelha, encaminhar o paciente para setor de emergência.</li> <li>❖ Pacientes Rota amarela que possuem alteração de SSVV e/ou dor, deverão ser encaminhados para a sala de espera para consulta médica e receber tratamento medicamentoso, enquanto espera o laudo de ECG.</li> <li>❖ O contato para transferência do paciente deverá ser realizado via SAMU, o qual regulará a vaga ao serviço de cardiologia especializado. Registrar o contato telefônico em prontuário contendo data, hora e nome médico regulador contatado.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Raio-X</b>	<p>1. Realizar raio-x de tórax PA em menos de 30 minutos, priorizá-lo.</p> <p>2. Encaminhar paciente para o setor de origem.</p>
<b>Farmácia</b>	<p>1. Dispensar medicações prescritas pelo médico, priorizá-lo.</p> <p>2. Dispensar materiais.</p>
<b>Laboratório</b>	<p>1. O bioquímico do laboratório deve dar preferência para solicitação de exames com carimbo escrito “EXAMES PROTOCOLO” e com tubos sinalizados com adesivos vermelho, para protocolos da Unidade.</p> <p>2. Disponibilizar resultados de exames (CPK e CKMB) em menos de 45 minutos no sistema Sistema de Gestão. Caso Sistema de Gestão indisponível, deverá ligar para o responsável do setor de coleta da Unidade, informando o resultado em caráter de urgência.</p>

## **10. RISCOS/TOMADA DE DECISÃO**

### **10.1. NÃO CUMPRIMENTO DO TEMPO PORTA-TRANSFERÊNCIA**

A equipe de enfermagem deve utilizar e preencher o “*Controle de Tempo do Protocolo de Dor Torácica*” para controlar o tempo de cada etapa do atendimento ao paciente, este formulário deve acompanhar o paciente e ser repassado à equipe da ambulância que fará a transferência, ficando uma cópia no prontuário do paciente.

### **10.2. SISTEMA DE GESTÃO INOPERANTE**

Acionar o plano manual de contingência. O protocolo funcionará normalmente e as prescrições devem ser manuais, sendo o profissional médico o responsável por esse ato. Os exames laboratoriais devem ser prescritos na folha de “Solicitação de Exames” cor de rosa.

### **10.3. PRESCRIÇÕES DE ECG**

O enfermeiro terá autonomia para prescrever o ECG sempre que o protocolo for iniciado. O médico prescreve a qualquer momento.

### **10.4. ATRASOS NO RESULTADO DE ENZIMAS CARDIACAS**

O ECG que apresentar IAMCSST (IAM com supra de seguimento ST) e IAMSSST (IAM supra de seguimento ST) devem ser transferidos imediatamente. O resultado dos exames laboratoriais não será fator determinante para transferência do paciente.

### **10.5. ECG NORMAL COM CLÍNICA DUVIDOSA**

O paciente apresentando clínica duvidosa, solicitar ECG após 20 minutos.

### **10.6. DÚVIDAS REFERENTES AOS LAUDOS DE ECG**

Ligar para o Call ECG.

239

## **11. MONITORAMENTO**

### **11.1. ROTA VERMELHA**

- Tempo médio porta – ECG (indicador de processo)
- Tempo médio porta – medicação (indicador de processo)
- Tempo médio para resultado de enzimas (indicador de processo)
- Tempo médio porta – transferência (indicador de resultado)
- Efetividade no tempo porta – transferência em até 30 minutos (indicador de resultado)

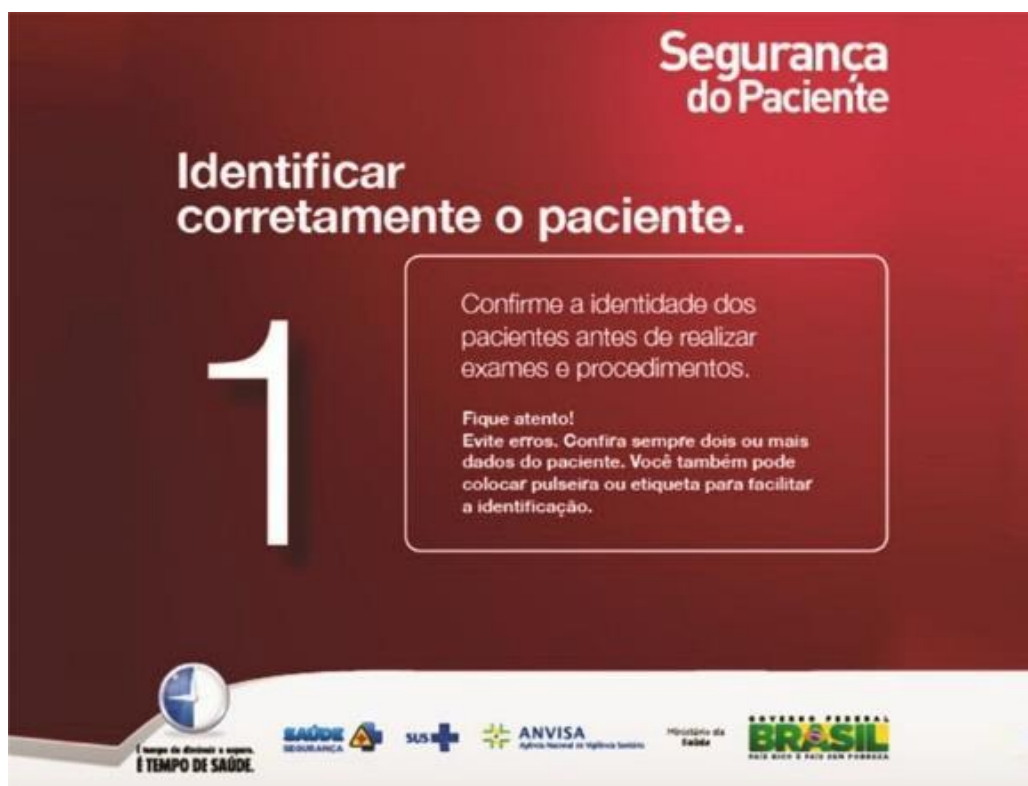
- ✓ Total de pacientes da rota vermelha transferidos em até 30 minutos  
Total de pacientes em linha vermelha

### **11.2. ROTA AMARELA**

- Tempo médio porta – ECG (indicador de processo)
- Tempo médio porta – medicação (indicador de processo)
- Tempo médio porta para resultado de exames (indicador de processo)
- Tempo médio para resultado de laudos (indicador de processo)
- Tempo médio para desfecho clínico (indicador de resultado)
- Efetividade do desfecho clínico em até 6 horas (indicador de resultado).

- ✓ Total de pacientes da rota amarela transferidos em até 6 horas  
Total de pacientes em linha amarela

## PROTOCOLO – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE



240

### 1. OBJETIVO

Garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

### 2. ABRANGÊNCIA

Unidade Hospitalar.

### 3. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- Política de Identificação do Paciente
- Política de Segurança do Paciente

### 4. SIGLAS E ABREVIações

- EA: Evento Adverso (evento que causou dano ao paciente)
- NSPQ: Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade
- RDC: Resolução da Diretoria Colegiada

### 5. DEFINIÇÕES

#### 5.1 PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)

O PNSP surgiu por meio da portaria do Ministério da Saúde nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer privados.



## 5.2 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP)

Segundo a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013; o NSP é instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

## 5.3 OS SEIS PROTOCOLOS BÁSICOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Para orientar os profissionais de saúde na prevenção dos EA, foram publicados pelo Ministério da Saúde, Anvisa e Fiocruz, os protocolos básicos de segurança do paciente, por meio da portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Os protocolos têm a missão de fornecer procedimentos básicos que evitam erros comuns que interferem nos cuidados do paciente. São eles:

- Identificação do paciente;
- Prevenção de lesão por pressão;
- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- Cirurgia segura;
- Prática de higiene das mãos em serviços de saúde;
- Prevenção de quedas;

## 5.4 PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Apresenta orientações ao setor de saúde, a fim de garantir uma abordagem uniforme para a identificação de pacientes e descreve claramente as áreas que devem ser levadas em consideração na identificação de pacientes e na correspondência entre o paciente e o cuidado planejado. O protocolo também descreve as normas e os princípios para a identificação de pacientes, incluindo o uso de pulseiras de identificação padronizadas com informações.

241

## 5.5 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

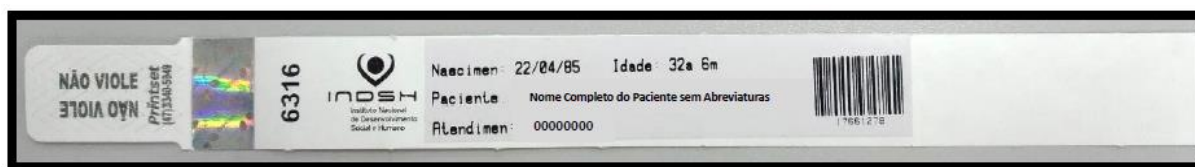
Os pacientes da Unidade deverão ser identificados com a pulseira de identificação e etiqueta de identificação:

### 5.5.1 PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

A pulseira de identificação será de cor branca com uma etiqueta gerada pelo Sistema de Gestão com as seguintes informações:

- Nome completo do paciente sem abreviaturas;
- Data de nascimento do paciente;
- Idade do paciente;
- Número do atendimento desse paciente na Unidade
- Código de barras;

Figura 1 – Pulseira de identificação do paciente



### 5.5.2 ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

A etiqueta de identificação auxilia no processo visual de identificação, porém não substitui a verificação da pulseira. Essa etiqueta deve ser alocada no tórax do paciente e conter:

- Data de nascimento do paciente;



- Idade;
- Nome completo do paciente;

Figura 2 – Etiqueta de identificação do paciente



## 5.6 IDENTIFICAÇÃO DO ACOMPANHANTE

### 5.6.1 PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO ACOMPANHANTE

Todo acompanhante deve ser identificado com a pulseira de identificação.

- Pulseira de cor cinza sem escrita (FIGURA 3).

Figura 3 – Pulseira de identificação do acompanhante



### 5.6.2 ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE ACOMPANHANTE

A etiqueta de identificação auxilia no processo visual de identificação, **porém não substitui a verificação da pulseira**. Essa etiqueta deve ser alocada no tórax do paciente e conter:

Figura 4 – Etiqueta de identificação do acompanhante



## 5.7 HOMONIMOS

Que ou quem tem o mesmo nome que outrem ou que outra coisa. Homonímia são palavras que possuem a mesma grafia ou a mesma pronúncia, mas com significados diferentes entre si. Atentar para os pacientes homônimos no mesmo setor.

Exemplo: João Maria da Silva e João Maria da Costa.

## 6. ELEGIBILIDADE

Todos os pacientes são elegíveis a esse protocolo.

## 7. MARCADORES CRÍTICOS

- NUNCA pergunte ao paciente “você é o Sr. Silva?” porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.

- NUNCA suponha que o paciente está no leito correto ou que a identificação do leito está correta.
- NOTIFICAR todos os incidentes que comprometam a segurança do paciente.
- IDENTIFICAR os frascos de amostra de exames na presença do paciente, com identificação que permaneçam nos frascos durante todas as fases de análise (pré-analítica, analítica e pós-analítica).
- VERIFICAR rotineiramente a integridade das informações nos locais de identificação do paciente (pulseiras, placas do leito, etc).

## 8. FASES DO PROCESSO

PROFISSIONAL/SETOR	O QUE FAZER E/OU COMO FAZER
Recepção	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar a identificação de todos os pacientes em sua admissão na Unidade, seja essa admissão pela porta principal ou porta de emergência.</li> <li>- Solicitar SEMPRE ao paciente um documento de identificação com foto e cadastrar o paciente no sistema Sistema de Gestão preenchendo todos os campos disponíveis.</li> <li>- Quando o paciente possuir cadastro, SEMPRE conferir os dados do documento de identificação com foto e validar no sistema.</li> <li>- Colocar no paciente uma pulseira branca pré-impresa pelo sistema Sistema de Gestão e preenchida conforme item 5.7 desse protocolo.</li> <li>- Conferir SEMPRE os dados da pulseira de identificação antes de colocar no paciente.</li> <li>- Disponibilizar, quando necessário, aos acompanhantes uma pulseira na cor CINZA.</li> <li>- A colocação da pulseira em pacientes adultos e pediátricos será de acordo com a necessidade dos pacientes. Nossa padronização segue:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Punho direito</li> </ol> </li> </ul>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Punho esquerdo</li> <li>3. Tornozelo esquerdo</li> <li>4. Tornozelo direito</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilizar as etiquetas pré-impresas aos pacientes e acompanhantes, informando que a mesma deverá ser colada no tórax (preferencialmente lado esquerdo).</li> <li>- Situações fora da rotina de trabalho estão contempladas no item 10 deste protocolo.</li> </ul>
Enfermagem Médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar a confirmação de dados com o paciente/familiar/acompanhante durante seu atendimento na Unidade utilizando o método 3C.</li> </ul>
Raio-X Serviço Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>CHAMAR</b> o paciente pelo nome completo</li> <li>✓ <b>CHECAR</b> perguntando ao paciente seu nome e data de nascimento</li> <li>✓ <b>CONFIRMAR</b> com a pulseira de identificação e prontuário</li> </ul> <p>- A confirmação da identificação ao paciente será feita na admissão do paciente e realizada ANTES de qualquer cuidado que inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Administração de medicamentos.</li> <li>✓ Coleta de material para exames laboratoriais.</li> <li>✓ Realização de exames de imagem.</li> <li>✓ Procedimentos e tratamentos em geral (invasivos e não invasivos).</li> <li>✓ Retirada de laudos de exames.</li> <li>✓ Na realização de exames físicos e consultas.</li> <li>✓ Nas transferências de pacientes e altas.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emitir duas vias da etiqueta de identificação do paciente via sistema Sistema de Gestão.</li> <li>- A etiqueta deve conter os itens:</li> </ul>

243

<b>Farmácia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Nome completo do paciente.</li><li>✓ Data de nascimento.</li><li>✓ Idade.</li><li>✓ Nº de atendimento.</li><li>✓ Médico prescritor.</li><li>✓ Alergias.</li><li>✓ Código de barras.</li></ul> <p>- Conferir a etiqueta emitida com o espelho da prescrição médico.</p>
<b>Demais profissionais</b>	<p>- Conhecer esse processo de identificação auxiliando e notificando quando falhas no processo existirem.</p>

## 9. RISCOS/TOMADA DE DECISÃO

### 9.1 SISTEMA DE GESTÃO INOPERANTE

- Utilizar o formulário específico, realizando todas as identificações de forma manual com letra legível e contendo minimamente nome completo do paciente e data de nascimento.
- Nome completo em letra de forma. *Exemplo: LUIZ FELIPE SILVA*
- Nome completo da mãe, em letra de forma. *Exemplo: ADRIANA NUNES VIANA*
- Data de nascimento no formato curto, DD/MM/AAAA. Exemplo: 01/01/2001

### 9.2 RECUSA DO PACIENTE E SEU RESPONSÁVEL NA COLOCAÇÃO DA PULSEIRA OU ETIQUETAS NO MOMENTO DA ADMISSÃO

- Utilize outras formas para confirmar os dados antes da prestação dos cuidados, como uso de etiquetas com a identificação dos pacientes posicionadas no lado interno das roupas;
- O setor de destino deverá ser comunicado antecipadamente quanto à recusa do paciente em utilizar a pulseira e/ou etiqueta, anexando-as ao prontuário.
- A enfermagem deverá checar novamente o documento de identificação com foto, dados da etiqueta e cadastro do prontuário antes da realização dos exames e procedimentos.
- Identificar a cabeceira do leito.

244

### 9.3 PACIENTES SEM IDENTIDADE NA ADMISSÃO

- Nos casos de ausência de informações de pacientes desacordados, sem documentos e sem acompanhantes serão registrados dados relevantes como características físicas, data e hora que adentrou na instituição e situação onde foi encontrado, até confirmação dos dados e confecção da pulseira de identificação. Essa identificação deverá ser feita por todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

- Nome do paciente:

#### ✓ **DESCONHECIDO (características marcantes como altura aproximada, tatuagem, cicatriz, cor dos olhos, cor do cabelo, porte físico...)**

- Assim que o paciente desconhecido for identificado com os documentos comprobatórios, a recepção deve:

- ✓ Cadastrar esse paciente no Sistema de Gestão.
- ✓ Realizar a impressão da nova ficha de atendimento e anexar ao prontuário gerado anteriormente como DESCONHECIDO.
- ✓ Registrar no livro de passagem de plantão imediatamente as informações correspondentes aos dois prontuários.
- ✓ Deixar os dois prontuários para o faturamento realizar a unificação.

- ✓ Avisar as equipes assistenciais sobre o novo número de atendimento gerado

#### **9.4 PREPARO DO CORPO PÓS - MORTE**

- No preparativo do corpo, a pulseira de identificação deverá ser mantida, e conferida na remoção do corpo pelo IML ou Serviço Funerário.

#### **9.5 PACIENTES ALÉRGICOS**

- Caso o paciente referir ser alérgico a qualquer tipo de medicamento ou produto o mesmo deve ser identificado com uma pulseira de cor lilás, sua ficha de atendimento será carimbada com a palavra ALERGIA.
- Disponibilizar no sistema de gestão um alerta constando os medicamentos os quais o paciente é alérgico.

#### **9.6 PACIENTES HOMÔNIMOS**

- A atenção deverá ser redobrada ao método 3C.
- Grifar com um marca texto colorido o nome do paciente.

#### **9.7 PACIENTE SEM DOCUMENTOS NA HORA DO CADASTRO**

- Carimbar na ficha de atendimento e solicitar para o paciente preencher. O carimbo deve conter:

- ✓ Nome completo
- ✓ Data nascimento
- ✓ Número de algum documento de identificação
- ✓ Nome da mãe
- ✓ Assinatura

#### **9.8 PACIENTE COM NOME SOCIAL**

- Pacientes que solicitem ser identificados pelo nome social terão seus direitos garantidos, respeitando a resolução número 12 de 16 de janeiro de 2015. Desde que já tenha atualizado o documento de identidade com o nome social.

- O campo para preenchimento do nome será:
  - ✓ Primeiro o nome social
  - ✓ Entre parênteses o nome de registro

Exemplo: JULIA MIRANDA (JULIO CÉZAR ALMEIDA)

### **10. MONITORAMENTO**

#### **10.1 TAXA DE EVENTOS ADVERSOS DEVIDO A FALHAS NA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Taxa EA =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de EA identificação do paciente}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes}} \times 100$

## PROTOCOLO – SEPSE PEDIÁTRICO

### 1. POLÍTICA E PREMISSAS BÁSICAS:

A importância da implementação de protocolos se deve à elevada prevalência, elevada taxa de morbidade e mortalidade da sepse, além dos elevados custos. A melhora do prognóstico de pacientes sépticos pode ser alcançada por meio da educação e mudanças no processo de atendimento. Esse protocolo é baseado na Campanha de Sobrevivência a Sepse – Protocolo Clínico Pediátrico do Instituto Latino Americano de Sepse. O atendimento gerenciado a sepse pediátrica aqui descrito visa orientar a condução no atendimento em nossa Unidade a nível pediátrico, e se aplica a população na faixa de lactente a escolar.

### 2. OBJETIVOS:

Geral:

- Identificação precoce da sepse e início oportuno do tratamento.

Específicos:

- Adquirir os resultados de exames laboratoriais em 30 minutos.
- Coletar sangue para hemoculturas antes da administração de antibióticos.
- Iniciar antibioticoterapia em até 1 hora.
- Iniciar ressuscitação volêmica em caso de hipotensão ou lactato  $\geq 4$  mmol/L.

### 3. ABRANGÊNCIA:

Enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, recepcionistas, laboratório.

246

### 4. SIGLAS E ABREVIATÓES

- bmp: batimentos por minuto
- FC: frequência cardíaca
- FR: frequência respiratória
- ipm: inspirações por minuto
- NA: não se aplica
- PAS: pressão arterial sistólica
- PA: Pressão Arterial
- SIRS: Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica
- TEC: tempo de enchimento capilar

### 5. DEFINIÇÕES:

5.1 DEFINIÇÕES DE SÍNDROME DE RESPOSTA INFLAMATÓRIA SISTÊMICA, INFECÇÃO, SEPSE E CHOQUE SÉPTICO EM PEDIATRIA:

5.1.1 Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) em pediatria é definida como presença de pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Temperatura  $> 38,5^{\circ}$  ou  $< 35^{\circ}$ C
- Alteração de perfusão.
- Alteração no estado neurológico.
- Baixa saturação.
- Taquicardia ou bradicardia.
- Dispneia ou taquipneia.
- Alteração de leucócitos (leucocitose ou leucopenia)

Embora as diretrizes recomendem que a temperatura corpórea seja avaliada pela via retal, vesical, oral ou ainda via cateter central, utilizaremos como medida a temperatura mensurada por via axilar, visto que é amplamente utilizada no Brasil. A presença de febre nas últimas 4 horas antes da apresentação do paciente na UPA deve ser considerada e documentada como critério de SIRS.

É importante salientar que em situações nas quais a contagem de leucócitos não possa ser realizada, devem ser considerados para o diagnóstico de SIRS a presença de: alteração de temperatura e da frequência cardíaca ou da frequência respiratória.

5.1.2 Infecção é a doença suspeita ou confirmada, causada por qualquer patógeno infeccioso ou a síndrome clínica associada com alta probabilidade de infecção.

5.1.3 Sepses se caracteriza pela presença de dois ou mais sinais de SIRS, sendo um deles hipertermia/hipotermia e/ou alteração de leucócitos, concomitantemente à presença de quadro infeccioso confirmado ou suspeito.

5.1.4 Choque Séptico é a anormalidade circulatória e celular/metabólica secundária a sepses graves o suficiente para aumentar significativamente a mortalidade. Definido na população pediátrica como sepses e disfunção cardiovascular.

#### **Lembre-se:**

Os critérios de SIRS são muito frequentes em crianças, principalmente alteração de temperatura, taquicardia e taquipneia, mesmo em infecções de pouca gravidade e/ou outras comorbidades não infecciosas.

Atenção especial deve ser dada a todos os pacientes com qualquer sinal de deterioração dos parâmetros clínicos que sugira infecção grave. Constituem sinais de gravidade: **alteração do nível de consciência (irritabilidade, choro inconsolável, pouca interação com os familiares, sonolência) e/ou alteração da perfusão tecidual**. A equipe multidisciplinar deve estar atenta à presença destes sinais e de outras disfunções orgânicas, que definem o diagnóstico clínico de choque séptico.

247

Vale ressaltar, que em pediatria, a hipotensão é um sinal tardio de choque já na sua fase descompensada, ocorrendo muito tempo após a instalação do choque séptico, uma vez que a pressão arterial é mantida até que o organismo esteja gravemente comprometido. Assim, a presença de hipotensão NÃO se faz necessária para o diagnóstico de choque séptico em crianças (embora sua ocorrência seja confirmatória). Portanto, é fundamental que o choque séptico seja reconhecido antes da ocorrência de hipotensão.

## **5.2 PACOTE DA PRIMEIRA HORA - RESSUSCITAÇÃO INICIAL**

### 5.2.1 Procedimentos da 1ª hora:

a) **Monitorização:** na admissão do paciente pediátrico, é recomendado sua monitorização hemodinâmica básica (oximetria de pulso contínua, FC, medida da PA não invasiva de 15/15 minutos, monitorização da temperatura e do débito urinário).

b) **Oxigenação:** uma vez feita a hipótese diagnóstica de sepses, deve ser iniciada a oferta de oxigênio. O objetivo é manter a saturação de oxigênio > 92%. Devido à baixa capacidade residual funcional, a intubação precoce em crianças pequenas com sepses pode ser necessária. A decisão de intubação deve ser baseada no diagnóstico clínico de aumento do esforço respiratório, hipoventilação e alteração do nível de consciência. Vale ressaltar também, que pacientes que necessitem de ventilação mecânica invasiva podem apresentar instabilidade hemodinâmica durante a intubação. Essa



intercorrência pode ser evitada através de ressuscitação cardiovascular apropriada. Atenção às drogas sedativas e analgésicas utilizadas para intubação das crianças com sepse, uma vez que algumas delas podem levar à deterioração hemodinâmica.

c) **Acesso venoso:** obter dois acessos venosos periféricos e/ou intraósseo imediatamente para ressuscitação volêmica e administração inicial de inotrópicos, caso necessário, visando estabilização inicial da criança até a passagem de acesso venoso central (se necessário).

d) **Pacote de exames sugeridos da 1ª hora:** o kit sepse sugerido é composto por exames que confirmem possíveis disfunções orgânicas como gasometria e lactato arterial, hemograma completo, creatinina, bilirrubina, PCR e hemoculturas. Os pedidos devem ser identificados como parte do protocolo de sepse de forma a garantir atendimento diferenciado pelo laboratório. O lactato deve ser imediatamente encaminhado ao laboratório. O objetivo é ter esse resultado em menos que 30 minutos. Para a hemocultura, recomenda-se 1 vidro de hemocultura para lactentes e escolares (pelo pouco volume de sangue) e 2 para adolescentes e adultos jovens. Vale ressaltar que ao contrário dos adultos, crianças com choque séptico têm comumente níveis normais de lactato. Portanto, na pediatria não se trata de um bom indicador precoce de diminuição de perfusão. Na 1ª hora, fica a critério do médico a coleta de outros exames: uréia, glicemia, NA/K, TGO/TGP.

e) **Antimicrobianos:** prescreva e administre antimicrobianos de amplo espectro por via endovenosa visando o foco sob suspeita, dentro da primeira hora da identificação da sepse, nesse caso, o antibiótico de escolha na UPA 24h será ceftriaxona 1g – 100mg/kg/dia. O médico deverá entregar a prescrição ao enfermeiro responsável.

f) **Ressuscitação volêmica:** crianças com choque séptico frequentemente apresentam grandes déficits de fluido. A ressuscitação volêmica é fortemente recomendada nesses pacientes. O volume inicial para reanimação exige 40 a 60mL/kg ou mais durante as primeiras horas de tratamento. Recomenda-se iniciar imediatamente a ressuscitação fluidica com solução salina isotônica (SF 0,9% ou ringer lactato) em bolus de 20 mL/kg a cada 20 ou 30 min nos pacientes em choque séptico. A infusão rápida de volume deve ser mantida até normalização dos sinais de hipoperfusão tecidual ou sinais de hipervolemia. Após cada alíquota de volume, é recomendada a avaliação do paciente. Na presença de hipervolemia recomenda-se suspender (se perfusão adequada restabelecida) ou substituir (se choque persistente) os fluidos por agentes inotrópicos. Crianças normalmente têm a pressão arterial (PA) mais baixa quando comparada com adultos e uma queda na PA pode ser compensada com vasoconstrição e aumento da FC. Uma vez que a hipotensão está presente, o colapso cardiovascular está próximo (ou é iminente). Em casos de hipotensão, a ressuscitação fluidica deve ser mais agressiva e o agente inotrópico pode ser iniciado mesmo antes da reposição volêmica. Ressaltamos que a ressuscitação fluidica está recomendada para choque com e sem hipotensão em crianças.

g) **Inotrópicos / Vasopressores / Vasodilatadores:** em caso de persistência de disfunção cardiovascular (sinais de hipoperfusão tecidual e/ou choque) mesmo após a infusão de 40 a 60 mL/kg de volume inicial, recomenda-se iniciar o tratamento com agentes inotrópicos (dopamina ou adrenalina) por via periférica até que o acesso central seja obtido, uma vez que 80% das crianças com choque resistente a fluidos apresentam baixo débito cardíaco. Vale ressaltar que nos casos de choque refratário a fluidos, a escolha da amina vasoativa é inicialmente determinada pelo exame clínico da criança. Crianças com perfil de choque frio/hipodinâmico tem indicação de dopamina (5 – 10 mcg/kg/min) ou adrenalina (0,05 – 0,3 mcg/kg/min). Crianças que



apresentam choque quente/hiperdinâmico (20%) tem indicação de vasopressores (noradrenalina: 0,1 – 1 mcg/kg/min). Além disso, a terapia com inotrópicos/vasopressores pode ser necessária para dar suporte a pressão de perfusão, mesmo que a hipovolemia ainda não tenha sido corrigida, de acordo com o estado hemodinâmico do paciente. A droga vasoativa deve ser iniciada até o final da primeira hora nos pacientes em que ela está indicada. O atraso no tratamento com inotrópicos está associado à maior risco de mortalidade e, de modo geral, o atraso se deve a dificuldades para obter acesso central. É importante salientar que na administração de aminas vasoativas em vias periféricas, há a possibilidade de danos vasculares periféricos e teciduais. Assim, recomenda-se a proporção de 1 (droga) : 3 (soro fisiológico) quando utilizado o acesso periférico. A adrenalina pode ser usada como droga de primeira escolha para choque frio/hipodinâmico, idealmente administrada por via venosa central, e recentemente foi observado que sua administração precoce, por via periférica ou intraóssea, está associada a um aumento de sobrevida nos pacientes pediátricos, quando comparado com dopamina.

## 6. FASES DO PROCESSO:

PROFISSIONAL/SETOR	O QUE FAZER E/OU COMO FAZER
Recepção	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar atendimento do paciente pelo sistema Sistema de Gestão.</li> <li>- Solicitar documentos e assinatura na ficha de atendimento (assinatura do paciente ou responsável legal).</li> <li>- Identificar a queixa, da mãe ou responsável, de temperatura &gt; 38,5°C ou &lt; 35,0°C.</li> <li>- Comunicar o enfermeiro do Acolhimento com Classificação de Risco via telefone ou pessoalmente.</li> <li>- Caso o paciente já esteja em leito de observação/emergência, priorizar o cadastro do paciente no sistema.</li> </ul>
Enfermeiro do Acolhimento com Classificação de Risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O enfermeiro do Acolhimento com Classificação de Risco poderá iniciar o Protocolo de Sepses Pediátrica baseado nos seguintes sinais e sintomas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente apresentando temperatura elevada (&gt; 38,5°C ou &lt; 35,0°C) e OU + sinais de SIRS (alteração de perfusão, alteração no estado neurológico, baixa saturação, taquicardia ou bradicardia, dispneia ou taquipneia, hipertensão).</li> </ul> </li> <li>- O enfermeiro deve classificar o risco dessa criança como VERMELHO e encaminhar o paciente para o setor de emergência, acionando a equipe.</li> <li>- Iniciar o “Formulário de Gerenciamento do Protocolo de Sepses”.</li> </ul>
Equipe de enfermagem da Observação/Emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recepcionar o paciente vindo da classificação de risco.</li> <li>- Realizar o MOV (Monitor – Oxigênio – Veia).                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitorização multiparamétrica;</li> <li>✓ Administração de oxigênio suplementar por máscara de O2 se hipoxêmico (manter a saturação de oxigênio &gt; 92%);</li> <li>✓ Estabelecer acesso venoso periférico com soro fisiológico (bolus 20ml/kg em 5 a 10 min se hipoperfusão tecidual), ou conforme prescrição médica. Avaliar a necessidade de um segundo acesso calibroso e dar preferência aos abocath 20 ou 22).</li> </ul> </li> <li>- Seguir o “Fluxograma do Protocolo de Sepses Adulto e Pediátrico”.</li> </ul>
Médico da Observação/Emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir avaliação conforme “Formulário de Gerenciamento do Protocolo de Sepses”.</li> <li>- Seguir “Fluxograma do Protocolo de Sepses Adulto e Pediátrico”.</li> <li>- Realizar pacote da primeira hora conforme item 5.2 deste protocolo.</li> <li>- Solicitar exames laboratoriais na ficha de solicitação de exames cor rosa.</li> </ul>

	Solicitar antimicrobiano na ficha destinada para esse fim.
Farmácia	- Dispensar medicações prescritas pelo médico. - Dispensar materiais.
Laboratório	- O bioquímico do laboratório deve dar preferência para “solicitação de exames” de layout diferenciado (cor de rosa). - Disponibilizar resultados de exames (lactato) em menos de 30 minutos após chegar ao laboratório.

#### 7. RESULTADOS ESPERADOS:

- Estabelecer critérios para o fluxo de atendimento do paciente com Sepsis em nossa Unidade
- Reduzir o tempo de permanência do paciente com Sepsis em nossa Unidade;
- Garantir o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro.
- Resolutividade clínica e desfecho.

#### 8. DOCUMENTOS RELACIONADOS:

- Fluxograma de Protocolo de Sepsis Adulto e Pediátrico
- Formulário de Gerenciamento do Protocolo de Sepsis

#### 9. INDICADORES:

- Nº mensal de pacientes diagnosticado com sepsis pediátrica  
Nº mensal de pacientes do protocolo de sepsis pediátrica

#### 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- MACHADO, Flávia Ribeiro; SOUZA, Daniela Carla de; Bossa, Aline Siqueira. **Campanha de sobrevivência à sepsis: protocolo clínico pediátrico.** Instituto Latino Americano de Sepsis: 2016.
- MELLO, Marília et al. Protocolo Clínico: **Identificação Precoce da Sepsis.** Programa Brasileiro de Segurança do Paciente- PBSP, v.1, set, 2015.
- Plenária Protocolo de Identificação Precoce da Sepsis. Programa Brasileiro de Segurança do Paciente. 23/11/2016.

250

#### 11. ANEXOS:

11.1 Formulário de Gerenciamento do Protocolo de Sepsis (MODELO 01).

11.2 Fluxograma do Protocolo de Sepsis Adulto e Pediátrico (MODELO 02).

## MODELO 01

Paciente:		
Data:	Atendimento:	Data de Nasc.:

### ENFERMAGEM / MÉDICO

1 – Paciente apresenta pelo menos dois sinais de SIRS e/ou critérios de disfunção orgânica?

Idade	FC (bpm)	FR (rpm)	Temperatura (°C)	PAS (mmHg)
1m – 1 ano	( ) > 180 ou < 90	( ) > 34	( ) > 38,5 ou < 35	( ) < 75
2 – 5 ano	( ) > 140	( ) > 22	( ) > 38,5 ou < 35	( ) < 74
6 – 12 ano	( ) > 130	( ) > 18	( ) > 38,5 ou < 35	( ) < 83
13 - < 18 anos	( ) > 110	( ) > 14	( ) > 38,5 ou < 35	( ) < 90
> 18 anos	( ) > 90	( ) > 20	( ) > 38,5 ou < 35	( ) < 90

( ) Alteração de perfusão – TEC > 2 seg

( ) Mudança aguda do estado neurológico: ( ) irritabilidade ( ) agitação ( ) choro inapropriado ( ) coma  
 ( ) sonolência ( ) letargia ( ) pobre interação com familiares

( ) Relato de oligúria

( ) Dessaturação (SpO<sub>2</sub> < 92%) em ar ambiente

( ) Hipotensão

**Hora início protocolo:**

### MÉDICO

2 – Paciente apresenta história sugestiva de infecção bacteriana/fúngica?

( ) Não

( ) Pneumonia/empiema

( ) Infecção urinária

( ) Infecção abdominal aguda

( ) Meningite

( ) Endocardite

( ) Pele e partes moles

( ) Infecção de prótese

( ) GECA

( ) Infecção de ferida operatória

( ) Outras infecções: \_\_\_\_\_

( ) Sem foco definido

3 – Paciente apresenta critérios para:

( ) Sepses (ainda sem disfunção clínica, necessita coleta de exames para descartar disfunção orgânica laboratorial)

( ) Choque séptico

( ) Não atende a sepses, justificativa: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### ENFERMAGEM / MÉDICO

4 – Gestão do tempo:

Conduta Médica	Meta Temporal	Hora Prescrição	Hora Conclusão
Resultado de exames	< 30 min		
Antibioticoterapia	< 60 min		
Ressuscitação Volêmica (se necessário)	< 60 min		

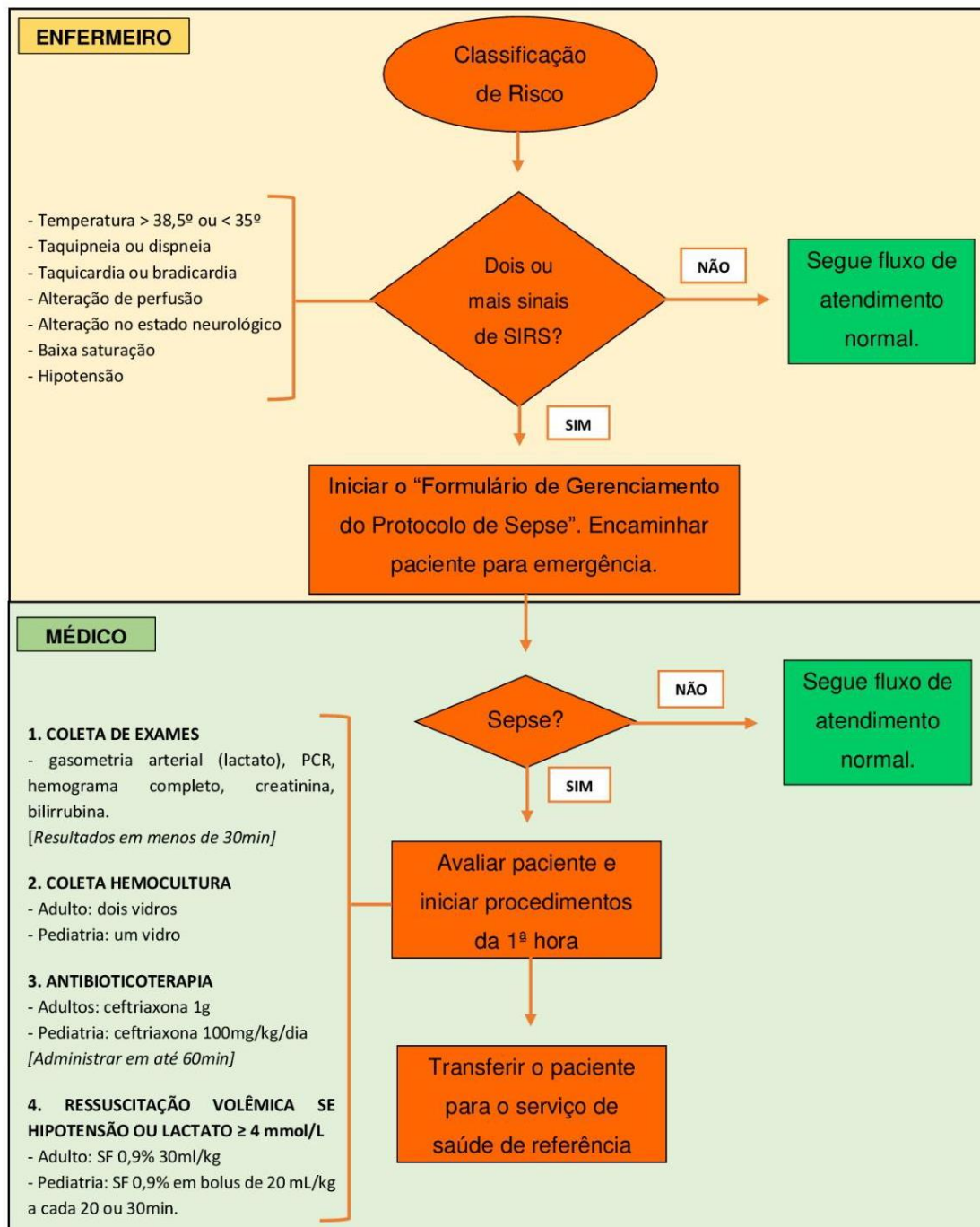
**Hora transferência:**

\_\_\_\_\_  
 Carimbo e assinatura médica

251

## MODELO 02

### 1. FLUXOGRAMA



252

## PROTOCOLO – SEPSE ADULTO

### 1. POLÍTICA E PREMISSAS BÁSICAS:

A importância da implementação de protocolos se deve à elevada prevalência, elevada taxa de morbidade e mortalidade da sepse, além dos elevados custos. A melhora do prognóstico de pacientes sépticos pode ser alcançada por meio da educação e mudanças no processo de atendimento. Esse protocolo é baseado na Campanha de Sobrevivência a Sepse – Protocolo Clínico do Instituto Latino Americano de Sepse. O atendimento gerenciado a sepse aqui descrito visa orientar a condução no atendimento em nossa Unidade a nível adulto, e se aplica a população na faixa acima de dezoito anos.

### 2. OBJETIVOS:

Geral:

- Identificação precoce da sepse e início oportuno do tratamento.

Específicos:

- Adquirir os resultados de exames laboratoriais em 30 minutos.
- Coletar sangue para hemoculturas antes da administração de antibióticos.
- Iniciar antibioticoterapia em até 1 hora.
- Iniciar ressuscitação volêmica em caso de hipotensão ou lactato  $\geq 4$  mmol/L.

### 3. ABRANGÊNCIA:

Enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, recepcionistas, laboratório.

253

### 4. SIGLAS E ABREVIações

- bmp: batimentos por minuto
- FC: frequência cardíaca
- FR: frequência respiratória
- ipm: inspirações por minuto
- NA: não se aplica
- PAS: pressão arterial sistólica
- PA: Pressão Arterial
- SIRS: Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica
- TEC: tempo de enchimento capilar

### 5. DEFINIÇÕES:

5.1 DEFINIÇÕES DE SÍNDROME DE RESPOSTA INFLAMATÓRIA SISTÊMICA, INFECÇÃO, SEPSE E CHOQUE SÉPTICO:

5.1.1 Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) é definida como presença de pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Temperatura central : 38.3 ou  $<36$
- Frequência cardíaca  $>90$  bpm
- Frequência respiratória  $>20$ rpm ou PaCO<sub>2</sub>  $<32$ mmHg
- leucocitos totais  $>12.000/mm^3$  ou  $<4.000/mm^3$  ou a presença de  $>10\%$  de formas jovens (desvio a esquerda).

5.1.2 Nos pacientes com critérios de SIRS, a presença de disfunção orgânica define o



diagnóstico de sepse. As principais disfunções orgânicas são:

- hipotensão (PAS <90mmHg ou queda da PA >40mmHg).
- oligúria (<0,5ml/kg/h) ou elevação da creatinina (>+2mg/dl).
- necessidade de O<sub>2</sub> para manter Sat >90%.
- plaquetas <100.000/mm<sup>3</sup>.
- acidose metabólica inexplicável: déficit de bases ≤5mEq/l e lactato maior que o valor normal.
- rebaixamento do nível de consciência, agitação ou delírium.
- aumento significativo de bilirrubinas (>2x que o valor de referência).

Embora as diretrizes recomendem que a temperatura corpórea seja avaliada pela via retal, vesical, oral ou ainda via cateter central, utilizaremos como medida a temperatura mensurada por via axilar, visto que é amplamente utilizada no Brasil. A presença de febre nas últimas 4 horas antes da apresentação do paciente na UPA deve ser considerada e documentada como critério de SIRS.

É importante salientar que em situações nas quais a contagem de leucócitos não possa ser realizada, devem ser considerados para o diagnóstico de SIRS a presença de: alteração de temperatura e da frequência cardíaca ou da frequência respiratória.

5.1.3 Infecção é a doença suspeita ou confirmada (com base em culturas positivas, anatomia patológica, testes de amplificação de RNA ou ainda por exame clínico, de imagem ou testes laboratoriais), causada por qualquer patógeno infeccioso ou a síndrome clínica associada com alta probabilidade de infecção.

5.1.4 Sepse se caracteriza pela presença de dois ou mais sinais de SIRS, sendo um deles hipertermia/hipotermia e/ou alteração de leucócitos, concomitantemente à presença de quadro infeccioso confirmado ou suspeito.

5.1.5 Choque Séptico é definido na população como sepse e disfunção cardiovascular.

## 6 . ROTINA DE ATENDIMENTO:

Após a identificação de um paciente com suspeita de sepse, ele deve-se registrar no prontuário e iniciar o Formulário de Gerenciamento do Protocolo de Sepse. A partir de agora, o paciente deve ser tratado como urgência médica, acionando a equipe de atendimento para sepse.

## 7. PACOTE DA 1º HORA:

1. Coleta de lactato arterial sérico e encaminhar imediatamente ao laboratório para obter o resultado em até 30 minutos.
2. Coleta de duas hemoculturas, identificadas com horário e antes do início do antibiótico.
3. Prescreva terapia antimicrobiana de amplo espectro (ceftriaxona 100mg/kg/dia – até 4g/dia), que deve conter o horário em que foi prescrita e ser entregue as mãos do enfermeiro para que administre a medicação em 30 minutos.
4. Pacientes com lactato arterial alterado (hiperlactatemia inicial - 2x o valor de referência), deve receber ressuscitação hemodinâmica, assim como os pacientes hipotensos. Esta medida deve ser feita com, pelo menos, 30ml/kg de cristalóides em 30 a 60 minutos (em cardiopatas a velocidade poderá ser menor e pode ser preciso antecipar o uso de vasopressores).
5. Iniciar vasopressores, em caso de hipotensão. Não se deve tolerar hipotensão por mais de 30 a 40 minutos. A droga de escolha é a noradrenalina.
6. Em caso de pacientes hipertensos, deve-se utilizar vasodilatadores endovenosos para reduzir a pós-carga e melhorar a oferta de oxigênio.

7. O bicarbonato, em casos de acidose láctica e  $\text{pH} > 7,15$ , não é indicado. Abaixo deste valor, pode ser avaliado.

### 8. OUTRAS RECOMENDAÇÕES:

- A otimização do tratamento deve se manter sempre otimizada através de reposição volêmica, noradrenalina, dobutamina e, eventualmente, concentrado de hemácias.  $\text{Hb} < 7\text{g/dl}$  = transfusão. Considerar o Protocolo de Transferência Segura com urgência.
- Avaliar o uso de hidrocortisona 50mg de 6/6 horas, em caso de choque séptico refratário (hipotensão persistente).
- O controle glicêmico deve ter como objetivo uma glicemia entre 80-180mg/dl. Evitar hipoglicemias.
- A ausência de critérios de SIRS não exclui o diagnóstico de sepse, assim como a presença de alguma dessas disfunções sem explicação deve ser pensado em sepse e iniciar as medidas como tal.
- A qualquer momento o tratamento com antimicrobiano pode ser suspenso, caso seja comprovado não se tratar de um caso de sepse posteriormente.

PROFISSIONAL/SETOR	O QUE FAZER E/OU COMO FAZER
Recepção	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar atendimento do paciente pelo sistema .</li> <li>- Solicitar documentos e assinatura na ficha de atendimento (assinatura do paciente ou responsável legal).</li> <li>- Identificar a queixa de temperatura <math>&gt; 38,5\text{ }^{\circ}\text{C}</math> ou <math>&lt; 35,0\text{ }^{\circ}\text{C}</math>.</li> <li>- Comunicar o enfermeiro do Acolhimento com Classificação de Risco via telefone ou pessoalmente.</li> <li>- Caso o paciente já esteja em leito de observação/emergência, priorizar o cadastro do paciente no sistema.</li> </ul>
Enfermeiro do Acolhimento com Classificação de Risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O enfermeiro do Acolhimento com Classificação de Risco poderá iniciar o Protocolo de Sepse baseado nos seguintes sinais e sintomas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Paciente apresentando temperatura elevada (<math>&gt; 38,5\text{ }^{\circ}\text{C}</math> ou <math>&lt; 35,0\text{ }^{\circ}\text{C}</math>) e 1 OU + sinais de SIRS (relato de oligúria, baixa saturação em ar ambiente, hipotensão, alteração no estado neurológico, alteração na perfusão periférica), conforme item 5.1 deste protocolo.</li> </ul> </li> <li>- O enfermeiro deve classificar o risco desse paciente como VERMELHO e encaminhar para o setor de emergência acionando a equipe.</li> </ul>
Equipe de enfermagem da Observação/Emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recepcionar o paciente vindo da classificação de risco.</li> <li>- Iniciar imediatamente o “Formulário de Gerenciamento do Protocolo de Sepse”.</li> <li>- Realizar o MOV (Monitor – Oxigênio – Veia):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitorização multiparamétrica;</li> <li>✓ Administração de oxigênio suplementar por máscara de <math>\text{O}_2</math> se hipoxêmico (manter a saturação de oxigênio <math>&gt; 92\%</math>);</li> <li>✓ Estabelecer acesso venoso periférico com soro fisiológico, ou conforme prescrição médica. Avaliar a necessidade de um segundo acesso calibroso e dar preferência aos abocath 14 OU 16G.</li> </ul> </li> <li>- Seguir “Fluxograma Protocolo de Sepse Adulto e Pediátrico”.</li> </ul>
Médico da Observação/Emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir avaliação conforme “Formulário de Gerenciamento do Protocolo de Sepse”.</li> <li>- Seguir “Fluxograma do Protocolo de Sepse Adulto e Pediátrico”.</li> <li>- Realizar pacote da primeira hora conforme item 7 deste</li> </ul>

255



	protocolo. - Solicitar exames laboratoriais na ficha de solicitação de exames cor de rosa. - Solicitar antimicrobiano na ficha destinada para esse fim.
Farmácia	- Dispensar medicações prescritas pelo médico. - Dispensar materiais
Laboratório	- O bioquímico do laboratório deve dar preferência para a “solicitação de exames” de layout diferenciado (cor de rosa). - Disponibilizar resultados de exames (lactato) em menos de 30 minutos após chegar no laboratório.

#### 10. RESULTADOS ESPERADOS:

- Estabelecer critérios para o fluxo de atendimento do paciente com Sepses em nossa Unidade
- Reduzir o tempo de permanência do paciente com Sepses em nossa Unidade;
- Garantir o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro.
- Resolutividade clínica e desfecho.

#### 11. DOCUMENTOS RELACIONADOS:

Fluxograma de Protocolo de Sepses Adulto e Pediátrico  
Formulário de Gerenciamento do Protocolo de Sepses  
Material para a Campanha do Protocolo de Sepses Adulto e Pediátrico

#### 12. INDICADORES:

- Nº mensal de pacientes diagnosticado com sepses pediátrica  
Nº mensal de pacientes do protocolo de sepses pediátrica

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO INICIAL NO IAM COM SUPRADESNÍVEL DE ST

### 1. INTRODUÇÃO

O infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST (IAMCS) caracteriza situação clínica de extrema gravidade e com risco de vida, determinada por oclusão de uma artéria coronária epicárdica. Trata-se de uma condição com tratamento específico, capaz de modificar sua história natural, devendo ser instituído o mais precocemente possível.

A abordagem inicial no atendimento do IAMCS deve ser rápida e objetiva, iniciando pela avaliação das características da dor torácica e dos sintomas associados, história pregressa relevante, pelo exame físico direcionado e realização do eletrocardiograma (ECG).

### 2. DIAGNÓSTICO

Baseado na associação de dois ou mais dos seguintes critérios:

#### a. Dor Torácica

Dor torácica anginosa persistente ao repouso, podendo ser desencadeada por exercício ou estresse, com duração maior ou igual a 20 minutos, irradiada para membros superiores e pescoço, com sintomas associados (dispnéia, náusea, vômitos), melhora apenas parcial aos nitratos.

Está presente em 75-85% dos casos. Pode ser o primeiro episódio ou mudança no padrão de angina prévia.

#### b. Alteração Eletrocardiográfica

Elevação nova do segmento ST no ponto J em duas ou mais derivações contíguas ( $> 0,2$  mV em precordiais e  $> 0,1$  mV em periféricas). Bloqueio de ramo esquerdo (BRE) novo ou presumivelmente novo.

#### c. Marcadores de Necrose Miocárdica

Valores alterados de CK, CKMB atividade (disponíveis no HC), CKMB massa, troponinas ou mioglobina (indisponíveis no HC).

Obs: a presença ou ausência de marcadores de necrose miocárdica não deve ser levada em consideração para a indicação de terapia de reperfusão, devido ao fato de que estes marcadores apresentam elevação após o período ideal para terapia de reperfusão. Servem para confirmação diagnóstica, avaliação prognóstica e controle após reperfusão coronária.

Protocolo de Atendimento Inicial no IAM com Supradesnível de ST

### 3. AVALIAÇÃO IMEDIATA

O objetivo é identificar os pacientes candidatos à terapia de reperfusão e realização de diagnóstico diferencial.

#### CORRIDA CONTRA O RELÓGIO:

“Tempo é minúsculo!”

1. ECG em 10 minutos.
2. Trombolíticos em até 30 minutos.
3. Insuflação do balão de angioplastia em até 90 minutos.

Deve ser realizada em menos de 10 minutos da chegada do paciente.

1. Anamnese breve e direcionada para identificação de candidatos à terapia de reperfusão e possível contra-indicação à trombólise farmacológica.

2. Exame físico direcionado com aferição dos dados vitais, palpação de pulsos, identificação de sinais clínicos de gravidade, escala de Killip e Kimball.
3. Monitorização cardíaca contínua.
4. Saturação de oxigênio.
5. ECG de 12 derivações, complementado com derivações direitas (V3R E V4R) e dorsais (V7 e V8) se infarto inferior.
6. Acesso venoso periférico.
7. Exames laboratoriais: marcadores cardíacos, eletrólitos e coagulação.
8. Rx de tórax (não é essencial, porém serve para avaliação de congestão pulmonar e possibilidade diagnóstica de dissecação aórtica).
9. Mnemônico "MONAB"

Morfina

Oxigênio

Nitratos

Aspirina

Betabloqueador

Protocolo de Atendimento Inicial no IAM com Supradesnível de ST

#### 4. TRATAMENTO IMEDIATO

##### OXIGÊNIO

Fundamento:

- Limita a lesão miocárdica isquêmica; reduz a intensidade de elevação do segmento ST. Efeito sobre morbi-mortalidade é desconhecido.

Dose e Administração:

- O<sub>2</sub> deve ser administrado por máscara ou cânula nasal a 2-4 L/min

- Deve-se administrar O<sub>2</sub> a todos os pacientes com SO<sub>2</sub> < 90% por período indefinido (classe I, nível de evidência C).

258

## PROTOCOLO SOBRE CETOACIDOSE DIABÉTICA

### INTRODUÇÃO

Cetoacidose diabética é um distúrbio do metabolismo das proteínas, lípides, carboidratos, água e eletrólitos, conseqüente à menor atividade da insulina frente à maior atividade (absoluta ou relativa) dos hormônios contrareguladores, caracterizado por hiperglicemia (geralmente acima de 250 mg/dl), presença de cetonemia (acima de 3 mMol/L), cetonúria e acidose metabólica, podendo ou não ser acompanhada de coma.

É a principal causa de mortalidade por diabetes mellitus (5 a 15%), relacionada às alterações próprias da cetoacidose (como os distúrbios cardiocirculatórios, hidroeletrólíticos e ácido-básicos), às complicações de seu tratamento (como o edema cerebral agudo, hipoglicemia e hipopotassemia) e às doenças desencadeantes ou associadas.

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O diagnóstico é confirmado por qualquer uma das situações abaixo, repetidas mais de uma vez:

- Cetoacidose diabética

Glicemia (em plasma venoso) > 200 mg/dL (11 mmol/L)

Glicosúria e cetonúria

pH < 7,3

HCO<sub>3</sub>

< 15 mEq/L

- Diabetes mellitus:

glicemia (em plasma venoso) > 200 mg/dl em qualquer horário, com sintomas típicos ou ao acaso.

glicemia após 8 horas de jejum > 126 mg/dL (7mmol/L)

teste de tolerância à glicose por via oral (TTG-VO, usando 1,75 mg de glicose/Kg até o máximo de 75 g) > 200

mg/dL (11 mmol/L) aos 120 minutos do teste.

- Tolerância alterada à glicose (não é cetoacidose, mas mostra tendência a desenvolver diabete mellitus)

TTG-VO > 140 mg/dl mas < 200 mg/dl aos 120 minutos do teste.

glicemia após 8 horas de jejum > 110 mg/dL mas < 126 mg/dL.

### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Hiperglicemia devida a alterações metabólicas do estresse em pacientes gravemente enfermos, como meningite e sepse.

- Transtornos urinários (infecção ou enurese, diabete insípido e alterações psíquicas ou emocionais).

- Intoxicação por salicilatos (evolui com glicosúria, hiperglicemia discreta e acidose metabólica).

O diagnóstico diferencial é realizado adicionando-se cloreto férrico à urina. Ocorrerá a viragem de cor para

vermelho. Ferver a urina. No paciente diabético a cor vermelha desaparecerá.

### PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR CETACIDOSE DIABÉTICA

## ANAMNESE

Existência e duração de:

- Poliúria, polidipsia e, mais raramente na infância, polifagia. Do início dos sintomas de diabetes ao quadro clínico de cetoacidose podem transcorrer dias ou semanas (habitualmente entre 1 e 6 semanas).
- Desidratação caracterizada por boca seca, perda de peso, fraqueza muscular, náuseas, vômitos, dor abdominal (podendo até mimetizar abdome agudo).
- Acidose caracterizada por hiperpnéia, hálito cetônico, confusão mental, torpor e coma.
- Sintomas associados com outras doenças capazes de serem fatores desencadeantes (traumas físicos ou emocionais, infecções, abandono de tratamento, etc.)
- Em crianças menores de 2 anos de idade: sede intensa, irritabilidade e sintomas devidos a desidratação, que podem se manifestar com febre e alteração do nível de consciência, taquipnéia e fraldas pesadas.
- Últimas aplicações de insulina (tipo, dose, horários e local)
- Hábitos alimentares e alimentação nos dias anteriores.
- Ocorrência de outras doenças endócrinas (hiper ou hipotireoidismo, doença de Addison, etc.) ou auto-ímmunes.
- Antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo I, de outras doenças endócrinas ou auto-ímmunes.

## EXAME FÍSICO

- Peso atual com a criança sem roupa (comparar com peso anterior, se possível). Ao avaliar a variação do peso, lembrar que a desidratação coexiste com o emagrecimento secundário à glicogenólise, proteólise e lipólise.
- Cor (palidez, icterícia, cianose).
- Temperatura, pressão arterial, frequência e ritmo cardíacos, frequência respiratória, padrão respiratório.
- Estado de hidratação (hidratado ou algum grau de desidratação ou desidratação grave). Os sinais clínicos de desidratação costumam ser menos evidentes que em outras formas de desidratação, pois a perda hídrica é mais intensa no intra que no extracelular e são menos evidentes em crianças maiores que em lactentes.

## PROTOCOLO TRAUMA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA:

Respiração: Trauma de tórax

Os traumas de tórax identificáveis e tratáveis no exame primário são os seguintes:

- 1) Obstrução de Via Aérea
- 2) Pneumotórax Hipertensivo
- 3) Pneumotórax Aberto (ferida torácica aspirativa)
- 4) Tórax Instável
- 5) Hemotórax Maciço
- 6) Tamponamento Cardíaco

Medidas Gerais: Monitorar, oxímetro de pulso, solicitar gasometria.

### 1) Obstrução da Via Aérea:

Sinais e sintomas são estridor, rouquidão, lesões palpáveis na região de articulação esterno clavicular. Lesões prováveis: luxações posteriores de articulação esterno clavicular (hematoma pod comprimir a VAS, portanto deve-se reduzir a fratura e promover via aérea definitiva), fratura de laringe (pode gerar obstrução aguda. Indicado traqueostomia de emergência se a cricoidectomia não puder ser realizada.

### 2) Pneumotórax Hipertensivo:

Sinais de insuficiência respiratória, engurgitamento de jugulares, desviam de traquéia para lado oposto ao acometido, movimentos respiratórios cada vez mais superficiais, cianose labial e de extremidades como sinal tardio.

Causa mais comum: paciente que foi colocado em ventilação mecânica que tenha lesão pleuro pulmonar. Cuidado nas lesões de coluna torácica, com uso de cateteres venosos centrais.

O diagnóstico é clínico, não radiológico, não se deve esperar RX para tratar.

Tratamento: inserir cateter de grosso calibre no segundo espaço intercostal, medialmente à linha axilar. Inserir o dreno de tórax na fase de tratamento definitivo.

### 3) Pneumotórax Aberto:

Qualquer ferida com 2/3 de diâmetro da traquéia caracteriza pneumotórax aberto.

O tratamento é um curativo oclusivo com três lados esparadapados e um livre, para que funcione como válvula unidirecional. O dreno de tórax é inserido quando possível longe do local do ferimento.

### 4) Tórax Instável:

Movimento paradoxal do tórax, hipóxia por contusão pulmonar subjacente e dor. O doente respira com dificuldade e o movimento do tórax é assimétrico e desordenado. A gasometria e o RX solicitados ao fim do exame primário mostram acidose respiratória e fraturas em arcos costais contíguos.

O tratamento é oxigênio suplementar e hidratação cuidadosa. Para evitarmos hiperidratação, analgesia, reexpansão do pulmão, com intubação e ventilação assistida até o diagnóstico de outras lesões.

### 5) Hemotórax Maciço:

Comum em ferimentos penetrantes, tratando-se de perda de 1500ml de sangue ou 200ml/h em 2 a 4 horas e sinais de choque hipovolêmico profundo. A clínica é de maciez e ausência do murmúrio vesicular. Descomprime-se o tórax com drenagem e indica-se toracotomia se há perda de 1500ml de sangue ou 200ml/h em 2 a 4 horas.

#### 6) Tamponamento Cardíaco:

Comum em ferimentos penetrantes, a clínica é a de pulso paradoxal com a PA sistólica caindo mais de 10mmhg na inspiração profunda, há abafamento de bulhas, aumento de jugulares. A AESP na ausência de hipovolemia ou de pneumotórax hipertensivo sugere tamponamento cardíaco. Diagnóstico com FAST ou com pericardiocentese subxifoidea.

Atenção para pacientes em choque que não têm resposta às medidas iniciais de reanimação com Ringer Lactato ou Concentrado de Hemácias. A punção do saco pericárdico pode ser diagnóstica e terapêutica, naqueles pacientes que desenvolvera, hemopericárdio em traumas contusos apenas.

Tratamento: iniciar com a reposição de volume que o quadro melhorará transitoriamente, havendo tempo para o FAST ou a pericardiocentese. A pericardiocentese deve ser realizada no doente monitorado.

O paciente com tamponamento pericardico deverá ter piora clínica quando ventilado com pressão positiva, já que isto diminuirá o débito cardíaco. No paciente com PCR, a massagem cardíaca externa tem pouco ou nenhum valor já que o espaço para enchimento das câmaras cardíacas é pequeno.

Na situação de choque hipovolêmico que não melhora com as medidas de ressuscitação, a possibilidade de haver Tamponamento Cardíaco simultâneo, principalmente nos pacientes com ferimentos perfurantes em tórax é grande, a Pericardiocentese deve ser seriamente aventada.



## PROTOCOLO DE A C L S e B L S

1. ACLS e BLS Recomendações
2. (ACLS) Algumas das recomendações importantes incluem:• As compressões torácicas como o primeiro passo em BLS - um "CAB" (circulação,vias respiratórias), abordagem, em vez do "ABC" da anterior formulação;• capnografia onda quantitativa para avaliar e monitorar a colocação das vias aéreas avançadas e ventilação;• indicações atualizadas para medicamentos, incluindo epinefrina intravenosa (IV) paraa atividade elétrica sem pulso (PEA) e assistolia, agentes cronotrópica parabradicardia sintomática ou instável, e adenosina para a avaliação e tratamento de estável, monomórfica, taquicardia de complexo largo;• cateterismo cardíaco urgente e intervenção coronária percutânea (PCI) em sobreviventes de parada cardíaca com segmento ST IAM e• As medidas pós-ressuscitação, como hipotermia terapêutica para melhorar os resultados neurológicos, e saturação de oxigênio manutenção adequadas e de glicoseno sangue para prevenir a disfunção de múltiplos órgãos.
3. Abrir vias aéreas do paciente com uma mandíbula ou queixo-tilt manobraB. Executar 2 ventilações de resgate, seja boca-a-boca ou usando uma máscara com reservatório C. Iniciar as compressões torácicas imediatamente a 100 compressões por minutoD. Despeje o gelo sobre o paciente para iniciar a reanimação hipotérmica.
4. Iniciar as compressões no peito imediatamente em C. 100 compressões por minuto O paciente teve uma parada cardíaca de fibrilação ventricular (VF). Desfibrilação é o tratamento mais apropriado, mas enquanto se aguardam os equipamentos necessários, você deve iniciar as compressões torácicas de alta qualidade em vez de gastar tempo com as manobras das vias aéreas avançadas, de acordo com as recomendações da AHA.A AHA recomenda que um socorrista a uma situação de código concentrar inicialmente em chamar por ajuda, e depois realizar compressões torácicas de alta qualidade. As novas recomendações aconselham leigos se concentrar em reanimação de compressão somente cardiopulmonar (RCP). Uma das razões para esta mudança de ênfase é incentivar os transeuntes, que podem estar relutantes em realizar boca-a-boca respirar por um desconhecido,para fornecer alta qualidade, no entanto, CPR.
5. Cheques de pulso deve ser de 10segundos de duração, no máximo. Para ressuscitações adultos em todas as configurações, a taxa adequada de compressões torácicas é de pelo menos 100 compressões por minuto. Resposta inicial deve começar com uma avaliação de pulso, e então proceder a 100 batidas por minuto nas compressões.
6. As diretrizes citam sete ensaios clínicos randomizados mostrando que os atrasos pressão cricóide avançados colocação das vias aéreas e não prevenir a aspiração. Pressão cricóide pode ainda ser usado durante a intubação, se desejado pela equipe de saúde.
7. Ventilação adequada é mostra dono canto inferior esquerdo e hiperventilação no canto inferior direito.Hiperventilação não é útil durante a ressuscitação de parada cardíaca e, de fato, poderia agravar o débito cardíaco e,portanto, resultado.Diretrizes recomendam o uso de capnografia onda quantitativa para medir exalada de dióxido decarbono e forneça a confirmação fácil de colocação das vias aéreas inicial avançado. Além disso,ele fornece uma avaliação contínua das vias aéreas e ventilação.Esta pode alertar os fornecedores para o deslocamento das vias aéreas de outra forma não detectados durante aressuscitação e transporte. Além disso, um aumento repentino no final da

- expiração de dióxido de carbono durante a ressuscitação é um marcador independente de retorno da circulação espontânea que pode ser notado, sem interromper as compressões torácicas. CPR assistência de dispositivos, tais como o dispositivo de limite de impedância e de distribuição de carga banda CPR não são recomendados, pois eles não têm sido mostrados para melhorar os resultados.
8. O paciente não responde e sem pulso. A equipe começa imediatamente as compressões torácicas de alta qualidade, enquanto você obter a fita de ritmo do monitor (figura).
  9. Epinefrina Administrar epinefrina IV na dose de parada cardíaca. Este é o pilar do tratamento médico para PEA e assistolia (mostrado), no entanto deve-se avaliar o paciente rapidamente para qualquer causas reversíveis. Embora as orientações anteriores atropina recomendada para o tratamento de rotina da PEA / assistolia, ele não está mais incluído no algoritmo de tratamento PEA / assistolia. Você é capaz de obter um pulso palpável após 4 minutos de ACLS. No entanto, tira de ritmo do paciente continua a mostrar o traçado mesmo, e pressão arterial sistólica é de apenas 75mm Hg. Qual dos seguintes deve ser o próximo passo?
  10. Adenosina Outras opções de tratamento incluem a cardioversão elétrica e amiodarona. As indicações para a adenosina tem sido expandida. Em 2005 as diretrizes da AHA, a adenosina foi recomendada para estável, taquicardia estreita complexo consistente com taquicardia supraventricular, como Wolff-Parkinson-White (mostrado). Na edição de 2010, a adenosina é também indicado para a avaliação inicial e tratamento de estável, monomórfica, taquicardia de complexo largo comum ritmo regular. Deve não ser usado na taquicardia irregular, como a fibrilação oatrial.
  11. Além do uso de hipotermia terapêutica, a necessidade de tratar ACS imediatamente, e outros objetivos fundamentais, o 2010 da AHA enfatizar tratar e prevenir a disfunção de múltiplos órgãos. Sugestões específicas para a prevenção da disfunção de múltiplos órgãos incluem evitar a hiperventilação e manter euglicemia. Vários estudos têm mostrado melhores resultados quando estes parâmetros são mantidos. Outra recomendação específica nova é desmamar o sobrevivente prisão de oxigênio para manter saturação entre 94% e 99%, para evitar hiperoxigenação, que pode estar associada a maus resultados.
  12. Em resumo, as mudanças em 2010 protocolos AHA ACLS incluem o seguinte: Compressões torácicas a uma taxa de 100 por minuto, com interrupções mínimas, agora são recomendados como o primeiro passo para a reanimação - uma abordagem CAB, em vez da formulação ABC anterior. Pressão cricóide não prevenir a aspiração e pode atrasar a colocação das vias aéreas avançadas.

## PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

As doenças cerebrovasculares possuem elevada morbidade e mortalidade, além de determinarem um elevado ônus social, familiar e econômico. Aproximadamente 80-85% das doenças cerebrovasculares são de etiologia isquêmica, das quais 20% são doença aterosclerótica, 25% por doenças em vasos penetrantes (lacunas), 20% por embolia cardíaca, 30% sem causa aparente e 5% por etiologias raras.

São consideradas como primeira causa de óbito não violento no Brasil.

Atualmente com o advento da terapia trombolítica através do uso do ativador do plasminogênio tissular recombinante (rtPA) com benefício se administrado nas primeiras três horas do infarto, em serviços disponíveis, o AVC tem sido considerado uma emergência médica, devendo ser conduzido prontamente por equipe de Pronto-Socorro.

### **Critérios de Inclusão no Protocolo de Tratamento**

#### Identificação do AVC

Várias são as manifestações clínicas que podem existir no AVC, seja isquêmico ou hemorrágico, dentre elas:

- Hemiparesia ou hemiplegia
- Alterações de fala e/ou linguagem
- Agrafia, acalculia
- Amaurose fugaz ou hemianopsia
- Distúrbios de marcha e coordenação
- Vertigem, diplopia, disfagia se forem de território vertebro-basilar
- Hemi-hipoestesia
- Alteração do nível de consciência
- Cefaléia

265

### **Diagnóstico Clínico e Complementar**

#### Investigação da fase aguda do AVC

Diante da suspeita clínica de AVC, sua confirmação é necessária através de alguns exames subsidiários fundamentais:

- Tomografia computadorizada de crânio: deve ser realizada prontamente e repetida em 24-48h nos casos de primeiro exame normal ou evolução insatisfatória. Objetiva identificar a natureza da lesão, se isquêmica ou hemorrágica, a extensão e topografia da lesão, excluir possíveis diagnósticos diferenciais e identificar complicações.
- Ressonância magnética encefálica para casos de tomografia normal ou AVC de território vertebro-basilar.
- Eletrocardiograma
- Rx de tórax

- Exames sanguíneos: hemograma, glicose, uréia, creatinina, eletrólitos, gasometria arterial, coagulograma e para casos de AVC isquêmico, dosagem de colesterol e triglicérides.
- Ecocardiograma e ultrassonografia com doppler de carótidas e vertebrais, que devem ser realizados antes da alta hospitalar
- Angiografia cerebral para casos hemorragia subaracnóidea ou acidente vascular hemorrágico de etiologia desconhecida
- Nos casos de AVC em jovem (idade inferior a 45 anos) recomenda-se dosagem de fibrinogênio e homocisteína, sorologia para Chagas e sífilis, além de avaliação para processos auto-imunes, arterites e distúrbios de coagulação.

## **TRATAMENTO**

### **Tratamento de fase aguda do AVCI**

Por tratar-se doença grave, o paciente deve sempre ser atendido em unidade de emergência, com realização de medidas iniciais de suporte à vida.

Ventilação adequada com ou sem intubação endotraqueal, com oxigenação sendo assegurada com O<sub>2</sub>, 3 litros por minuto. Indica-se intubação eletiva nos casos em que não existe reflexo de tosse, rebaixamento importante do nível de consciência, crises convulsivas ou evidência de broncoaspiração.

#### **a) Controle da pressão arterial**

A hipertensão arterial na fase aguda é encontrada em 50 a 80% dos pacientes, devendo ser tratada segundo a tabela a seguir:

266

	AVCI ou AVCH mais patologia associada**	Apenas AVCH	Apenas AVCI
PAD >140mmHg	Opção 1	Opção 1 ou 2	Opção 2
PAD>220mmHg ou PAM>130mmHg*	Opção 1 ou 2	Opção 2	Opção 2 ou 3
PAS>160mmHg ou PAD>105mmHg*	Opção 2	Opção 2 ou 3	Opção 3

\*Duas medidas com intervalo de 10 minutos. Reduzir PAM no máximo em 30% do inicial

\*\*Patologia associada: encefalopatia hipertensiva, angina, dissecção aórtica, insuficiência cardíaca.  $PAM = (2 \times PAD + PAS) : 3$ .

Opção 1: nitroprussiato de sódio. Usar 0,5-8ug/Kg/min, fazendo reajustes, se necessário, a cada 10 minutos

Opção 2: 2A metoprolol 5mg a cada 10 minutos, sendo 1mg /min. Máximo 20mg. Manutenção 100 a 200mg/dia, dose única ou em 02 tomadas (cp = 100mg). Em casos de asma, insuficiência cardíaca ou grave anormalidade de condução cardíaca, deve-se optar pela opção 2B Enalapril

Opção 3: não tratar.

b) Controle da glicemia

- Monitorizar glicemia nas primeiras 48 a 72h com dextros a cada 06 horas, mesmo em não diabéticos. Deve-se evitar níveis glicêmicos >120 mg/ dL independente da idade, extensão ou tipo do AVC, se isquêmico ou hemorrágico.
- Evitar hipoglicemia (<70 mg/dL)
- Evitar soluções parenterais de glicose, sendo sugerido soro fisiológico 0,9%. O suporte nutricional por via oral ou parenteral deverá ser iniciado logo que possível.
- Insulina regular deve ser utilizada sempre que dextro > 180 mg/dL

c) Controle de temperatura

A hipertermia deve sempre ser tratada pois o aumento de temperatura exacerba a lesão neurológica em vigência de isquemia cerebral.

d) Edema cerebral

Pode se desenvolver logo após o evento, atingindo o seu pico entre o segundo e sétimo dia de evolução, com mediana de 4 dias. O tratamento profilático é restrição de volume em torno de 1500 a 2000 ml ao dia. Pode-se utilizar diuréticos osmóticos ou manitol em casos de edema importante.

Deve-se ficar atento ao risco de transformação hemorrágica do AVCI, devendo-se suspender a anticoagulação por 1 a 2 dias e nos caso de formação de hematoma extenso, considerar avaliação neurocirúrgica.

e) Antiagregação plaquetária

Indicado na fase aguda de AVCI pois limita o dano tecidual e reduz morbidade e mortalidade. É utilizado também em ataques isquêmicos transitórios.

Droga de escolha é o ácido acetilsalicílico na dose 100 a 325 mg/dia.

Nos casos de contra-indicação ao uso de ácido acetilsalicílico, pode-se utilizar o clopidogrel na dose de 75 mg/dia.

f) Anticoagulantes

Em casos de disseção da carótida, aorta ascendente ou fonte emboligênica cardíaca (Fibrilação arterial, IAM ou grande acinesia ao ecocardiograma), está indicado o uso de heparina EV, mantendo TTPA no valor de 1,5 a 2 vezes o normal. Concomitante à heparina, deve-se iniciar a Warfarina sódica para manter INR entre 2 e 3.

g) Estatina

Artovastatina na dose de 80mg ao dia está indicada em todos os casos de AVC isquêmico ou ataque isquêmico transitório independente do nível do colesterol.

#### h) Trombolíticos

Em serviços disponíveis, está indicado o uso de rtPA nas primeiras 3 horas do AVCI

#### i) Reabilitação

Fisioterapia motora e respiratória está indicada precocemente para prevenção de complicações motoras graves.

Fonoaudiologia indicada em pacientes com alterações de fala, linguagem e naqueles em uso de sonda enteral.

Prevenção de trombose venosa profunda e escaras, complicações comuns nesses pacientes.

#### j) Cuidados de enfermagem

São muito importantes na prevenção de escaras e cuidados com pele, punções venosas e sondas.

### **TRATAMENTO DO AVCH HEMORRÁGICO**

Responsável por 10 a 15% de todos os acidentes vasculares encefálicos, sendo a principal causa a hipertensão arterial. Causas comuns são uso de drogas ilícitas e uso de antiagregantes.

268

50% dos AVCH se localizam nos gânglios da base.

No atendimento inicial é importante localizar e calcular o volume do sangramento além de investigar se há hidrocefalia. O volume de sangramento é calculado observando-se a tomografia de crânio e usando o método ABC/2: A= maior diâmetro do sangramento; B= perpendicular a A; C= número de cortes axiais com hemorragia X espessura do corte.

O controle pressórico foi descrito previamente, devendo ser mantida abaixo de 180/105mmHg.

- Eletrocardiograma
- Rx tórax
- Exames laboratoriais
- Uso de analgésicos e antieméticos de horário
- Fenitoína 100 mg EV a cada 8 horas
- Evitar hipertermia e hiperglicemia (> 120 mg/dL)
- Não usar corticóide
- Manitol caso haja Hipertensão intracraniana
- Intubação orotraqueal em Glasgow abaixo de 8.
- Encaminhar para avaliação neurocirúrgica os pacientes com hematoma cerebelar > 3 cm ou 40 ml, hemorragia com efeito de massa (desvio da linha média), nas



hemorragias com volume superior 30 ml e inundação ventricular com deterioração clínica ou nos casos de hidrocefalia.

· A piora neurológica ocorre nas primeiras 48 horas, devendo-se manter o paciente em UTI.

### Ataque isquêmico transitório

É caracterizado por um episódio súbito e passageiro de sintomas focais neurológicos, de etiologia vascular, com recuperação completa e duração inferior a 1 hora (geralmente de poucos segundos a 20 minutos). O AIT significa um importante fator de risco para um evento isquêmico definitivo.

A investigação dos pacientes com AIT na fase aguda segue as recomendações adotadas para o AVCI.

- Utilizar ácido acetilsalicílico e artovastatina.

### Trombose venosa cerebral

É uma causa pouco freqüente de AVC. O quadro clínico é variável, sendo a cefaléia o sintoma mais comum, associado a papiledema, crises convulsivas e alterações do nível de consciência.

O diagnóstico é dado pela ressonância magnética de crânio.

O tratamento de escolha é a heparina, seguido por anticoagulantes orais por um período de 3 a 6 meses.

269

### Hemorragia subaracnóide

Apresenta uma incidência de 10 a 5 casos por 100000 habitantes.

É mais freqüente nas mulheres, especialmente entre os 45 e 60 anos

A ruptura de aneurisma intracraniano é a causa mais comum.

Os principais fatores de risco são tabagismo, hipertensão artéria, uso de cocaína, alcoolismo, anticoncepcional, gestação e parto.

A mortalidade é elevada especialmente nos primeiros 30 dias.

O sintoma mais comum (97% dos casos) é cefaléia que é de início súbito, intensa, descrita pelos pacientes como a “a pior dor de cabeça da minha vida”.

Na abordagem diagnóstica a tomografia de crânio é fundamental e caso não evidencie sangramento, deverá ser colhido líquido (geralmente apresenta-se xantocrômico mesmo após centrifugação com contagem de hemácias superior a 100.000).

Solicitar angiografia cerebral dos 4 vasos para todos os pacientes

#### a) Tratamento

Os objetivos fundamentais no tratamento são a prevenção de ressangramento e prevenção de déficit neurológico isquêmico tardio (vasoespasm cerebral).

- Atendimento em sala de emergência e UTI após diagnóstico

- Monitorização cardíaca

- Repouso absoluto no leito, com cabeceira mantida a 30 graus

- Fenitoína 100 mg EV a cada 8 horas (em casos de alergia, pode-se utilizar carbamazepina ou fenobarbital)



- Manter pressão sistólica entre 120 e 150mmHg: clonidina, betabloqueadores e inibidores da enzima conversora de angiotensina
- Sondagem nasoenteral ou nasogástrica em pacientes com vômitos ou rebaixamento do nível de consciência
- Sondagem vesical de demora indicada em pacientes comatosos ou com distúrbios esfinterianos
- Uso de emolientes fecais e enemas para evitar obstipação
- Controle da dor com AINE, tramadol ou clorpromazina. Em casos de agitação poderão ser utilizados neurolépticos
- Proteção gástrica com omeprazol
- Dexametasona na dose de 4 mg a cada 6 horas
- Nimodipina 60 mg via oral a cada 4 horas
- Controle hidroeletrólítico rigoroso
- Fisioterapia motora e respiratória

Nos pacientes que desenvolvem sintomas clínicos de vasoespasm cerebral (déficit neurológico isquêmico tardio), deve-se empregar a terapia hiperdinâmica, conhecida como “terapia dos 3H” - hemodiluição, hipertensão e hipervolemia.

As principais complicações são alterações cardíacas, hiponatremia, edema pulmonar neurogênico, ressangramento (risco maior nas primeiras 24 horas, reduzido pela abordagem cirúrgica precoce), hidrocefalia – se aguda, deverá ser abordada cirurgicamente e vasoespasm cerebral.

Lembrar que a hemorragia subaracnóide é uma emergência neurocirúrgica, devendo sempre ser solicitada avaliação destes profissionais.

270

### Critérios De Alta

#### a) AVCI

Em casos de infarto lacunar, a alta poderá ser dada em 24 horas

Em infartos mais extensos, alta após o quito dia do evento isquêmico.

#### b) AVCH

Alta após comprovação por tomografia de reabsorção do sangramento e controle pressórico

#### c) HSA

Após realização de angiografia cerebral e marcada avaliação em serviço de neurocirurgia da nossa referência

O uso de sonda nasoenteral não é contra-indicação para alta hospitalar, devendo sempre ser convocada equipe de nutrição para orientação familiar.

## PROTOCOLO PICC – (CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA)

### 1 – OBJETIVO

Instalar acesso venoso central por inserção periférica em neonatos, lactentes e crianças para terapia intravenosa de longa duração (superior a 7 dias).

### 2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

IT. Higienização Simples das Mãos.

### 3 – SETORES RELACIONADOS

Centro Cirúrgico e Obstétrico, Clínicas Integradas, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrico.

### 4 – DEFINIÇÕES E SIGLAS

**GENF**- Gerência de Enfermagem.

**IT**- Instrução de Trabalho.

**SCIH**- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

**PICC**- Cateter Central de Inserção Periférica.

### 5 – DESCRIÇÃO

#### 5.1- MATERIAIS NECESSÁRIOS

Mesa auxiliar; 01 foco auxiliar S/N; Kit completo do PICC(cateter, fita para medição, 01 pinça, 01 tesoura, 01 agulha com introdutor, 01 campo fenestrado, 01 biofilme para curativo oclusivo, 01 garrotes); 05 pacotes de gazes, 01 agulha 40x12, 02 seringas de 10cc, 01 almotolia Clorexidina tópica 0,2%; 01 almotolia de Clorexidina alcoolica, 01 campo fenestrado 01 campo duplo de 100x100, 01 campo duplo de 80x80; 02 escova com antisséptico para degermação cirúrgicas das mãos; 02 avental cirúrgico 02 touca; 02 máscara; 02 pares de luvas cirúrgicas; 02 ampolas de SF0,9%; 01 foco auxiliar S/N.

271

#### 5.2 – RESPONSÁVEL

Enfermeiro

#### 5.3 – DESCRIÇÃO DA AÇÃO

- Prescrição Médica;
- Avaliação clínica do usuário;
- Avaliação da rede venosa e escolha da veia mais adequada para inserção do cateter;
- Esclarecer aos pais os benefícios do cateter, bem como os seus riscos e possíveis complicações;
- Reunir todo o material;
- Posicionar o usuário;
- Realizar a sedoanalgesia com Glicose 25% se necessário;
- Escolha do cateter adequado;
- Mensuração do cateter;

- Colocação da touca e máscara;
- Escovação das mãos;
- Paramentação com capote cirúrgico e luva estéril;
- Dispor todo o material na mesa auxiliar;
- Caso necessário cortar o cateter de acordo com a mensuração realizada;
- Iniciar a antissepsia do membro escolhido;
- Colocação de campos estéreis;
- Realizar garroteamento de membro escolhido;

Puncionar a veia com o introdutor, em seguida soltar o garrote;

- Introduzir o cateter lentamente;
- Após a completa introdução do cateter, retirar o introdutor;
- Realizar a limpeza do membro com soro fisiológico;
- Curativo oclusivo;
- RX de tórax para a visualização do cateter;
- Desprezar material adequadamente;
- Lavar as mãos;
- Evolução de Enfermagem enfermeiro;
- Anotações de enfermagem técnico de enfermagem;
- Assinar e carimbar o registro;

#### **5.4 – AVALIAÇÃO**

- Avaliar caso de alterações nos sinais vitais.
- Ficar atento aos sinais de flogísticos.

272

Realizar curativo oclusivo com gaze nas primeiras 24 horas. E troca do mesmo por papel filme transparente com periodicidade de troca a cada 7 dias ou se necessário.

### **5.1.8 - IMPLANTAÇÃO DE CAPACITAÇÃO DO CORPO CLÍNICO, ENFERMAGEM, FISIOTERAPIA, SERVIÇO SOCIAL E SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS;**

A Política de Educação Permanente na Unidade, materializa em transpor o modelo do foco na doença para as necessidades de saúde como um todo e instituir valores relacionados ao protagonismo e corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos no ato de cuidar.

A Educação Permanente como política é uma proposta de ação estratégica que contribui para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização de ações e serviços dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

Dessa forma, acredita-se que o processo de mudança da formação em saúde deve romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos.

O apoio à mudança no ensino pode e deveria ter como objetivo o engendramento de novas relações de compromisso e responsabilidade entre as instituições formadoras e o SUS.

A introdução da Educação Permanente em saúde é estratégia fundamental para recompor as práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas de controle social no setor da saúde. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

273

#### **EDUCAÇÃO CONTINUADA**

É um processo de capacitação dos indivíduos e atualização para as mudanças tecnológicas.

Saber técnico-científico visando à atualização de conhecimentos profissionais específicos por meio de transferência do conhecimento, fragmentando as práticas de saúde.

Como ação educativa, a educação permanente deve ser diferenciada de outros processos educacionais que comumente observamos acontecer na área da saúde. Uma dessas diferenças diz respeito à educação continuada, cujo foco é a aquisição de novos conhecimentos técnicos como forma de atualização e acompanhamento dos avanços científicos das áreas.

A educação continuada está relacionada a processos de formação com foco nos indivíduos e não em coletivos. Sua abordagem, não contextualiza a realidade dos serviços, ou o trabalho em equipe. É pautada na aprendizagem individualizada e

direcionada para categorias profissionais. O método mais utilizado nessa forma de capacitação é a transmissão de conhecimentos.

## EDUCAÇÃO PERMANENTE

Entendida como a educação que acontece no contexto do trabalho em saúde, a partir dos problemas que surgem no dia a dia dos trabalhadores em seus diferentes campos de serviço, a Educação Permanente em Saúde (EPS) visa mudar a prática das equipes de saúde para melhorar o cuidado e a assistência à população e pode ser considerada uma potente estratégia tanto para a mudança pessoal do trabalhador quanto para a mudança institucional.

É um conceito pedagógico, no setor da Saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre atenção à saúde. É a APRENDIZAGEM NO TRABALHO, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA e na possibilidade de TRANSFORMAR AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS.

A principal referência teórica metodológica da EPS é a PEGAGOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO, por permitir a geração de conhecimentos mais adequados ao contexto, a apropriação de conhecimentos individuais ao grupo e o trabalho articulado entre o conteúdo técnico e afetivo.



274

O enfoque da Educação Permanente ao contrário da perspectiva da formação tradicional, representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo, ou seja:

- Incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem;
- Modificar substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer;
- Colocar as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores;
- Abordar a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;
- Ampliar os espaços educativos fora da sala de aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias.

### DIFERENÇAS ENTRE EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO CONTINUADA:

ASPECTOS	EDUCAÇÃO CONTINUADA (EC)	EDUCAÇÃO PERMANENTE (EP)
Público-alvo	Uniprofissional	Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Prática autônoma	Prática institucionalizada
Enfoque	Temas de especialidades	Problemas de saúde
Objetivo principal	Atualização técnico-científica	Transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	Esporádica	Contínua
Metodologia	Pedagogia da transmissão	Pedagogia centrada na resolução de problemas
Resultados	Apropriação	Mudança

275

## APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA

A aprendizagem significativa se estrutura, complexamente, em um movimento de continuidade/ruptura, a partir da capacidade de relacionar o conteúdo aprendido aos conhecimentos prévios.

O conteúdo novo deve apoiar-se em estruturas cognitivas já existentes e o processo de ruptura instaura-se a partir do surgimento de novos desafios, que deverão ser trabalhados pela análise crítica, levando o aprendiz a ultrapassar suas vivências – conceitos prévios, sínteses anteriores e outros aspectos. Essa tensão acaba por possibilitar a ampliação de suas possibilidades de conhecimento.

Essencialmente, são duas as condições para a aprendizagem significativa:

- 1) o material de aprendizagem deve ser potencialmente significativo e;
- 2) o aprendiz deve apresentar uma predisposição para aprender.

A aprendizagem só adquire sentido (se torna significativa) quando corresponde a um desejo manifestado pelo indivíduo. O desejo de aprender só se transforma em intenção se uma motivação emerge. A motivação põe em movimento o desejo e lhe dá uma direção, transformando-o em ações, em projetos.



276

A análise da organização do trabalho e das práticas permite observar que são inumeráveis as situações que podem conduzir à aprendizagem significativa, tanto em nível individual quanto coletivo.

## METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO

O primeiro passo para provocar mudanças nos processos de formação é entender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente e nem de cima para baixo, ou seja, serem decididas pelos níveis centrais, sem levar em conta as realidades locais. Neste contexto, os processos de formação devem estar articulados entre si e ser criados a partir da problematização das realidades locais, envolvendo os atores.

Compreende um processo de tomada de consciência acerca da realidade pelo questionamento, que orientará a busca de fundamentos teóricos para a compreensão dessa realidade e o levantamento de hipóteses para propor ações concretas capazes de contribuir para mudanças qualitativas.





A educação problematizadora trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas. Com base nos processos de aprendizagem por descoberta, em oposição aos processos em que os conteúdos são oferecidos ao educando em sua forma final, os conteúdos de ensino são oferecidos em sua forma acabada, mas com problemas, cujas relações devem ser descobertas e construídas pelo aluno, que precisa reorganizar o material, adaptando-se à sua estrutura cognitiva prévia, para descobrir relações, leis ou conceitos que precisará assimilar.

277

#### **AS ETAPAS DESSE MÉTODO SÃO DESCRITAS NA SEGUINTE SEQUÊNCIA:**

**Observação da totalidade problemática:** o método inicia-se no momento da observação da realidade e de sua totalidade problemática. Problematização ocorre a partir de um olhar sobre essa realidade realizando um recorte e formulando um problema diante do que causa inquietação, instigação ou do que seja considerado inadequado. Ressalta-se que desde o momento de interação com a realidade, e no diálogo entre educador e educando, já se observam transformações e processos de aprendizagem. A forma de ver a realidade e identificar os pontos problemáticos também depende do grupo, de suas diferentes visões de mundo e valores.

**Levantamento dos pontos chave:** nessa etapa os educandos passam a analisar o problema, buscando compreendê-lo e levantando o conhecimento existente do grupo sobre ele mesmo. A partir dessa análise busca-se distinguir o que é relevante do que é mais superficial e contingente do problema. Os pontos relevantes são considerados os pontos chaves do problema.

**Teorização:** esse momento é contraído com a busca de informações dos educandos sobre o problema que possam explicar o porquê, o como, o onde. Essa busca deverá ser orientada pelo professor, e poderá contar com várias

fontes desde a pesquisa à referência bibliográfica, até o levantamento de informações junto à comunidade e de dados e registros dos serviços.

**Elaboração das hipóteses de solução:** nesse momento são propostas formas de intervenção sobre a realidade tendo em vista a transformação, com aquisição de novos padrões capazes de levar a superação do problema, de exercitar o compromisso com a ação e fortalecendo a articulação entre teoria e prática. Esse momento irá olhar a teoria analisando a viabilidade e oportunidade de utilização dos vários saberes em contexto real.

**Retorno à realidade para aplicação das hipóteses de solução:** os educandos retornam para aplicar as hipóteses de solução. Nesse momento o educando terá a oportunidade de confrontar a teoria e hipóteses formuladas à prática. Será o momento de intervenção sobre a realidade, que pode ser realizada de várias formas, desde dando retorno dos estudos e dados à população, até a possibilidade de manejar e exercitar determinadas habilidades. Nesse momento ocorre o fechamento do arco, completando a articulação da teoria à prática, da reflexão à ação.

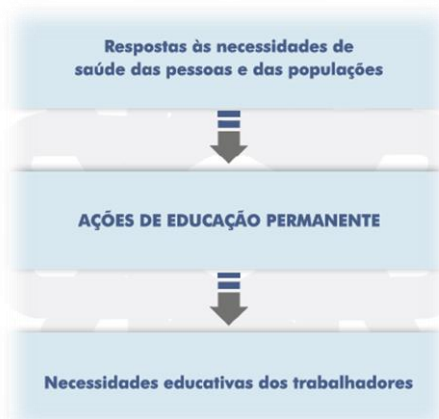
Arco da Problematização de Maguerez



278

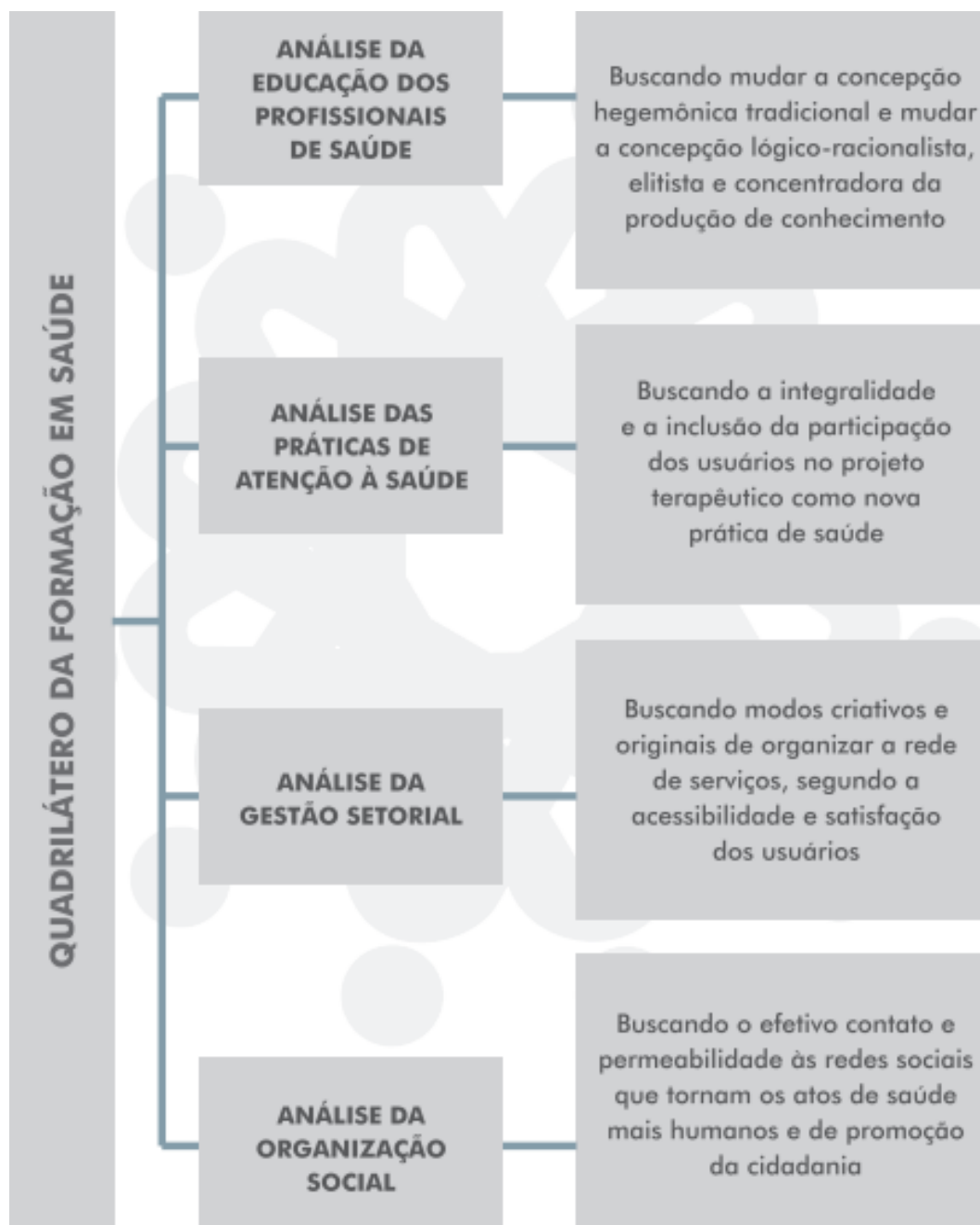
## AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES EDUCATIVAS

As necessidades educativas devem ser analisadas a partir de problemas na organização do trabalho, considerando a necessidade de conduzir a produção de saúde em rede e solidariedade Inter setorial para garantir a resposta às necessidades dos cidadãos.



## ANALISADORES PARA PENSAR/PROVIDENCIAR A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

### QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO



## DIRETRIZES E ORIENTAÇÃO PARA OS PROJETOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE



## **DESCRIÇÃO DO MODELO DE PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES DE ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE.**

A capacitação é uma das estratégias mais utilizadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente.

Mas a capacitação desenvolve-se, também, sob a influência de uma grande variedade de condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais, que antecipam e determinam o espaço dentro do qual a capacitação pode operar, seus limites e possibilidades. Reconhecê-las é a primeira condição para evitar desvios frequentes, tais como:

- a simplificação, que reduz o problema da educação de pessoal a uma questão de aplicação de métodos e técnicas pedagógicas sem a compreensão substancial de seus enfoques e sem a compreensão estratégica do contexto político institucional de realização;
- a visão instrumental da educação, que entende os processos educativos apenas enquanto meio de alcançar um objetivo pontual e não como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional;
- o imediatismo, que acredita na possibilidade de grandes efeitos de um programa educativo de aplicação rápida, quase como em passe de mágica;
- a baixa discriminação de problemas a superar, cuja solução não depende de capacitação e sim de outros fatores;
- a tendência em atuar por meio de programas e projetos, cuja lógica é de começo e fim. Além de sua dependência de fontes específicas de financiamento, não fortalece a sustentabilidade e a permanência das estratégias educativas ao longo do tempo.

281

Os processos de capacitação, indica que, geralmente, se deseja:

- melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção;
- contribuir para o desenvolvimento de novas competências, como a liderança, a gerência descentralizada, a auto-gestão, a gestão de qualidade, etc.;
- servir de substrato para transformações culturais de acordo com as novas tendências, como a geração de práticas desejáveis de gestão, a atenção e as relações com a população, etc.

Para desenvolver-se, a estratégia tem a problematização como eixo em que se integram as diversas ações específicas. Sem pretender esgotar as possibilidades, o quadro abaixo sistematiza uma sequência que vai da prática à informação, da informação à aquisição de competências e capacidades, da aquisição à programação de soluções práticas. Considerar esta sequência é de vital importância, porque o

acesso a informações e conhecimentos tem muito pouco significado se antes não se tiver refletido e identificado, na prática os problemas:

P R O B L E M A T I Z A R A S  P R Á T I C A S	Identificar problemas	Ação-Reflexão Investigação-Ação	Estudo de Casos; Trabalho de Campo; Sistematização de dados locais; Construção e priorização de problemas
	Ampliar conhecimento	Acesso Bibliográfico Acesso a dados Acesso à Educação Virtual Acesso a outras experiências	Seminário de estudos; Estágio in loco; Grupos de Discussão; Teleconferências e Redes Interativas
	Desenvolver competências específicas e da equipe	Aquisição de competências e capacidades específicas	Supervisão-Capacitante; Treinamentos focalizados específicos; Oficinas de elaboração de projetos de trabalho
	Buscar soluções; colocá-las em prática e avalia-las	Coordenar condutas com outros e trabalho em redes	Grupos operativos de qualidade; Oficinas de programação local; Avaliação de processos e resultados

282

### **A educação permanente e a mudança nas práticas – a aprendizagem no contexto do trabalho na área da Saúde:**

As teorias clássicas de aprendizagem se caracterizaram pela tendência em explicar os processos de aprendizagem, isolando-os do contexto.

Na mesma linha, a maior parte dos estudos de aprendizagem concentrou seu interesse no processo de desenvolvimento (amadurecimento e aprendizado) e, portanto, focalizou sua atenção no período da infância, com escassa preocupação pelo aprendizado dos adultos.

A importância da aula, no colégio e também na universidade, constrói um lugar isolado e protegido das influências do ambiente. A visão excessivamente escolarizada do aprendizado penetrou em boa parte das produções, apesar do esforço de pedagogos que propiciaram a abertura das fronteiras das aulas. Entretanto, destacam os limites e carências observadas durante o processo de formação, particularmente na educação universitária, e o momento de inserção na prática profissional.

Este traço teórico e metodológico é, ao mesmo tempo, uma fortaleza e uma debilidade dessas teorias clássicas: não ajudam muito a entender como é que certos contextos



facilitam enquanto outros dificultam determinados aprendizados, conceito particularmente importante quando se trabalha na educação de adultos em situações de trabalho.

Os estudos sobre as organizações ajudam substancialmente a compreender a aprendizagem no trabalho e os intercâmbios que facilitam ou impedem a mudança nas organizações. O interesse desta relação entre a aprendizagem e a organização contexto da prática nos serviços de saúde justifica-se nas seguintes situações:

- a) as organizações constituem um sistema de vínculos sustentados por meio de rotinas, rituais, normas, interações, intercâmbios linguísticos (semânticos) e regulações. Se os processos educativos em pauta não incluem a análise destes vínculos, dificilmente conseguirão transformá-los;
- b) os hospitais, centros de saúde e, em geral, as agências do setor constituem organizações, mas também instituições, com tradições e trajetórias históricas, hierarquias. Os atores internalizam as “regras do jogo”;
- c) o trabalho nos serviços de saúde é delimitado por regulamentos públicos, que incluem um sistema de credenciais, normas e incentivos explícitos e implícitos de funcionamento. É comum perceber que as ações educativas tentam remover práticas que, por outro lado, são mantidas nos sistemas de incentivos e normas de regulamentação;
- d) o trabalho nos serviços de saúde representa um contexto de aprendizagem, explícito e implícito, para manter ou mudar as regras;
- e) mediante a análise das suposições aceitas ou questionadas, os temas postos em discussão e os excluídos deste processo, os atores envolvidos e os que se separam, é possível descobrir a trama que perpetuará ou modificará as rotinas da organização;
- f) enquanto a educação permanente continuar orientada ou desenhada por atores que compartilham os mesmos comportamentos que se tenta eliminar, é normal que não se discutam as rotinas que inibem as mudanças, o que reforça, em muitos casos, os padrões de controle (status quo).

283

A introdução ou a modificação de uma prática organizativa nos serviços de saúde implica em trabalhar não apenas no desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas, sobretudo os contextos que mantêm e alimentam as práticas anteriores. Em síntese, o modelo nos obriga a pensar na organização e seu entorno como contexto de aprendizagem.

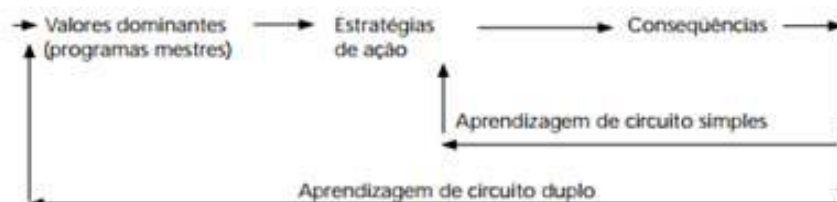
Por um lado, a necessidade de gerar conhecimento útil, mas sempre vinculado ao contexto em que a ação se desenvolve, o que não significa que qualquer prática serve em qualquer situação ou contexto. Quando se ensina uma ação eficaz, respeitam-se as contingências. Por outro lado, a proposta é gerar intervenções capazes de modificar o status quo das organizações.

Faz distinção entre as aprendizagens de circuito simples e de circuito duplo. Quando a exigência se limita a modificar estratégias para alcançar um objetivo, a aprendizagem



é de circuito simples. Ela sempre faz uma pergunta unidimensional e obtém uma resposta de mesmo padrão.

A aprendizagem de circuito duplo sempre comporta uma revisão dos valores que governam nossa própria conduta, porque ao mesmo tempo em que modifica pautas de relação, altera o status quo. Quando a aprendizagem requer a modificação do Programa Mestre, isto é, dos valores e concepções que informam a ação, estamos frente a um aprendizado de circuito duplo.



Nos contextos organizativos, a aprendizagem de circuito duplo é indispensável para a remoção de modelos mentais e estruturas de relação, mas ameaça igualmente as pautas institucionais estabelecidas. O paradoxal é que as organizações crescem e aprendem por meio de aprendizado de circuito duplo, inibindo-o ao mesmo tempo.

Este paradoxo tem consequências significativas em qualquer projeto de educação permanente do pessoal da Saúde descreve, mais de uma vez, o fracasso de processos de aprendizado em diferentes tipos de organizações. Eles não são de responsabilidade exclusiva dos erros de desenho educativo. Trata-se de problemas mais profundos relativos aos modelos de aprendizagem limitados, que os indivíduos desenvolvem para se adaptarem às organizações e às limitações que elas criam quando desenvolvem outras formas de ações alternativas.

284

As rotinas defensivas não são erros em si, mas ações “hábeis”, uma vez que não exigem a atenção consciente do autor e são executadas por “programas mestres” que produzem, automaticamente, a conduta na vida cotidiana.

### **Serão consideradas como modelo de participação das Atividades de Ensino e Pesquisa pelo INDSH:**

- Produção científica em revistas científicas, congressos, simpósios, seminários nacionais e internacionais;
- Publicação de artigos em seminários de iniciação científica;
- Atividades para ampliação, melhoria e desenvolvimento das atividades de Pesquisa;
- Participação em congressos, simpósios, seminários e outros eventos técnico científicos, de abrangência nacional ou internacional, como moderador, debatedor, coordenador, secretário ou palestrante;
- Produção de livro técnico ou científico, capítulo de livro ou citação em artigos de periódicos indexados;
- Editoração, organização e/ou tradução de livros técnicos/científicos;
- Inventos e demais produtos de pesquisa com registro e patente;

- Produção de manual técnico e/ou didático e relatório técnico;
- Participação, como editor-chefe, associado ou membro de conselho científico, em editoras de revistas científicas indexadas; e
- Outras atividades correlatas de interesse institucional e acordadas com o(s) superior(es) imediato(s).

<b>CRONOGRAMA IMPLANTAÇÃO DE CAPACITAÇÃO DO CORPO CLÍNICO, ENFERMAGEM, FISIOTERAPIA, SERVIÇO SOCIAL E SERVIÇO ADMINISTRATIVO.</b>												
<b>Ações</b>	<b>Mês 1</b>	<b>Mês 2</b>	<b>Mês 3</b>	<b>Mês 4</b>	<b>Mês 5</b>	<b>Mês 6</b>	<b>Mês 7</b>	<b>Mês 8</b>	<b>Mês 9</b>	<b>Mês 10</b>	<b>Mês 11</b>	<b>Mês 12</b>
Levantamento de Necessidades	x	x				x	x				x	x
Implantação de Indicadores			x	x	x							
Reunião com Coordenadores		x										
Definição das Tarefas		x	x									
Treinamentos Corpo Clínico			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Treinamentos Enfermagem			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Treinamentos Fisioterapia			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Treinamentos Serviço Social			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Treinamentos Serviço Administrativo			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Avaliação de Indicadores					x	x	x				x	x

## 5.1.9 - REGULAMENTO E MANUAL DE NORMAS E ROTINAS;

### Introdução

Este Manual define e caracteriza o sistema de gestão aplicado no **Complexo Hospitalar Zona Norte**”, com o propósito de organizar os recursos necessários à prestação de serviços qualificados que atendam aos requisitos dos clientes, bem como aos requisitos legais e regulamentares aplicáveis.

O conteúdo deste Manual é de responsabilidade da Diretoria Geral do Hospital; a natureza da revisão deve ser indicada no controle de revisões, última página deste Manual.

O Manual foi estruturado em itens direcionadores: Apresentação; Organização; Qualidade integrada à gestão hospitalar; Responsabilidade da direção; e, Controle de revisões.

### Apresentação Do Hospital

(Breve relato da origem do hospital)

O Hospital XXX foi construído no ano de XXX, por iniciativa de XXX, com recursos de XXX. Conta com XXX m2 de área construída e uma área total de XXX m2.

A área de atuação do Hospital é XXX; o perfil de atendimento é predominantemente XXX; a clientela é formada por pacientes do Sistema Único de Saúde e dos convênios XXX.

Este Hospital é um patrimônio público e encontra-se sob gestão de uma OSS – Organização Social de Saúde denominada INDSH – Instituto Nacional Desenvolvimento Social e Humano, regularmente contratada para esta finalidade.

A Identidade do Hospital, que compõem a parte filosófica da instituição, constituída pelo:

Negócio: XXXX

Missão: XXXX

Visão: XXXX

Princípios institucionais/organizacionais: XXXX

286

### Do Contrato de Gestão

O contrato de gestão Nº XXX datado de XXX, seus anexos técnicos e aditivos são instrumentos que outorgam ao INDSH poder de gestão do Hospital e estabelecem todas as condições operacionais acerca da produção de serviços e custeio da atividade.

### Do INDSH

O INDSH está constituído como organização social, de caráter filantrópico, sem fins lucrativos, com a visão de se tornar referência nacional em sua área de atuação.

Seu escopo é prestar serviços de gestão em hospitais, clínicas, Unidades de Pronto Atendimento, laboratórios, entre outros, além de oferecer consultoria nas áreas de saúde e ambiental, e apoio em cursos e treinamentos, visando o aprimoramento e capacitação dos profissionais do setor hospitalar.

### Missão

Promover a gestão médico-hospitalar de excelência com equipes multidisciplinares comprometidas com a qualidade, com a ética e com a valorização profissional e humana na prestação de assistência à saúde, de forma humanizada, visando a restauração do bem-estar físico, psíquico e social, em benefício da comunidade.

## Visão

Ser reconhecido como referência em governança de instituições de saúde promovendo soluções inovadoras para a saúde do País instituindo gestão de qualidade com foco na valorização humana, profissional, tecnológica e com excelência de atendimento.

## Valores

- Humanidade
- Ética
- Compromisso
- Trabalho Multiprofissional
- Profissionalismo
- Responsabilidade Social

## Profissionalismo

Competência técnica e responsabilidade profissional para atingir os objetivos definidos.

## Qualidade

Criação e aperfeiçoamento de produtos/ serviços e satisfação dos clientes internos e externos.

## Responsabilidade Social

### Princípios da Gestão Biocêntrica

- 10 Praticar sempre a abordagem sistêmica em nossas atividades;
- 11 Promover o consumo racional dos recursos naturais renováveis e não renováveis;
- 12 Incentivar o consumo consciente;
- 13 Gerenciar todos os resíduos produzidos no nosso dia a dia;
- 14 Gerenciar os impactos de nossas atividades no meio ambiente;
- 15 Buscar sempre informações corretas;
- 16 Valorizar, conservar, e preservar as riquezas regionais;
- 17 Promover a liderança inovadora e participativa;
- 18 Ser agente de educação ambiental, incentivando sempre as reflexões.

287

## Ética

Transparência e respeito em todas as relações e sigilo profissional.

## Organização

O Hospital está organizado em unidades administrativas, técnicas e assistenciais que se inter-relacionam, compondo a estrutura organizacional. O organograma é o documento que demonstra e formaliza essa estrutura, bem como a relação hierárquica de subordinação existente entre as diversas unidades. Cabe ao Diretor de Operações e Diretor Geral do Hospital sua aprovação.

Instruções para elaboração do Organograma:

- a) As comissões não precisam constar todas em ícones separados, aquelas ligadas à Diretoria Geral podem estar apresentadas em um único item denominado “Comissões” e no rodapé do documento citar na legenda todas as comissões que estão inseridas neste item;
- b) A identificação deverá ocorrer por setores/unidades. Não cite cargos no organograma;
- c) Serviços terceirizados deverão ser indicados em tens tracejados e ligados à Diretoria a qual estão associados;

- d) Funções de Staff, que respondem a um superior e não têm autoridade total sobre os níveis abaixo, são colocados em níveis intermediários e ligados a linha principal do superior correspondente;
- e) Siglas no organograma devem ser evitadas;
- f) As linhas de comunicação e hierarquia devem aparecer na legenda em acordo com o tipo utilizado;
- g) As instruções constantes deste item devem ser retiradas do Manual de Gestão após sua elaboração.

O Organograma apresenta-se em linhas de comando, a saber:

#### **Diretoria Sede**

O Hospital, enquanto organização é uma Dependência (filial) do INDSH, com sede administrativa em São Paulo, Capital. Neste sentido seu Diretor Geral e demais diretores de área são designados pelo INDSH Sede.

#### **Diretoria Geral Do Hospital**

É a autoridade funcional do Hospital, responsável pelo cumprimento das obrigações e metas previamente definidos em contrato, bem como pela implantação das diretrizes e políticas de gestão do hospital. Compete à Diretoria Geral cumprir e fazer cumprir este Manual.

#### **Diretorias Das Áreas**

É o órgão executor das políticas, diretrizes, objetivos e metas emanadas da alta direção, a serem implementados nas unidades sob comando direto, bem como representar os interesses e necessidades destas unidades no contexto do Hospital. Compete cumprir e fazer cumprir este manual e representar a Diretoria Geral quando necessário.

288

#### **Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente**

O núcleo deverá traduzir o modelo de gestão do INDSH atuando em consonância com as disciplinas que o compõe: gestão estratégica, gestão de processos, segurança assistencial, auditorias e certificações e serviço de atendimento ao cliente. O objetivo final é assegurar a qualidade e a segurança ao paciente/usuário que recebe prestação dos serviços no Hospital.

#### **Comissões Hospitalares**

A Diretoria do Hospital irá organizar e manter em funcionamento todas as Comissões legalmente exigidas pelos Órgãos Públicos fiscalizadores da atividade hospitalar, bem como poderá criar outras para melhorar o desempenho institucional.

#### **Comissões Obrigatórias**

- **Comissão De Ética Médica**

Lei 3.268/57 de 30/09/1957 (DOU 04/10/1957). Resol. CFM 1215/85. É o órgão supervisor da ética profissional na instituição, representando os Conselhos Regional e Federal de Medicina. Estes Conselhos têm por atribuição julgar e disciplinar a classe médica nos aspectos referentes ao exercício profissional e ético da Medicina. Esta Comissão deverá ser presidida pelo Diretor Técnico do Hospital e será composta pelos membros do Corpo Clínico do mesmo.

As competências estarão definidas na Ata de Abertura/Regimento da Comissão.

- **Comissão De Controle Da Infecção Hospitalar (CCIH)**

A Comissão de Controle da Infecção Hospitalar é o órgão de assessoria à Direção Geral e de execução das ações de controle de infecção hospitalar – Resolução Nº 2616/1998 e de assessoramento dos serviços médicos e hospitalares. As competências estarão definidas na Ata de Abertura/Regimento da Comissão; composta pelos profissionais do Hospital que têm maior afinidade com a problemática, devendo participar necessariamente a coordenação dos serviços de apoio, enfermagem, farmácia, laboratório e médico infectologista responsável pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

- **Comissão Interna De Prevenção De Acidentes (CIPA)**

Esta Comissão é regida pela Lei nº 6.514 de 22/12/77 e regulamentada pela NR-5 do Ministério do Trabalho, constituindo um órgão de assessoria e atuação, composta por cinquenta por cento de seus membros indicados pela Diretoria e cinquenta por cento de seus membros eleitos pelos colaboradores do Hospital.

Esta comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

- **Comissão De Revisão De Prontuários**

Resolução 1638 de 10/07/2002. Esta Comissão deve ser designada pelo Diretor Geral do Hospital, sendo membros dessa comissão representante indicado pelo Diretor Técnico, Diretor Clínico, Diretor de Enfermagem, Psicólogo, Assistente Social, Faturamento, bem como outros profissionais que se fizerem necessários. Está comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

- **Comissão De Óbitos**

(Legislação estadual) Esta Comissão deve ser designada pelo Diretor Geral do Hospital e devem ser considerados membros dessa comissão representante indicado pelo Diretor Técnico, Diretor Clínico, Diretor de Enfermagem, Médico patologista, bem como, outros profissionais que se fizerem necessários. Está comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

- **Comissão De Avaliação Nutricional**

Ministério da Saúde (Portaria 337, 14/04/99). Esta Comissão deve ser designada pela Diretoria Clínica do Hospital e devem ser considerados membros dessa comissão representantes indicados pelo Diretor Técnico, Diretor de Apoio, Diretor de Enfermagem, Diretor Administrativo, Representante SCIH, NEP, bem como, outros profissionais que se fizerem necessários. Está comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

- **Comissão De Ética De Enfermagem**

Resolução COFEN 172/94. Esta Comissão deve ser designada pela Diretoria de Enfermagem e devem ser considerados membros desta, profissionais indicados pela mesma, os quais deverão ter entre outras atribuições, a colaboração com os CORENS regionais no combate ao exercício ilegal da profissão. Está comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

- **Comissão De Farmácia E Terapêutica**

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



## Comissões Recomendadas

Conforme requisitos contratuais, perfil assistencial e necessidades de cada hospital:

- a) Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos;
- b) Comissão de Gerenciamento de Resíduos Serviços de Saúde;
- c) Comissão do Plano de Contingência Institucional;
- d) Comissão de Hemoderivados;
- e) Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes;
- f) Comissão de Curativos;
- g) Comissão de Farmacovigilância e Tecnovigilância;
- h) Comissão de Humanização

- **Educação Permanente – NEP**

O NEP deve interagir com todas as unidades do Hospital, visando implementação de práticas de educação permanente do profissional em seu local de trabalho.

- **Comunicação**

Compete fortalecer a comunicação e a imagem do Hospital junto à comunidade em geral, às instituições de classe, aos clientes internos e externos.

- **Recrutamento E Seleção**

Prover profissionais qualificados para suprir, em tempo, as vagas de trabalho abertas pelo hospital. Avaliar perfil e emitir laudo dos candidatos.

- **Administração De Pessoal**

Responsável pela admissão, compensação e desligamento de pessoal, ou seja, todo processo de acompanhamento da relação contratual do colaborador com o hospital. Representar o hospital junto aos órgãos oficiais (DRT, Sindicato, Justiça do Trabalho, etc).

- **Segurança E Medicina do Trabalho (SESMT)**

Deve promover o mais alto grau de bem-estar físico, mental e social aos trabalhadores, prevenir os desvios de saúde e proteger os trabalhadores dos riscos resultantes dos agentes agressores no ambiente de trabalho.

- **Financeiro**

Responsável pela administração de recursos financeiros, planejando e executando as políticas que vão assegurar fluxo adequado de pagamento a fornecedores e prestadores de serviço, maximizando as receitas disponíveis.

- **Faturamento**

Responsável pelo processamento, cobrança e recebimento das contas hospitalares dos pacientes, internos e externos, do sistema único de saúde, particulares e diversos convênios contratados pelo hospital.

- **Contabilidade**

Responsável por registrar e monitorar toda ação econômica que resulte em compromisso financeiro perante terceiros seja para pagamento ou recebimento de recursos, subsidiando os gestores com informações pertinentes.

- **Custos**

Responsável por gerar informações sobre a utilização de recursos e contribuição de resultado gerado em cada serviço do hospital, precificação, apuração e análise de desempenho de serviços existentes e novos projetos.

- **Patrimônio**

Responsável por catalogar e controlar todos os bens patrimoniais. Proceder a controles de inclusão, transferência e baixa dos bens próprios e de terceiros sob guarda.

- **Tecnologia Da Informação**

Prover sistema de informações adequado e seguro necessário aos serviços prestados pelo hospital. Responsável pela assistência técnica de software e Hardware, atualização de sistemas operacionais, procedimentos de segurança e preservação de informações e avaliação de novas tecnologias.



- **Hotelaria**

Responsável pelo gerenciamento da interface dos serviços de apoio com o objetivo de garantir qualidade do atendimento ao cliente através dos meios de hospedagem oferecidos.

- **Nutrição E Dietética**

Prover alimentação adequada aos usuários do hospital. Realiza a produção e a distribuição de todos os alimentos, avalia, acompanha e orienta nutricionalmente os pacientes internados nas diversas clínicas e terapia intensiva, bem como fornece alimentação aos profissionais e acompanhantes.

- **Processamento De Roupas**

Prover roupa necessária aos serviços prestados pelo hospital. Realiza a coleta, transporte e separação de roupa suja, bem como o processamento de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição.

- **Segurança**

Manter a ordem e zela pelos bens patrimoniais da instituição. Responsável por controlar acessos e fluxos (pessoas e bens) do hospital.

- **Higiene E Limpeza**

Prover ambiente limpo e seguro necessário aos serviços prestados pelo hospital. Planeja e executa todas as atividades relacionadas à preservação, limpeza, desinfecção, tratamento e manutenção de piso, parede e mobiliário, faz coleta de resíduos.

- **Compras**

Prover o abastecimento de insumos adequados e seguros necessários aos serviços prestados pelo hospital. Responsável por assegurar a melhor relação preço e qualidade pertinentes ao orçamento do hospital.

- **Almoxarifado**

Responsável pelo recebimento, guarda, controle e distribuição dos insumos necessários ao funcionamento do hospital observando condições técnicas e de segurança pertinentes.

- **Farmácia**

Prover medicamentos adequados e seguros necessários aos serviços prestados pelo hospital. Responsável por programar, receber, estocar, preparar, controlar e distribuir medicamentos e correlatos e manipular fórmulas magistrais.

- **Infraestrutura**

Prover instalações adequadas e seguras necessárias aos serviços prestados pelo hospital. Adequação e manutenção de ambientes hospitalares em conformidade com os requisitos da RDC50. Conservação, recuperação e vistoria (laudo técnico) dos equipamentos, sistemas ou instalações do hospital, com a finalidade de garantir sua completa operacionalidade.

- **Engenharia Clínica**

Assegurar que todos os equipamentos de suporte à vida estejam em pleno funcionamento e acompanhar toda questão preventiva e corretiva dos mesmos. Manter controle dos laudos técnicos de funcionamento, localização e calibração.

- **Atendimento - Recepções**

Executar o atendimento a pacientes, acompanhantes e demais pessoas que buscarem contato com o hospital. Responsável por processar os registros e encaminhamentos adequados e seguros de todos os atendimentos.

- **Internação**

Receber pacientes e prover informações as pessoas que buscarem contato com o hospital. Responsável por executar a internação e o encaminhamento adequado e seguro dos pacientes e realizar gerenciamento de leitos.

- **Telefonia**

Responsável pela comunicação via telefone e sistema de som, visando informar, realizar e direcionar ligações, localizar pessoas, fazer anúncios, entre outros.

- **Serviço De Atendimento Ao Usuário – SAU**

Atuar como canal de comunicação entre cliente com o hospital. Receber e dar o encaminhamento adequado e seguro a toda manifestação registrada ou verbal que seja feita envolvendo o hospital, seus serviços e profissionais. Responsável por pesquisar e medir o grau de satisfação dos clientes e prover informações as Diretorias e demais lideranças do Hospital.

- **Serviço Social**

Prestar assistência social aos pacientes e profissionais do hospital, em uma abordagem educativa, respeitando os princípios éticos e técnicos da profissão como premissa do serviço.

- **Arquivo E Estatística**

Zelar pela preservação do prontuário e qualidade dos registros. Assegurar o fluxo e guarda do prontuário do paciente, conforme legislações e normas estabelecidas, bem como compilação de dados estatísticos.

- **Diagnóstico E Tratamento (SADT)**

Constituído pelas áreas que realizam exames e tratamentos, têm como atribuição o auxílio no diagnóstico precoce e tratamento das principais patologias, contando com a utilização de tecnologia adequada e técnicas preconizadas pelos manuais de boas práticas e protocolos assistenciais.

- **Diagnóstico Por Imagem E Traçados:**

Composto por Radiologia, Ultrassonografia, Tomografia, Endoscopia, Colonoscopia, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, e outros que por ventura venham ser implantados.

- **Laboratório De Análises Clínicas**

Serviço destinado a análise laboratorial dos componentes do organismo, por meio de exames de sangue, urina, etc.

- **Laboratório De Anatomia Patológica**

Esta unidade destina-se a realizar exames citológicos e estudos macro ou microscópios de peças anatômicas retiradas cirurgicamente de doentes para fins de diagnósticos

- **Fisioterapia**

Reabilitação ou readaptação dos processos sensoriais e da função respiratória e motora. Utiliza métodos de inibição dos padrões, tônus e movimentos patológicos; facilitação dos normais e aprendizagem destes, gerando a função.

- **Fonoaudiologia**

Unidade destinada a reabilitação ou readaptação das funções motoras orais que envolvem a respiração, alimentação (sucção, mastigação, deglutição), integração e harmonização da fala.

- **Psicologia**

Prestar atendimento psicológico aos pacientes internados e seus familiares utilizando psicoterapia breve e focal bem como contribuir para a melhoria do nível de saúde mental, aderência ao tratamento e reabilitação sócio psicológica.

- **Agência Transfusional**

Unidade física com ambientes destinados a armazenar, realizar testes de compatibilidade e distribuir hemocomponentes para aplicação.

- **Unidade De Internação Clínica**

Unidade destinada ao atendimento de paciente portador de patologia clínica, crônica ou não. São recebidos nesta unidade, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.

- **Unidade De Internação Cirúrgica**

Unidade destinada ao atendimento de paciente portador de tratamento cirúrgico, compatível com o perfil do hospital. São recebidos nesta unidade, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.

- **Maternidade**

Unidade destinada ao atendimento de paciente no puerpério. São recebidos nesta unidade, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.

- **Medicina Intensiva**

Unidade especializada e diferenciada, destinada ao atendimento de paciente que necessita de cuidados intensivos e contínuos de equipe multidisciplinar especializada e capacitada. São recebidos nessas unidades, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.

- **Centro Cirúrgico**

Destinado à realização de cirurgias, sejam elas programadas ou de caráter de urgência. São recebidos nesta unidade, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.

- **Centro Obstétrico**

Prover atendimento a parturiente eletiva ou de urgência. Constitui o conjunto de elementos destinados ao pré-parto, parto e primeiros cuidados com o recém-nascido.

- **Central De Material E Esterilização (CME)**

Responsável por prover o hospital com material estéril adequado e seguro necessário ao serviço prestado pelo hospital. Executar o controle, processamento e distribuição de artigos a serem utilizados em todas as unidades hospitalares que requeiram limpeza, esterilização e armazenagem.

- **Ambulatório**

Destinado ao atendimento de consultas de especialidades médicas diversas, conforme perfil do hospital. São recebidos nesta unidade, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.

- **Pronto Socorro**

Destinado ao atendimento de urgência/emergência, conforme perfil do hospital. São recebidos nesta unidade pacientes em estado grave, mal súbito e risco de vida, devendo ser prontamente atendidos.

- **Berçário**

Prover atendimento ao recém-nascido, como parte integrante do serviço de obstetrícia do hospital.

- **Diretoria Técnica**

É o órgão executor das políticas, diretrizes, objetivos e metas emanadas da alta direção, a serem implementadas junto ao Corpo Clínico com o objetivo de programar o modelo assistencial através de práticas de qualidade e segurança, bem como representar organizar e supervisionar as atividades médicas, responsabilizando-se pelas atividades técnicas do serviço médico do hospital, assegurando o exercício correto da Medicina, conforme as normas vigentes.

- **Corpo Clínico**

O Corpo Clínico do Hospital é constituído por médicos credenciados a desenvolverem atividades profissionais no âmbito do Hospital:

- I. Os membros do Corpo Clínico por possuírem autonomia profissional são responsáveis pela assistência médica aos que procuram o Hospital e responde civil, penal e eticamente por seus atos;
- II. Aos membros do Corpo Clínico do Hospital, será franqueada a utilização da infraestrutura, instrumentais cirúrgicos e equipamentos do Hospital, para atendimento dos clientes/pacientes e cuidados oferecidos pelo Hospital, na forma deste Manual de Gestão, observada a habilitação de cada um, sem ônus para os mesmos, ressalvados os contratos em geral;
- III. O credenciamento de médicos ao Corpo Clínico do Hospital se fará conforme prescreve o presente Manual de Gestão.

O Corpo Clínico, órgão de caráter administrativo e sem personalidade jurídica, é constituído de Direção Clínica, Comissão de Ética Médica e Setores Médicos necessários e possíveis para o atendimento da demanda de clientes do Hospital, obedecidas às determinações do presente Manual de Gestão:

- I. O Corpo Clínico do Hospital possuirá Regimento elaborado pela Direção Clínica, seguindo o Regimento do Corpo Clínico (1 – Baixa Complexidade, 2 – Média e Alta Complexidade) disciplinando assuntos técnicos e éticos;
- II. O regimento do Corpo Clínico, para ter vigência plena, não poderá contrariar o disposto neste Manual de Gestão.

A Diretoria do Hospital, em acordo com o Diretor Clínico e o Diretor Técnico, poderá eventualmente, autorizar médicos não pertencentes ao Corpo Clínico a atenderem clientes no Hospital.

A existência de Corpo Clínico, constituído regularmente, não impede que a Diretoria convenie com pessoas jurídicas prestadoras de serviços e que seus profissionais médicos, atendam, no Hospital, os clientes a elas vinculados.

A terceirização dos Serviços Médicos poderá ser realizada por meio da celebração de contrato entre pessoas jurídicas, registrado em cartório, ficando garantido ao Hospital o direito de fiscalização do serviço, a realização do faturamento, sua participação e a aplicação das normas deste Manual de Gestão.

**Nota: Em observância ao organograma, anexar outras áreas existentes e excluir aquelas que não fazem parte do escopo.**

### **Serviços Da Sede INDSH**

#### **Sede/Diretoria Executiva**

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

#### **Sede/Apoio Técnico**

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

#### **Sede/Departamento Jurídico**

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

- a) avaliar todos os contratos de prestação de serviços que o Hospital mantém com terceiros;
- b) defender os interesses do Hospital, judicial e extrajudicialmente;
- c) atuar em todas as ações em que o Hospital for sujeito ativo ou passivo;
- d) orientar o Hospital sobre a conduta a ser adotada, objetivando eliminar ou diminuir os riscos trabalhistas, civis e penais, para não acumular obrigações futuras;
- e) emitir pareceres sobre questões inerentes ao Hospital, na aplicação dos diversos dispositivos legais que forem aprovados;
- f) acompanhar e orientar o Hospital junto ao sindicato patronal nas negociações referentes às Convenções Coletivas de Trabalho.

**Nota: Outros serviços poderão ser processados diretamente pela Sede, conforme a característica do Hospital. Neste caso serão descritos neste item.**

## **Qualidade Integrada À Gestão Hospitalar**

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

### **Requisitos Gerais**

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

### **Objetivos da Qualidade Integrada à Gestão Hospitalar**

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

### **Cumprimento integral das obrigações contratuais**

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

### **Viabilidade Econômica**

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

### **Auditorias (internas e externas) e certificações**

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

### **Treinamento e Desenvolvimento**

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

### **Satisfação do paciente/cliente**

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

### **Responsabilidade Socioambiental**

Buscamos conquistar a confiabilidade junto à comunidade por meio do nosso compromisso na gestão das questões ambientais e sociais. A utilização responsável



dos recursos durante todo o ciclo de vida dos nossos serviços aumenta a nossa credibilidade e sustentabilidade perante a sociedade e meio ambiente.

### **Humanização**

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

### **Estrutura do NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente**

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

### **Responsabilidade e Autoridade**

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

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

### **Estrutura da Documentação**

- **Circular Normativa**

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

- **Políticas**

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

- **Manual De Gestão**

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

- **Regimentos Obrigatórios**

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

- **Protocolos Clínicos**

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

- **Protocolos De Segurança Do Paciente**

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

- **Manuais Institucionais**

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

- **Mapa De Processos**

Documento que descreve o conjunto de atividades inter-relacionadas, em sua sequência lógica, que transformam as entradas (fornecedores e insumos) em saídas

(produtos e clientes) que deve agregar valor na percepção dos clientes, mencionando seus indicadores de desempenho para proporcionar sua gestão.

- **Procedimentos De Gestão**

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

- **Manuais Técnicos**

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

- **Instruções De Trabalho**

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

- **Registros**

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

## **Responsabilidade Da Direção**

- **Comprometimento Da Alta Direção**

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

- **Metas Da Alta Direção**

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

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

- **Metas Dos Gestores De Processos**

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

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

- **Comunicação E Divulgação**

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

- **Meios Para Comunicação/Divulgação**

A tabela abaixo demonstra a aplicabilidade:



Conteúdo para Comunicação	Público Alvo	Responsabilidade	Periodicidade	Forma de Comunicação
Missão, Visão e Valores	Colaboradores e pacientes	Direção Geral	Contínua	Informativos, quadros nas áreas, Intranet, papel de parede dos computadores, banners, folders, eventos relacionados.
Objetivos, Metas e Projetos	Colaboradores	Gestores dos Processos, Direção e NQSP.	Acompanhamentos mensais e/ou conforme definido em ata de reunião e ou quando necessário	Mural das áreas, Ata de Reunião de Análise Crítica e/ou Reunião com colaboradores e intranet
Resultados de Auditorias Internas e Externas, Plano de Ação e Melhorias	Colaboradores dos setores envolvidos	Gestores dos Processos, Direção e NQSP.	Reuniões para apresentação dos resultados e Reunião de Análise Crítica	Ata de Reunião de Análise Crítica e/ou Reunião com colaboradores e intranet
Dados de Produção e Produtividade	Setorial	Responsável pela atividade ou processo	Mensal e com validade determinada.	Indicadores setoriais
	Geral	Responsável pela atividade ou processo	Mensal e com validade determinada.	Indicadores Gerais

**5.1.10 - OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE QUE O ENTE INTERESSADO JÁ TENHA EM DESENVOLVIMENTO OU PENSE INICIAR SUA IMPLANTAÇÃO. NESTE CASO DEVE APRESENTAR UM PLANO DE ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICO COM DEFINIÇÃO DE ALCANCE, METODOLOGIA; CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO; ORÇAMENTO PREVISTO; ETC.**

A qualidade é um imperativo para as instituições de saúde, além de ser estratégica. Cada vez mais as Instituições de Saúde são compelidas a organizarem seus processos por meio das metodologias da Qualidade, que são muitas disponibilizadas no mercado, porém a preocupação com a qualidade deve ser cultural na Instituição e não apenas visando o reconhecimento externo das Certificadoras.

Dessa forma a visão que a alta administração deve ter, é que a Qualidade é uma ferramenta estratégica de gestão, além de ser um método sistemático de organizar os processos de trabalho e gerenciar os riscos inerentes a esses processos.

Adicionalmente, a Gestão da Qualidade e os processos de Acreditação são cada vez mais discutidos e presentes nas instituições de saúde, assim como na prática profissional daqueles que nelas atuam. Nesta perspectiva o INDSH, contempla em seu projeto a estruturação de uma Comissão da Qualidade que agregue também o gerenciamento de riscos e que deve ser composta por profissionais da Unidade com o objetivo de garantir a qualidade e a segurança dos processos de trabalho.

Essa Comissão tem o objetivo de criar a Cultura da Qualidade na UNIDADE e gerenciar os riscos dos processos de trabalho por meio da organização do mapeamento e da descrição de processos, estabelecer os indicadores de *performance* dos mesmos, alinhados ao planejamento estratégico fundamentado na missão, visão e valores da Unidade, assim como, difundir o conhecimento e a aplicação de ferramentas da qualidade para análise dos processos, que sugerimos iniciar pela abordagem do PDCA, 5W2H e o Diagrama de Ishikawa.

As atividades a serem desenvolvidas pela Comissão da Qualidade deve abranger a realização de capacitações aos colaboradores sobre temas da qualidade e gerenciamento de riscos, organização de processos, objetivando a preparação dos profissionais da instituição no envolvimento desse processo; por meio de reuniões com as áreas interessadas em ingressar na temática da qualidade; treinamentos em auditoria interna para preparação dos membros da Comissão que serão os responsáveis por esse processo; elaboração dos roteiros/instrumentos para a realização de auditorias internas nas áreas assistenciais; diagnósticos situacionais mediante auditorias internas nas áreas envolvidas; avaliação *in loco* das não conformidades resolvidas; realização de palestras e aulas sobre a temática do processo de preparo para avaliação de certificação da UNIDADE ; organização e realização de Seminários da Qualidade em Saúde; participação em eventos; e implantação e monitoramento dos indicadores da Qualidade.

A fim de garantir o mapeamento e a continuidade de abordagem dos processos cabe a Comissão da Qualidade, atuar na melhoria contínua dos processos, através da elaboração/revisão de rotinas; na manutenção de melhorias comportamentais através das auditorias internas realizadas semestralmente, e o gerenciamento de riscos e acompanhamento do plano de ação da Unidade trimestralmente.

A definição dos componentes da Comissão da Qualidade deverá ser discutida na Direção Executiva; porém com base na expertise do INDSH, sugerimos uma composição de no máximo cinco profissionais de diferentes profissões, e que trabalham nos diferentes turnos: diurno e noturno. Tais profissionais deverão ser

nomeados pelo diretor Executivo da UNIDADE. O mandato dos membros deverá ser por tempo indeterminado. O critério de escolha do coordenador da Comissão deverá ser facultado à Diretoria Executiva.

A dinâmica de trabalho da Comissão da Qualidade deverá seguir o regimento que está descrito no tópico 4.

Tendo em vista que o INDSH direciona o processo de acreditação para a metodologia da ONA (Organização Nacional de Acreditação), as atividades e o cronograma de implantação seguirão as diretrizes do Manual Brasileiro de Acreditação.

O INDSH possui um programa de implantação de ITs - Instruções Técnicas com o seguinte método para implementação:

- Estabelecer as ITs que precisam ser descritas;
- Definir os profissionais que irão elaborar/revisar as ITs;
- Aprovar e validar as ITs;
- Elaborar programação de treinamento, realizando a revisão de todas as ITs junto aos profissionais;
- Implementar as ITs no Manual da Qualidade, conforme rotina estabelecida pela instituição.

Ao término desta Implantação teremos:

- ITs descritas e validadas que irão assegurar a eficácia no processo de trabalho;
- Análise Crítica do custo/benefício das atividades, por meio do adequado uso do material;
- Gerenciamento dos riscos referentes as Instruções de trabalho;
- Profissionais treinados e aptos a realização adequada das atividades;

300

## **BOAS PRÁTICAS AMBIENTAIS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES ESPECÍFICAS**

É de fundamental importância mantermos um plano de práticas ambientais. Cabe aos coordenadores da Unidade:

Elaborar treinamentos de seus colaboradores para redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos;

Receber informações a respeito dos programas de uso racional dos recursos que impactem no meio ambiente.

Quando houver ocorrências como: vazamentos nas torneiras em geral, saboneteiras e toalheiros quebrados, lâmpadas queimadas ou piscando, tomadas e espelhos soltos, fios desencapados, janelas, fechaduras ou vidros quebrados, carpete solto entre outras. O supervisor/encarregado deverá avisar, registrando em impresso próprio, o serviço de manutenção quando uma destas ocorrências acontecer.

### **Uso racional de água.**

Capacitar seus colaboradores quanto ao uso da água;

Adotar medidas para se evitar o desperdício de água tratada;

Colaborar com as medidas de redução de consumo e uso racional da água, cujos supervisores/encarregados devem atuar como facilitadores das mudanças de comportamento de empregados, esperadas com esta mudança;

Sempre que adequado e necessário, deverá utilizar-se de equipamento de limpeza com jatos de vapor de água saturada sob pressão. Trata-se de alternativa de inovação tecnológica cuja utilização será precedida de avaliação das vantagens e

desvantagens. Em caso de utilização de lavadoras, sempre adotar as de pressão com vazão máxima de 360 litros/hora.

### **Uso racional de energia elétrica**

Durante a limpeza noturna, quando permitida, acender apenas as luzes das áreas que estiverem sendo ocupadas;

Comunicar sobre equipamentos com mau funcionamento ou danificados como lâmpadas queimadas ou piscando, zumbido excessivo de reatores de luminárias e mau funcionamento de instalações energizadas;

Ao remover pó das cortinas/persianas, verificar se estas não se encontram impedindo a saída do ar condicionado ou aparelho equivalente;

Verificar se existem vazamentos de vapor ou ar nos equipamentos de limpeza, sistema de proteção elétrica e as condições de segurança de extensões elétricas utilizadas em aspiradores de pó, enceradeiras, etc.

Repassar a seus empregados todas as orientações referentes à redução do consumo de energia fornecidas.

### **Redução de produção de resíduos sólidos**

Separar e entregar as pilhas e baterias dispostas para descarte que contenham em suas composições chumbo, cádmio, mercúrio e seus compostos, aos estabelecimentos que as comercializam ou à rede de assistência técnica autorizada pelas respectivas indústrias, para repasse aos fabricantes ou importadores, para que estes adotem, diretamente ou por meio de terceiros, os procedimentos de reutilização, reciclagem, tratamento ou disposição final ambientalmente adequada, em face dos impactos negativos causados ao meio ambiente pelo descarte inadequado desses materiais. Esta obrigação atende a Resolução CONAMA nº 257, de 30 de junho de 1999.

Tratamento idêntico deverá ser dispensado a lâmpadas fluorescentes e frascos de aerossóis em geral.

Uma vez implantado o programa de coleta seletiva de resíduos sólidos, colaborar de forma seletiva no desenvolvimento das atividades do programa interno de separação de resíduos sólidos, em recipiente para coleta seletiva nas cores internacionalmente identificadas, disponibilizados;

No programa de coleta seletiva de resíduos sólidos, deverá observar as seguintes regras:

**Materiais não recicláveis:** São todos os materiais que ainda não apresentam técnicas de reaproveitamento e estes são denominados Rejeitos, como: lixo de banheiro, papel higiênico, lenço de papel e outros como: cerâmicas, pratos, vidros pirex e similares; trapos e roupas sujas; toco de cigarro; cinza e ciscos – que deverão ser segregados e acondicionados separadamente para destinação adequada; acrílico; lâmpadas fluorescentes – são acondicionadas em separado; papéis plastificados, metalizados ou parafinados; papel carbono e fotografias; fitas e etiquetas adesivas; copos descartáveis de papel; espelhos, vidros planos, cristais; pilhas – são acondicionadas em separado e enviadas para fabricante.

**Materiais recicláveis:** Para os materiais secos recicláveis, deverá ser seguida a padronização internacional para identificação, por cores, nos recipientes coletores (verde para vidro, azul para papel, amarelo para metal, vermelho para plástico e branco para lixo não reciclável)

Deverão ser disponibilizados recipientes adequados para coleta seletiva.

Fornecer sacos de lixo nos tamanhos adequados a sua utilização, com vistas à otimização em seu uso, bem como, a redução da destinação de resíduos sólidos;

Otimizar a utilização dos sacos de lixo, adequando sua disponibilização quanto à capacidade e necessidade, esgotando dentro do bom senso e da razoabilidade o seu

volume útil de acondicionamento, objetivando a redução da destinação de resíduos sólidos.

### Cronograma

<b>CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO</b>	<b>1º SEM</b>	<b>2º SEM</b>	<b>3º SEM</b>	<b>4º SEM</b>
Criação da Comissão da Qualidade	X			
Uso racional de água		X	X	X
Uso racional de energia elétrica		X	X	X
Redução de produção de resíduos sólidos				X
Comite Acreditador			X	X

### Orçamento Previsto

A dotação destina ao incentivo a iniciativas, treinamentos e programas de qualidade é equivalente a 0,20% do valor mensal do contrato de gestão.

## 5.2. QUALIDADE SUBJETIVA:

### 5.2.1 - ACOLHIMENTO

#### 5.2.1.1 - COMO IRÁ ESTRUTURAR A INFORMAÇÃO AOS USUÁRIOS (USUÁRIOS E FAMILIARES) ACERCA DO PROCESSO DE ATENÇÃO;

A Central de Acolhimento tem sua demanda atendida imediatamente sem precisar esperar consulta médica (procura por exames, consultas ambulatoriais, etc.) E que estariam passando por atendimento médico de forma desnecessária.

Considerando as atuais políticas de gerenciamento de risco e segurança ao paciente e em consonância com a equipe assistencial poderão ser implantadas medidas para minimizar os eventos adversos, tais como: identificação do paciente com pulseira, uso de consentimentos informados para procedimentos pertinentes (exames com sedação, procedimentos invasivos).

Visando o atendimento humanizado aos usuários do hospital, todos os colaboradores participarão da Oficina de Humanização, conforme proposto no item Proposta de Educação em Saúde/Capacitação, visando a sensibilização com relação minimização dos prazos de agendamento dos exames, consultas, tempo de espera para atendimento e entrega dos resultados.

### INSTRUÇÃO AOS USUÁRIOS

O paciente/acompanhante admitido na instituição será informado quanto aos objetivos e rotina da classificação de risco.

Abaixo, identificamos os Horários, Critérios e Medidas de Controle de Risco para as Visitas aos Usuários:

303

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

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

Os horários de visitas das unidades de internação e da Unidade de Terapia Intensiva devem ser distintos.

Horário de Visitas	Diurno	Tarde	Número de visitantes
UTI P	11:30 às 12:00	17:30 às 18:00	Pai ou mãe (entrada de um /vez
Unidades de Internação		16:00 às 18:00	02 visitantes/vez
Emergência	Não há horário para visitas, será permitida a permanência de 01 acompanhante durante toda a sessão		
Horário de troca de acompanhantes: das 7:00 às 8:00 e das 18:00 às 19:00			

**Nota: o horário de visita poderá ser adequado conforme questões culturais da região e necessidades administrativas.**

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

Os acompanhantes e familiares próximos poderão obter informações do desenvolvimento do processo terapêutico durante o horário de visita, entre 16h e 17h com o médico responsável, que passará de leito em leito. As informações dos pacientes da UTI serão passadas durante o horário de visita na beira do leito. Não serão repassadas informações por telefone.

**Termo de Consentimento Informado:** é um direito dos pacientes e uma obrigação moral **de toda a equipe do Hospital.**

O termo permite que o paciente possa tomar decisões sobre os tratamentos e procedimentos propostos a ele, através de um documento assinado pelo paciente ou responsável consentindo ao médico a realização de determinado procedimento diagnóstico ou terapêutico, após haver recebido as informações pertinentes. Esses procedimentos garantem a autonomia do paciente e delimitam a responsabilidade do médico que realiza os procedimentos.

O seu uso estará indicado nas seguintes situações:

- Nos tratamentos e procedimentos cirúrgicos ou clínicos realizados sob algum tipo de anestesia;
- Nas biópsias e demais incisões (mesmo em regime ambulatorial e com algum tipo de anestesia local);
- Nos procedimentos endoscópicos, angiografias e cateterismo cardíaco;
- Nas diálises;
- Nas transfusões sanguíneas;
- Nos procedimentos radiológicos envolvendo o uso de contraste;
- No uso de medicações ou terapêuticas invasivas com risco de efeitos colaterais severos;



### **5.2.1.2 - INSTRUÇÃO COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES;**

---

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002).

O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR - se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Vai estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS. Será um instrumento de humanização. A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo.

Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/ doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações. A Classificação de Risco deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

305

#### **Missões Do Acolhimento Com Classificação De Risco**

- 1 - Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência;
- 2 - Humanizar o atendimento;
- 3 - Garantir um atendimento rápido e efetivo

#### **Objetivos**

- Escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de urgência/emergência;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;
- Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência.

#### **Equipe**

Equipe multiprofissional: enfermeiro, auxiliar de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/recepção e estagiários.

### **Atribuições da Equipe necessária para o ACCR: Médicos Dos Consultórios De Classificação De Risco:**

- Acolher o usuário de forma responsável, escutando as suas queixas, os medos e expectativas;
- Responsabilizar-se em responder de forma pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com a possibilidade de ofertas do serviço;
- Realizar o atendimento aos usuários vítimas de violência física e sexual, conforme protocolo da unidade em conjunto com o serviço social e a enfermagem;
- Solicitar exames nos pedidos marcados pelas cores, conforme fluxo interno da unidade pactuado com o SADT, estando de acordo com a classificação do paciente, através do Protocolo Estadual de Classificação de Risco
- Trabalhar sempre em equipe, buscando a integração de todos os profissionais de saúde;
- Reavaliar os usuários das áreas verde e amarela, respeitando os tempos estabelecidos neste documento, objetivando uma assistência eficiente e resolutive;
- Redigir relatório médico para admissão de pacientes no SAD e para Central de Regulação com caligrafia legível, procurando resumir o quadro clínico de forma objetiva e que conste: o atual estado do paciente, a justificativa da solicitação e as condutas já adotadas. Se a permanência do paciente ultrapassar 24 h, deverá ser redigida um novo relatório para atualização do sistema de regulação;
- Participar de reuniões e colegiado da unidade, estimulando o envolvimento dos demais colegas na gestão e do processo de trabalho.

### **Enfermeiro Da Sala De Classificação De Risco:**

306

- Acolher o usuário de forma responsável, escutando as suas queixas, os medos e expectativas;
- Responsabilizar-se em responder de forma pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com a possibilidade de ofertas do serviço;
- Realizar o atendimento aos usuários vítimas de violência física e sexual, conforme protocolo da unidade em conjunto com o serviço social e o médico;
- Classificar o risco do paciente com rapidez e eficiência, através de objetividade nas perguntas, observação aguçada, olhando e interagindo com o paciente, interessando-se pelo que ele traz;
- Utilizar ficha de anamnese padronizada do Protocolo Estadual de Classificação de Risco com o objetivo de classificar o usuário em até 03 minutos, dando celeridade ao processo;
- Após classificação do usuário, identificá-lo com a pulseira com a cor correspondente, bem como o seu acompanhante com uma pulseira de cor branca, não permitindo aglomerações de pessoas no espaço da emergência. Sugere-se a permissão de apenas 01 acompanhante por paciente, quais sejam: menores de 18 anos, maiores de 60 anos ou pacientes que se enquadram nos critérios de Atendimento Prioritário;
- Identificar a ficha de classificação de risco com adesivo da cor correspondente (azul, verde, amarelo e vermelho);
- Procurar relacionar-se de forma harmônica com seus colegas de trabalho e com toda a equipe do acolhimento;
- Participar de reuniões e colegiado da unidade, estimulando o envolvimento dos demais colegas na gestão e do processo de trabalho.

### **Técnico De Enfermagem:**

- Atender ao usuário de forma cordial, acolhedora e educada,
- Responsabilizar-se em responder de forma pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com a possibilidade de ofertas do serviço;
- Ficar na recepção para o acolhimento e identificação de possíveis situações de urgência, realizando os sinais vitais, observando o paciente e liberando-o para a sala de classificação de risco, quando julgar prioridade;
- Encaminhar ao enfermeiro as informações obtidas para que este possa classificar o risco de acordo com o Protocolo de Classificação de Risco;
- Procurar relacionar-se de forma harmônica com seus colegas de trabalho e com toda a equipe do acolhimento;
- Participar de reuniões e colegiado da unidade, estimulando o envolvimento dos demais colegas na gestão e do processo de trabalho.

### **Assistente Social:**

- Informar e orientar o paciente, acompanhante e/ou responsável quanto à dinâmica de funcionamento e normas da unidade;
- Praticar escuta responsável, qualificada e reflexiva em todos os atendimentos que realizar, acerca da demanda, necessidade do paciente ou familiar;
- Atendimento psicossocial ao paciente e/ou acompanhante/visitante nas seguintes situações: diagnóstico e/ou prognóstico grave, conflito intrafamiliar, negligência da família quanto aos cuidados com o paciente, dificuldade em levar o paciente por ocasião de alta hospitalar, abandono e óbito. Solicitar e/ou intervir juntamente com a psicologia, caso necessário;
- Contatar e referenciar o paciente pós-alta hospitalar ao Centro de Saúde, Equipe ESF de sua referência, articulando a continuidade da atenção na rede SUS;
- Orientar e encaminhar o paciente/familiar ou responsável, quanto aos direitos sociais, previdenciários, Defensoria Pública e Direitos humanos;
- Orientar os usuários quanto aos seus direitos previdenciários: auxílio-doença, perícia médica, procedimentos para solicitação de aposentadoria, LOAS, Bolsa Família, dentre outros;
- Ser a referência para a informação aos usuários, escuta qualificada aos usuários, postura acolhedora, junto aos outros profissionais de saúde e de apoio;
- Articular a continuidade da atenção na rede SUS e na rede de proteção social, mediante encaminhamentos com garantia de atendimento na unidade de saúde específica, via contato telefônico prioritariamente;
- Atualizar informações sobre a rede SUS local/regional, bem como a rede de proteção social existente para efetivação de encaminhamentos necessários e manutenção do Manual do Acolhedor (sugerimos a elaboração deste em conjunto com o Distrito Sanitário em que está localizada a unidade);
- Identificar cuidadores, condições de moradia, avaliar área de risco, unidade de saúde de referência/PSF, realizando interlocução com médico para admissão no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD);
- Realizar atendimento aos usuários vítimas de violência sexual, juntamente como médico e o enfermeiro, sejam crianças, adolescentes e mulheres, conforme protocolo interno da unidade, anexando a “ficha de notificação de violência”;
- Procurar relacionar-se de forma harmônica com seus colegas de trabalho e com toda a equipe do acolhimento;

307

- Participar de reuniões e colegiado da unidade, estimulando o envolvimento dos demais colegas na gestão e do processo de trabalho.

### Processo De Classificação

É a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

A - Usuário procura o serviço de urgência.

B - É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento.

C - Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário.

### Critérios De Classificação

- 1 - Apresentação usual da doença;
- 2 - Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);
- 3 - Situação – queixa principal;
- 4 - Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O<sub>2</sub> – escala de dor - escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);
- 5 - Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação.

### Avaliação Do Paciente

(Dados coletados em ficha de atendimento)

- Queixa principal
- Início – evolução – tempo de doença
- Estado físico do paciente
- Escala de dor e de Glasgow
- Classificação de gravidade
- Medicamentos em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios
- Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O<sub>2</sub>

308

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PRIORIDADE	CARACTERÍSTICA	DEFINIÇÃO	COR	TEMPO DE ATENDIMENTO
0	Emergência	Risco imediato de perder a vida	Vermelho	IMEDIATO
1	Muito Urgente	Condição que pode se agravar sem atendimento	Laranja	Até 10 minutos
2	Urgente	Baixo risco imediato à saúde	Amarelo	Até 30 minutos
3	Pouco Urgente	Sem risco imediato de agravo à saúde	Verde	Até 1 hora

### 5.2.1.3 - PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS NA UNIDADE;

A Central de Acolhimento tem sua demanda atendida imediatamente sem precisar espera consulta médica (procura por exames, consultas ambulatoriais, etc.) E que estariam passando por atendimento médico de forma desnecessária.

Considerando as atuais políticas de gerenciamento de risco e segurança ao paciente e em consonância com a equipe assistencial poderão ser implantadas medidas para minimizar os eventos adversos, tais como: identificação do paciente com pulseira, uso de consentimentos informados para procedimentos pertinentes (exames com sedação, procedimentos invasivos).

Visando o atendimento humanizado aos usuários do hospital, todos os colaboradores participarão da Oficina de Humanização, conforme proposto no item Proposta de Educação em Saúde/Capacitação, visando a sensibilização com relação minimização dos prazos de agendamento dos exames, consultas, tempo de espera para atendimento e entrega dos resultados.

#### INSTRUÇÃO AOS USUÁRIOS

O paciente/acompanhante admitido na instituição será informado quanto aos objetivos e rotina da classificação de risco.

Abaixo, identificamos os Horários, Critérios e Medidas de Controle de Risco para as Visitas aos Usuários:

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

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

Os horários de visitas das unidades de internação e da Unidade de Terapia Intensiva devem ser distintos.

Horário de Visitas	Diurno	Tarde	Número de visitantes
UTIP	11:30 às 12:00	17:30 às 18:00	Pai ou mãe (entrada de um /vez
Unidades de Internação		16:00 às 18:00	02 visitantes/vez
Emergência	Não há horário para visitas, será permitida a permanência de 01 acompanhante durante todo a sessão		
Horário de troca de acompanhantes: das 7;00 às 8:00 e das 18;00 às 19:00			

**Nota: o horário de visita poderá ser adequado conforme questões culturais da região e necessidades administrativas.**

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

Os acompanhantes e familiares próximos poderão obter informações do desenvolvimento do processo terapêutico durante o horário de visita, entre 16h e 17h com o médico responsável, que passará de leito em leito. As informações dos pacientes da UTI serão passadas durante o horário de visita na beira do leito. Não serão repassadas informações por telefone.

**Termo de Consentimento Informado:** é um direito dos pacientes e uma obrigação moral **de toda a equipe do Hospital.**

O termo permite que o paciente possa tomar decisões sobre os tratamentos e procedimentos propostos a ele, através de um documento assinado pelo paciente ou responsável consentindo ao médico a realização de determinado procedimento

diagnóstico ou terapêutico, após haver recebido as informações pertinentes. Esses procedimentos garantem a autonomia do paciente e delimitam a responsabilidade do médico que realiza os procedimentos.

O seu uso estará indicado nas seguintes situações:

- Nos tratamentos e procedimentos cirúrgicos ou clínicos realizados sob algum tipo de anestesia;
- Nas biópsias e demais incisões (mesmo em regime ambulatorial e com algum tipo de anestesia local);
- Nos procedimentos endoscópicos, angiografias e cateterismo cardíaco;
- Nas diálises;
- Nas transfusões sanguíneas;
- Nos procedimentos radiológicos envolvendo o uso de contraste;
- No uso de medicações ou terapêuticas invasivas com risco de efeitos colaterais severos;

## 5.2.2 - ATENDIMENTO

### 5.2.2.1 - INSTRUÇÃO DE DEFINIÇÃO DE FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS CONFORME PREVISÃO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE.

---

#### INSTRUÇÃO DE DEFINIÇÃO DE FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS CONFORME PREVISÃO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE.

O acompanhante é sujeito integrante do processo de produção de saúde e, por isso, sua participação ativa é essencial no tratamento e recuperação dos pacientes assistidos pelo hospital. Diante dessa condição, o acompanhante de crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais assume corresponsabilidades, junto à equipe multiprofissional da instituição, além de lhe serem garantidos direitos.

Durante a permanência do paciente, os acompanhantes têm direito a acomodação e as principais refeições. Sua colaboração para o bom andamento do tratamento e recuperação do paciente também é muito importante.

Pensando nisso, o INDSH acredita que algumas condutas devem ser seguidas:

- Informar à equipe multidisciplinar, quando perceptível ao acompanhante, as mudanças inesperadas no estado de saúde do paciente que possam interferir no tratamento.
- Se responsável legal, fornecer informações precisas, completas e acuradas sobre o histórico de saúde, doenças prévias, procedimentos médicos anteriores e outros problemas relacionados à saúde do paciente.
- Seguir as instruções recomendadas pela equipe multiprofissional.
- Conhecer e respeitar as normas e regulamentos do hospital, através do manual de orientações entregue aos pacientes e acompanhantes.
- Respeitar os direitos dos demais pacientes, acompanhantes, colaboradores e prestadores de serviços da instituição.
- Zelar pelos bens móveis e estrutura física do hospital, enquanto patrimônio público, colocados à sua disposição para seu conforto e tratamento do paciente, bem como solicitar a mesma postura de visitantes do paciente.
- Participar do plano de tratamento do paciente e da alta hospitalar.
- Não se ausentar do leito do paciente ou sair da unidade hospitalar sem comunicação prévia à equipe multiprofissional.



## **ACOMPANHANTES EM INTERNAÇÕES HOSPITALARES:**

Se o paciente internado for menor de 18 anos de idade, tem assegurado um acompanhante - um dos pais ou responsável (art. 12 da Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente). O mesmo direito é assegurado aos idosos (60 anos ou mais) submetidos à internação hospitalar, (art. 16 da Lei 10.741/03 - Estatuto do Idoso), ou Pessoas com Deficiência (PCD).

O acompanhamento será preferencialmente prestado pela mãe, pai, responsável legal, ou pessoa designada pela família que também será credenciada pelo Hospital HPSZN.

A presença do acompanhante será permitida no quarto, enfermaria, unidade de terapia intensiva, sala de recuperação, exceto nos casos em que a presença do acompanhante possa dificultar a aplicação eficiente de práticas terapêuticas e hospitalares.

O acompanhante será estimulado a ter uma função auxiliar no tratamento do paciente, e lhe será garantido:

- I – Esclarecimentos sobre a doença do paciente;
- II – Esclarecimentos sobre tratamento pós alta;
- III – Esclarecimentos sobre tratamento no hospital;
- IV – Orientação sobre a importância da doença;
- V – Orientações sobre infecções hospitalares;
- VI – Orientação sobre cuidados básicos com higiene e nutrição, bem como na prevenção de doenças comuns da infância.
- VII – Orientação sobre prevenção e controle de doenças relacionadas à infância;
- VIII – Orientação sobre vacinação obrigatória;
- IX – Esclarecimentos sobre as normas Hospitalares.

312

O Hospital fornecerá instalações necessárias à garantia da permanência do acompanhante durante e o dia, bem como seu pernoite.

Ao acompanhante participante serão garantidas refeições, assim como lanches e café da manhã, cujos fornecimentos serão de obrigação do Hospital HPSZN.

O acompanhante deverá utilizar crachá de identificação próprio e com o nome da criança, do adolescente do idoso ou do PCD que acompanha, do leito e unidade, bem como vestimenta padronizada fornecidos pelo Hospital HPSZN, não sendo permitida a reutilização desta identificação por outra pessoa. Se houver troca de acompanhante, deverá ser comunicada na recepção de Internação, sendo realizada novo cadastro do acompanhante em substituição daquele anteriormente designado.

Trocas de acompanhante: Realizadas das 8h às 9h, das 13h às 14h e das 18h às 20h. O acompanhante é atendido por profissionais da recepção, onde se processa a troca com o acompanhante anterior, por meio de um crachá de identificação.

Não serão permitidos, mas de um acompanhante por paciente internado.

## 5.2.2.2 - PROPOSTA P/ IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

### SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO (SAU)

#### **OBJETIVO**

Este manual contém informações importantes, procedimentos e recomendações necessárias para assegurar conforto, tranquilidade e segurança durante a permanência do paciente conosco.

O INDSH, espera que a estadia em nossas UNIDADES seja rápida e tranquila, que os problemas sejam resolvidos e que possamos atender com o que há de melhor em relação a pessoal e equipamentos, com uma assistência segura, oferecendo todo o cuidado necessário ao paciente de maneira profissional e humanizada.

Em caso de dificuldade ou problema, contará com a orientação com da equipe de enfermagem, Serviço Social, Psicologia, SAU ou Grupo de Humanização.

#### **DESCRIÇÃO DO MANUAL**

##### **Orientações gerais aos usuários:**

- Permanecer devidamente identificado com a pulseira de identificação fornecida no ato da internação;
- Aos usuários menores de 18 anos, acima de 60 anos, são assegurados por lei o direito de 01 acompanhante durante seu período de tratamento (interno ou externo);
- Os familiares ou visitantes de usuários em procedimento cirúrgico, deverão aguardar no quarto o retorno do mesmo;
- Os crachás fornecidos aos usuários, acompanhantes e visitantes deverão ser entregues na Recepção Central/ Portaria, no momento da sua saída;
- Não é permitido fumar ou fazer uso de bebida alcoólica nas dependências da UNIDADE;
- Não é permitido trazer medicamentos e alimentos de fora para serem ministrados ao usuário. Visto que se trata de um paciente e que o mesmo já possui tratamento medicamentoso e nutricional adequado a sua recuperação, porém, caso o usuário utilize medicação de uso próprio a equipe de enfermagem ou farmácia deve ser informada, para controle desta medicação;
- O usuário fora da idade permitida para ter acompanhante, conforme Lei nº 106/2009, só poderá ser acompanhado, mediante avaliação do seu quadro clínico e social e pela equipe multiprofissional.
- Por questões de segurança, só é permitido aos usuários transitar pelos corredores das clínicas de internação e arredores, não sendo permitido que os mesmos circulem em outros setores.
- Não é permitido utilização dos telefones dos Postos de Enfermagem, das Recepções, do Setor de Informações e da Central Telefônica.
- Nas dependências da UNIDADE, o uso de celulares só é permitido única e exclusivamente para ligações;
- Caso o usuário atenda ou faça ligações do seu aparelho celular, deve retirar-se do quarto e usar tom baixo de voz;
- As tomadas existentes nas réguas de oxigênio localizadas na cabeceira dos leitos, destina-se única e exclusivamente aos procedimentos realizados pela enfermagem.
- **USUÁRIOS E ACOMPANHANTES DEVERÃO ESTAR DEVIDAMENTE TRAJADOS, PREFERENCIALMENTE COM ATENÇÃO AS SAIAS CURTAS, MINI BLUSAS, SHORTS, ROUPAS DECOTADAS E TRANSPARENTES, VISANDO A PROTEÇÃO DOS MESMOS FRENTE AS PATOLOGIAS EXISTENTES E AINDA PARA CONTRIBUIR COM O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR;**
- **NÃO É PERMITIDO FILMAR OU FOTOGRAFAR NO INTERIOR DA UNIDADE;**
- **O INDSH NÃO SE RESPONSABILIZA POR EXTRAVIOS DE CELULARES E OUTROS PERTENCES DE VALOR;**

## Orientações aos acompanhantes:



- O acompanhante deverá ter idade mínima de 18 anos, sendo preferencialmente, do mesmo sexo do usuário para casos de internação;
- Permanecer exclusivamente com o seu paciente;
- Respeitar as orientações do Isolamento;
- Permanecer devidamente identificado pelo crachá fornecido no ato da internação;
- Manter as grades dos leitos levantadas;
- **NÃO É PERMITIDO ASSENTAR NA CAMA DO USUÁRIO, POIS PODE SE CONTAMINAR OU CONTAMINAR O USUÁRIO INTERNADO, VISTO QUE O PACIENTE ESTÁ DEBILITADO E NECESSITA DE CUIDADOS.**
- **TAMBÉM NÃO É PERMITIDO DEITAR NOS LEITOS VAGOS NAS ENFERMIARIAS, POIS O MESMO ESTÁ HIGIENIZADO, AGUARDANDO A PRÓXIMA INTERNAÇÃO.**
- As mães não devem entregar seus filhos a ninguém que não esteja devidamente identificado pela UNIDADE, pois durante o período de internação, a segurança dos usuários é de responsabilidade da instituição;
- O acompanhante deverá permanecer exclusivamente com o seu usuário, não sendo permitido se deslocar para corredores ou outras dependências da UNIDADE e/ou visitas entre usuários;
- Não é permitido aos acompanhantes entrar ou permanecer no posto de enfermagem, copas e áreas exclusivas de serviços;
- Não poderá manipular equipamentos hospitalares;
- Deverá manter tom baixo de voz durante todo o período que permanecer na UNIDADE e principalmente durante a noite;
- Não será permitido ao acompanhante entrar nas unidades de internação com colchonetes, edredons, malas e sacolas contendo roupas e material pessoal em excesso; a bolsa/mala ficará no setor de Guarda-Volumes;
- **Não poderá lavar e estender roupas nos quartos, banheiros e janelas;**

314

### Exemplo De Rotina Para Acompanhantes:

SETOR	HORÁRIO	ACOMPANHANTES
CLÍNICA CIRÚRGICA CLÍNICA PEDIÁTRICA CLÍNICA MÉDICA	7:30h às 8:00h; 18:00h às 18:30h	1 (uma) pessoa por usuário
UTI ADULTO	<b>1 acompanhante 24h</b> <b>Em alguns casos, seguir orientações do setor</b>	
UTI PEDIÁTRICA	<b>1 acompanhante 24h</b> <b>Em alguns casos, seguir orientações do setor.</b>	

### Orientações aos visitantes:



- **É necessário identificar-se através do documento de identificação com foto para realização de visitas.**
- **Só é permitida a visita portando o crachá de identificação recebido na Recepção Central;**
- O crachá não poderá ser extraviado (perdido) e deverá ser entregue na Recepção Central no ato da saída;
- As Visitas são controladas por quantidade de visitantes ao usuário;
- As visitas são permitidas apenas para pessoas maiores de 12 anos, pois as crianças possuem menor imunidade e estão sujeitas às incidências de doenças. As exceções se darão conforme avaliação da Psicologia da UNIDADE, quando houver.
- **O visitante deverá sempre lavar as mãos, antes e após as visitas nas Clínicas e UTI's, visando à redução dos casos de infecção hospitalar.**

### Exemplo De Rotina Para Visitantes:

315

SETOR	HORÁRIO	ACOMPANHANTES
CLÍNICA CIRÚRGICA CLÍNICA PEDIÁTRICA CLÍNICA MÉDICA	7:30h às 8:00h; 18:00h às 18:30h	1 (uma) pessoa por usuário
UTI ADULTO	<b>1 acompanhante 24h</b> Em alguns casos, seguir orientações do setor	
UTI PEDIÁTRICA	<b>1 acompanhante 24h</b> Em alguns casos, seguir orientações do setor.	

## REFEIÇÕES



Os regimes dietéticos dos usuários são prescritos pelo nutricionista assistencial. A alimentação faz parte do tratamento dos pacientes. Por esse motivo, não é permitido oferecer a eles alimentos ou bebidas que não sejam autorizados pelo (a) nutricionista;

Os profissionais da nutrição estarão à disposição, diariamente, para tirar dúvidas.

A cada paciente será administrada dieta específica, de conformidade com seu tratamento.

- Não será permitido trocar refeições entre paciente e acompanhante e trazer refeições do refeitório para as clínicas.
- O consumo inadequado de alimentos não será autorizado pelo(a) nutricionista, pois poderá prejudicar o tratamento e a recuperação do paciente.

**OS RESTOS DE ALIMENTOS NÃO CONSUMIDOS PELO USUÁRIO NÃO DEVERÃO SER DESCARTADOS NA LIXEIRA; UMA COPEIRA IRÁ RECOLHER.**

As refeições para os usuários serão servidas a partir dos seguintes horários:

REFEIÇÃO	USUÁRIO	ACOMPANHANTE
CAFÉ DA MANHÃ	A PARTIR DAS 6h	DAS 6h as 6:45h
COLAÇÃO	A PARTIR DAS 9h	NÃO SERÁ FORNECIDO
ALMOÇO	A PARTIR DAS 11h	DAS 11h00min as 11:45h
LANCHE	A PARTIR DAS 15h	Das 14:00h às 14:45h
JANTAR	A PARTIR DAS 17h	DAS 19h as 19:45h
CEIA	A PARTIR DAS 20h	NÃO SERÁ FORNECIDO


316

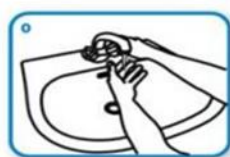


## HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

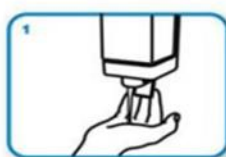
- A mão é o principal meio de transmissão de doenças, por isso lave-as sempre antes e após qualquer procedimento para evitar a infecção hospitalar.

# Lavagem das mãos

 Duração total do procedimento: 40-60 seg.



Molhe as mãos com água



Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



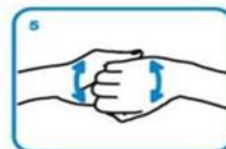
Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



Palma com palma com os dedos entrelaçados



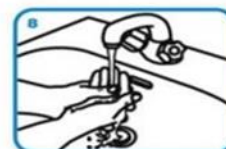
Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados



Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



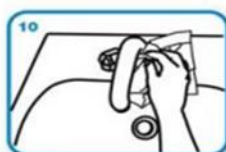
Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



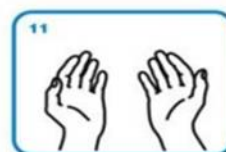
Enxague as mãos com água



Seque as mãos com toalhete descartável



Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual



Agora as suas mãos estão seguras.

- A antissepsia com álcool gel não substitui a lavagem efetiva das mãos, em caso de contato com secreções e fluidos (mãos visivelmente sujas) a antissepsia é contraindicada, devendo ser realizada a lavagem das mãos conforme a técnica correta.

## Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

**Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!**



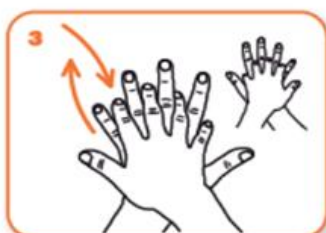
Duração de todo o procedimento: **20 a 30 seg**



1a Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



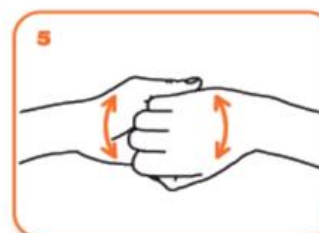
2 Friccione as palmas das mãos entre si.



3 Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



4 Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



5 Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



6 Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



8 Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

318



### **LIMPEZA HOSPITALAR**

Todos devem colaborar com a limpeza da UNIDADE, não riscando ou cuspidando nas paredes, jogando o lixo na lixeira e não deixando restos de comidas nos refeitórios, pois atraem insetos e vetores da Infecção Hospitalar. Contribuindo para que a UNIDADE permaneça limpa e segura para atendimento. Lembrando que esse patrimônio é de todos.

### **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INTERNAÇÃO**

- Laudo de Solicitação de Internação Hospitalar;
- Encaminhamento médico assinado e carimbado;
- Certidão de nascimento, CPF, RG, Cartão Nacional do SUS e contato telefônico;
- Guia de Autorização.

### **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

- O local de origem solicita autorização de atendimento à Central de Regulação Regional de Saúde, que fará a análise e caso seja perfil da UNIDADE, autorizará o atendimento;

### **AGENDAMENTO**

O Usuário deverá realizar seu agendamento de consultas e exames, através da Central de Regulação da origem, com o pedido médico.

### **ENCAMINHAMENTO PARA CONTRA REFERÊNCIA**

A Contra Referência é a continuidade do tratamento do usuário em seu local de origem, que ocorre após avaliação médica, tanto no Ambulatório quanto Internação e Urgência e Emergência.

### **ENCAMINHAMENTO DE TFD (TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO)**

Usuários realizando tratamento fora de seu Município de origem, com mais de 50 Km de distância terrestre ou fluvial, e mais de 200 milhas aérea, tem direito ao Tratamento Fora de Domicílio.

O encaminhamento é feito somente com Laudo para TFD, solicitado e assinado pelo médico que está referenciando para tratamento com especialidade não existente em seu município.

**O usuário deverá dar entrada na solicitação de TFD na Secretaria de Saúde de seu município de origem.**

**Obs.: Em caso de dúvidas, o usuário deverá procurar o Serviço Social da UNIDADE.**

### **ENTREGA DE EXAMES**

Somente o usuário tem direito a retirada dos exames, salvo os casos de menores, Tutela, Curatela e/ou manifestação escrita pelo usuário para o fim específico, com apresentação da cópia do documento do usuário e responsável acompanhado do original e comprovante de marcação do exame.

## **ACHADOS E PERDIDOS**

Consideram-se achados e perdidos os bens encontrados nas dependências da UNIDADE, cujo proprietário não puder ser imediatamente identificado.

Esses objetos ficarão guardados no Guarda Volumes da UNIDADE. A retirada dos mesmos será realizada na sala de guarda volumes, por meio de comprovação de posse sobre o objeto, sendo devidamente registrada a entrega através de protocolo assinado por ambas as partes (entregador e recebedor).

## **SAU – SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO**

É o setor destinado a ouvir as opiniões dos usuários, sendo queixas, elogios e sugestões, relacionadas aos serviços prestados, buscando soluções e o bem-estar de todos, assim como melhorias na qualidade do atendimento hospitalar.

Também é o setor de informações, onde você pode tirar sua dúvida sobre horários, atendimentos, permissões e outros serviços que a UNIDADE disponibiliza. A utilização dos serviços do SAU pode ser:

- Através das Caixas do SAU, preenchendo a pesquisa de satisfação distribuídas na UNIDADE.
- Durante a visita do profissional do SAU aos setores da UNIDADE.
- Atendimento direto na sala do SAU, localizada na recepção central.

## **ALTA MÉDICA**

- Estando o paciente em condições de alta, segundo critério médico, o mesmo formalizará o pedido junto à enfermagem, registrando no prontuário a alta clínica;
- O Usuário deverá aguardar as orientações de alta hospitalar, repassadas pela enfermagem e só poderá sair das Unidades de Internação acompanhado pelo maqueiro ou técnico de enfermagem.

320

## **PORTARIA**

O serviço de Portaria deverá contribuir para o desenvolvimento de um ambiente agradável e seguro para colaboradores e para receber usuários, seus acompanhantes e visitantes.

- Para garantir a qualidade no atendimento, serão observados os horários de troca de acompanhantes e visitas;
- Para acesso às dependências da UNIDADE, **É OBRIGATÓRIO** a apresentação de documento de identificação com foto;
- A monitorização da segurança será realizada por câmeras de vídeo 24 horas;
- Ao sair da UNIDADE, os usuários deverão devolver todos os crachás recebidos na entrada.

## **APLICAÇÃO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO**

### **OBJETIVO**

Aplicar a pesquisa de satisfação ao usuário e/ou acompanhante que utilizam os serviços na UNIDADE.

### **DESCRIÇÃO DA AÇÃO**

#### **1) Aplicação do formulário pesquisa de satisfação aos usuários externos (Ambulatório, SADT, Urgência/emergência e Fisioterapia):**

- Entregar o formulário de pesquisa de satisfação à cada usuário e/ou acompanhante que se encontre no setor.
- Apresentar-se gentilmente como colaborador do Serviço de Atendimento ao Usuário. Dizer o que é o serviço do SAU, para que serve este atendimento e a importância da participação do usuário.
- Explicar como se preenche o formulário, esclarecendo dúvidas, caso haja.
- Informar onde estão localizadas as caixas de pesquisa para que os usuários e/ou acompanhantes depois do preenchimento dos formulários possam depositá-los nas mesmas. E informar onde se localiza a sala do SAU, demonstrando disponibilidade. Ao final da apresentação, o colaborador do SAU agradece pela participação e atenção de todos.

#### **2) Aplicação do formulário de satisfação aos usuários Interno (Clínicas Integradas A e B, estar das mães das UTI's):**

- A pesquisa é realizada no horário vespertino durante a visita do SAU em todos os setores de internação.
- Apresentar-se gentilmente como colaborador do Serviço de Atendimento ao Usuário. Dizer o que é o serviço do SAU, para que serve este atendimento e a importância da participação do usuário.
- Fazer entrega dos formulários a cada paciente ou acompanhante para incentivar a participação.
- Explicar como se preenche o formulário, esclarecendo dúvidas, caso haja. Ao final o colaborador indica onde está localizada a caixa de pesquisa e salienta que o formulário deve ser preenchido no momento de sua preferência, lembrando que tanto o usuário como o acompanhante podem sentir à vontade para utilizar os formulários quantas vezes acharem necessário.

321

Os dados levantados pela Pesquisa são discutidos pelas equipes dos serviços para interferência em processos de trabalho e melhoria da qualidade da assistência.

### **5.2.2.3 - COMO IRÁ PESQUISAR A OPINIÃO OU NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO: INSTRUMENTO DE PESQUISA, FREQUÊNCIA, SISTEMÁTICA DAS AÇÕES CORRETIVAS;**

---

Uma das necessidades mais prezadas pelo ser humano é, sem dúvida, a de ser ouvido, de externar as suas impressões colhidas da realidade e, eventualmente, manifestar sua insatisfação em relação a elas. Dada a natureza gregária do homem, essa necessidade de se fazer ouvir é percebida em suas mais diversas interações sociais, seja no âmbito familiar ou profissional, seja em suas relações comerciais.

O INDSH tem como premissa criar condições que levem a busca da excelência no atendimento ao usuário, visando sua satisfação com os serviços que serão prestados pela Unidade.

Uma das ferramentas de gestão utilizadas pelo Instituto é a implantação do serviço de avaliação de atendimento ao usuário. Este será estruturado por meio de um sistema de avaliação periódico e sistemático para acompanhar a efetividade das ações relativas à melhoria contínua do atendimento ao usuário. Esse sistema constitui-se das seguintes etapas:

- 1- Coleta de informações;**
- 2- Tabulação e análise dos resultados;**
- 3- Plano de Ação;**
- 4- Avaliação e Validação.**

322

- 1- Coleta de Informações:** No que se ao método utilizado para mensuração do Índice de Satisfação do Usuário, há dois conjuntos de resultados, especificados abaixo:
  - Serão coletadas informações junto ao usuário, por meio da abordagem direta, realizada pelo colaborador responsável pelo serviço. Nesse momento, serão registradas opiniões, críticas e sugestões dos clientes, por amostragem.
  - Serão disponibilizados urnas e formulários em locais de grande circulação, para que os usuários possam manifestar suas sugestões e críticas em relação aos serviços prestados.
- 2- Tabulação e análise dos resultados:** A tabulação e análise dos dados será operacionalizada pelo colaborador responsável pelo serviço, semanalmente, onde serão analisados os itens de avaliação de satisfação e todos os fatores que os compõem. À partir da análise dos dados, serão definidos planos de ação em busca da melhoria dos serviços prestados. Vale ressaltar que na ocasião de análise, serão fornecidos feedback aos usuários das medidas que foram ou serão adotadas.
- 3- Plano de Ação:** O resultado obtido da etapa anterior será a base para a construção dos planos de ação, que serão desenvolvidos pelas respectivas áreas. Preconiza-se a utilização da ferramenta da qualidade 5w2h.
- 4- Avaliação e Validação:** Após intervenção do plano de ação será realizada a avaliação e validação dos problemas detectados por meio do acompanhamento dos questionários de avaliação dos serviços prestados. Este processo utilizará o Ciclo do P.D.C.A, sendo que todas as etapas destas atividades estarão registradas no relatório mensal emitido pelo serviço. Vale ressaltar que o relatório fará parte da pauta da reunião mensal dos dirigentes da Unidade. O serviço utilizará após validação dos gestores contratados o formulário abaixo descrito:

**Prezado (a) Cliente: Estamos em constante busca pela excelência.  
Para isso, precisamos da sua opinião sobre nosso atendimento e principais serviços.**

É a primeira vez que utiliza nossos serviços?  Sim  Não  
Qual foi o Tipo de Atendimento?  Consulta  Urgência e Emergência  outros

Como você avalia os Serviços abaixo?					Neste campo, você poderá justificar sua avaliação para cada Serviço:
Marque X na Opção Desejada	ÓTIMO	BOM	REG	RUIM	
Recepção					
Médicos					
Enfermagem					
Limpeza					
Nutrição					
Outras Equipes					
Atendimento geral					

De acordo com a sua opinião o que precisamos melhorar para alcançarmos a sua satisfação?

---

---

---

---

Se possível, deixe seu contato para mantermos comunicação:

Nome: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

323

O Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU, contara com um profissional da área administrativa que estará subordinado a Diretoria Executiva. Terá como horário de atendimento das 8hs as 18hs (Horário comercial).

**Será competência do colaborador responsável pelo serviço:**

- Preservar e respeitar os princípios da "Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Constituição Federal e das Constituições Estaduais".
- Estabelecer canais de comunicação de forma aberta, honesta e objetiva, procurando sempre facilitar e agilizar as informações.
- Agir com transparência, integridade e respeito.
- Atuar com agilidade e precisão. Respeitar toda e qualquer pessoa, preservando sua dignidade e identidade.
- Reconhecer a diversidade de opiniões, preservando o direito de livre expressão e julgamento de pessoa.
- Ouvir o usuário com paciência, compreensão, ausência de pré-julgamento e de todo e qualquer preconceito.
- Resguardar o sigilo das informações.
- Responder ao usuário no menor prazo possível, com clareza e objetividade.
- Atender com cortesia e respeito às pessoas.
- Buscar a constante melhoria das suas práticas, utilizando eficaz e eficientemente os recursos colocados à sua disposição
- Atuar de modo diligente e fiel no exercício de seus deveres e responsabilidades.
- Buscar junto as áreas medidas de melhoria visando o atendimento de excelência aos usuários da unidade.

**Nota: As competências acima descritas, foram baseadas no Código de Ética do Ouvidor.**

324

#### **5.2.2.4 - PROPOSTA DE PESQUISA PERIÓDICA / CONTÍNUA DE SATISFAÇÃO DO COLABORADOR, COM DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES.**

A Política de Gestão de Pessoas é responsável por garantir direcionamento, adequação e qualificação dos colaboradores, sendo seus valores internos pautados na ética, confiabilidade e sigilo das informações pertinentes aos setores. Esta política é pautada nos princípios organizacionais e desenvolvida através de estratégias que garantam o seu funcionamento.

As diretrizes desta política são pautadas em direcionamentos que envolvem os setores de RH, DP, NEP e SESMT, descrevendo gestão por competência, modelo gerencial desta gestão, mapeamento das competências organizacionais, mensuração por cargo das competências organizacionais, rotina de recrutamento e seleção por competência, rotina de avaliação de experiência 45 e 90 dias, rotina de avaliação de desempenho anual por competência, enunciado sobre carreira por competência, rotina e monitoramento sobre pesquisa organizacional, rotina de desligamento e entrevista demissional, rotina sobre conceito e tipos de treinamentos classificados pela UNIDADE, rotina sobre levantamento sobre necessidade de treinamento (LNT), rotina sobre elaboração do plano anual de treinamento (PAT), rotina sobre avaliação dos treinamentos (reação e eficácia), rotinas voltadas ao SESMT.

Assegurar a qualidade dos processos de seleção, movimentação e sucessão de pessoas, atendendo às demandas e ao perfil de competências definidos pela unidade, promoção e acompanhamento contínuo do desempenho dos colaboradores, através de orientações para o desenvolvimento da carreira, com foco em resultados e competências são atividades que estão pautadas nesta política, assim como treinar e desenvolver competências dos colaboradores propiciando ao profissional a oportunidade de desenvolver suas potencialidades e ampliar seus conhecimentos, visando o seu crescimento e a conscientização de seu papel como profissional de saúde.

325

O cumprimento da atividade referente aos processos de contratação, registro, folha de pagamentos, férias e desligamentos, assim como as demais formalidades legais para manutenção do vínculo empregatício do colaborador, serão conduzidas dentro de princípios legais e respeitados o espírito legítimo do direito, expresso na Consolidação das Leis do Trabalho e nas convenções Coletivas das diferentes categorias profissionais.

#### **Registro e Controle de Pessoal:**

##### **A - Ponto Eletrônico**

O hospital utilizará o ponto eletrônico conforme a Portaria 1510 do MTE. Esta consiste basicamente em utilizar um aparelho e sistema de ponto eletrônico inviolável e homologado por este órgão, em que permite a emissão de comprovantes de registro de marcação do colaborador a cada registro realizado pelo mesmo. Caberá o colaborador registrar rigorosamente os seus horários – entrada, intervalos/intrajornada – saída - realizando o seu horário de trabalho de acordo com a escala de trabalho mensal.

O colaborador que cumprirá sobreaviso, conforme definição em escala, sempre que acionado para comparecer ao hospital deverá registrar os seus horários de entrada e saída, bem como em casos de colaboradores que cumprirão horas extras, as quais ocorrerão somente com a autorização previa do responsável pelo setor/área mediante justificativa.



## B - Escala de Trabalho

As escalas de trabalho mensais serão elaboradas pela chefia imediata, respeitando o limite e regras estabelecidos por lei (informadas anteriormente). As mesmas serão entregues ao setor de RH até 15 de antecedência do mês de competência. Desta forma, o colaborador estará ciente e apondo a sua assinatura na escala de trabalho conhecendo os seus horário e folgas com pelo menos 15 dias de antecedência.

O INDSH fornecerá uniformes e crachá funcional a todo colaborador no ato da admissão, e incluir na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia “Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas”, bem como, os logotipos do SUS e do Hospital. Cabendo ao colaborador o dever em utilizá-los de forma e condições adequadas em seu horário de trabalho. Quando desligado do quadro funcional, o colaborador deverá devolver o crachá funcional e o uniforme em perfeito estado de conservação.

## PESQUISA DE CLIMA

### OBJETIVO

Mapear e analisar o nível de satisfação dos colaboradores a partir do levantamento de aspectos que configuram o momento motivacional da empresa, identificando e compreendendo os pontos positivos e negativos que impactam diretamente no equilíbrio organizacional, visando propor ações de melhorias à qualidade de vida no trabalho e conseqüentemente, a melhora na produtividade e motivação de seus recursos humanos, alinhando a cultura organizacional e as medidas efetivas da empresa.

### DESCRIÇÃO

326

### MATERIAIS NECESSÁRIOS

Formulário citado acima e planilha para tabulação de resultados.

### RESPONSÁVEL

Coordenador de RH.

### DESCRIÇÃO DA AÇÃO

- **Coordenador de RH** – Planejar, organizar e estruturar o comunicado, o formulário da pesquisa e apresentação para a sensibilização e instruções aos colaboradores. Reunir os gestores para a divulgação da PCO e da parceria quanto à sensibilização junto às respectivas equipes.
- **Coordenador(a) NEP** – Divulgar junto aos colaboradores através de comunicados, via mural e e-mail aos gestores, informando quanto à PCO, período, local e horários de realização.
- **OBS 1:** Distribuir os colaboradores em turmas, contemplando os 3 turnos durante toda a programação, visando realizar a pesquisa a 100% de colaboradores ativos no período.
- **Auxiliar Administrativo do S.A.U.** – Realizar a sensibilização da PCO, distribuir os formulários e instruir os colaboradores quanto à metodologia utilizada. Orientar possíveis dúvidas e colher assinaturas na lista de participação.
- **Coordenador de RH e Supervisor NEP** – Conferir os formulários e tabular os resultados em planilha própria.
- **Coordenador de RH** – Emitir relatório, analisando os resultados gerais e o desdobramento por setor e propondo ações macro, visando à melhoria

quanto ao ambiente interno e estratégias de gestão de pessoas. Apresentar a Diretoria e aos Gestores, os resultados e análise gerais da PCO. Encaminhar o relatório a Diretoria.

- **Coordenação de RH e Supervisor NEP:** Divulgar, via mural ou banner, os resultados gerais da PCO aos colaboradores.
- **Diretoria** – Analisar as informações desmembradas por setor, gerando ações específicas aos seus respectivos gestores, quando necessário. Convocar os gestores individualmente, para apresentação e discursão dos resultados, ações e prazos. Encaminhar ao RH as ações propostas para inclusão das informações no plano de ação geral.
- **Coordenador de RH e Diretoria** – Executar e/ou acompanhar as ações propostas de melhoria. Registrar as ações realizadas mensalmente em relatório de acompanhamento.

### **5.2.2.5 – DESCRIÇÃO DE COMO O PROPONENTE IRÁ ESTABELEECER A CONTRA-REFERÊNCIA COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA, SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E COM OS HOSPITAIS. NESSE CASO APRESENTAR UM PLANO DE IMPLANTAÇÃO, ESTABELEECENDO PRAZOS, MEIOS, FLUXOS, ETC.**

O HPSZN vai funcionar como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade, oferecendo para demanda referenciada serviços de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, com exceção do trauma ortopédico que deverá ser encaminhado aos hospitais de referência definidos pela Secretaria Estadual de Saúde.

A entrada para o HPSZN se dará exclusivamente por demanda referenciada e regulada por meio da Central de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde, atendendo às normas e diretrizes vigentes. A referência de usuários para assistência hospitalar poderá ocorrer durante as 24 horas do dia.

As unidades devem contar também, e necessariamente, com uma rede de referências estruturada para o encaminhamento dos casos atendidos, bem como a garantia de transporte para os casos mais graves.

A UPA Campos Sales deverá referenciar os pacientes para o HPSZN. De acordo com o protocolo Manchester, deverão ser encaminhados os pacientes classificados da seguinte forma:

1. Doente Emergente, identificado pela cor VERMELHA, que trata-se de um tipo de doente que, na maioria dos casos, é observado por 2 ou mais médicos e que tem um risco relativo alto de internação em cuidados intensivos e enfermarias.
2. Doente Muito Urgente, identificado pela cor LARANJA, que trata-se de um tipo de doente que, apresenta maior porcentagem de observações por 2 ou mais médicos e que tem um risco relativamente baixo de internação em cuidados intensivos, por outro lado, apresenta um risco relativo de internação em enfermarias.
3. Doente Urgente, identificado pela cor AMARELO, que trata-se de um tipo de doente que, apresenta média porcentagem de observações por 2 ou mais médicos e que tem um risco relativamente baixo de internação em cuidados intensivos, por outro lado, apresenta um risco relativo de internação em enfermarias.

Para tanto a UPA Campos Salles, vai disponibilizar uma Ambulância 24hs para auxiliar na transferência dos pacientes.

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) deverá oferecer retaguarda às urgências atendidas, realizando a interface com as Centrais de Regulação das Urgências e Internações, para buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico quando necessário, tendo como referência principal o HPSZN. Terá como função também, organizar o fluxo interno dos usuários referenciados com as demais unidades de saúde.

As unidades que compõe o Complexo Hospitalar, estruturam-se com perfis complementares de atenção, para demanda de urgência, emergência e internação, referenciada de forma combinada e integrada.

a. A Porta Hospitalar de Urgência, deverá estar em consonância com as ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização do SUS.

b. Utilizar o modelo de Acolhimento e Classificação de Risco adotado pela SUSAM.

c. Atendimento 24 horas/dia: Clínica Médica, Cirurgia Geral e Cirurgia Bucomaxilofacial com retaguarda 24 horas para atendimento em Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Cirurgia Urológica, e Neurologia Clínica.

d. Manter Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT interno com os exames de Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Nuclear Magnética (RNM), Endoscopia Digestiva Alta (EDA), Colonoscopia Raio X, Ultrassonografia (USG), Colangiopancreatografia retrógrada (CPRE) e o que se fizer necessário para o diagnóstico/tratamento do usuário, respeitando a complexidade da instituição.

3. Doente Urgente, identificado pela cor AMARELO, que trata-se de um tipo de doente que, apresenta média porcentagem de observações por 2 ou mais médicos e que tem um risco relativamente baixo de internação em cuidados intensivos, por outro lado, apresenta um risco relativo de internação em enfermarias.

O INDSH adotará o seguinte **Modelo de Fluxo de Referência e Contra-referência**:

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

			<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Solicitar o documento de identificação.</li> </ul> <p>Obs. Caso a guia de autorização e documentos estiver incorreto solicitar que o usuário ou responsável regularize;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Verificar junto a Central de Regulação a autorização do atendimento.</li> </ul> <p>Obs. Todo e qualquer atendimento deve ser encaminhado à central de Regulação, não sendo permitidos beneficiamentos estando sujeito a penalidades.</p>
Cadastrar usuário	Recepcionista Aux. ADM. Atendente	CI, CPF e Cartão SUS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar a conferência do cadastro no sistema através do nome, sobrenome, data de nascimento e nome da mãe, isto para que não haja cadastro duplicado;</li> <li>✓ Realizar o cadastro completo via sistema de informação.</li> </ul> <p>Obs. 1 - Quando identificar o cadastro duplicado</p> <p>repassar à liderança de Atendimento.</p> <p>Obs. 2 - Nos casos de urgência/emergência em que o usuário não possuir documentação e estiver inconsciente, cadastrar como não identificado e repassar a situação à Líder de Atendimento e ao Serviço Social e quando o usuário estiver consciente e não portar documentação, lançar a observação: "Usuário não portando documentação de identificação no ato do cadastramento";</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manter a preferência de atendimento aos usuários idosos, gestantes, portadores de deficiência ou impossibilitados e pessoas com criança de colo, isto no atendimento de ambulatório, cirurgia eletiva e SADT;</li> <li>✓ Orientar ao usuário que procure a secretaria Municipal para emissão do cartão SUS.</li> </ul>
Atender o paciente	Médico	Protocolo Clínico	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atender paciente conforme Protocolo Clínico</li> </ul>
Liberação do paciente	Médico	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Verificar condições clínicas do paciente e liberá-lo como transferência interna, contra-referência ou alta.</li> </ul>

## TRANSFERÊNCIAS PARA OUTROS HOSPITAIS LOCAIS - CONTRA-REFERÊNCIA

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES			
Ação	Responsável	Formulário	Descrição Da Ação
1. Preencher o Laudo	Médico	Ficha de Referência e Contra-Referência AIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quando esgotado todos os meios para continuação do tratamento do usuário no Hospital, o médico preenche a Ficha de Referência e Contra-Referência</li> <li>✓ Esta ficha serve para solicitação de Consulta com médico especialista ou Leito em outro hospital.</li> </ul> <p>Obs: O médico deverá especificar quais materiais devem ser utilizados para o transporte do paciente.</p>
2. Validar Transferência	Diretor Técnico	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conferir a solicitação de transferência, assim como materiais a serem disponibilizados para o transporte do paciente.</li> </ul>
3. Encaminhar ao Serviço Social.	Enfermeiro	Comunicação Interna	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Após alocar a Ficha de Referência e Contra-Referência para arquivo de prontuário, o Enfermeiro encaminha o familiar/responsável e/ou o usuário ao Serviço Social, para receber orientação quanto aos tramites do benefício.</li> </ul>
4. Encaminhar a Central de Regulação ou Secretarias de Saúde.	Assistente Social	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nos casos de serviços de urgência/emergência, o laudo deverá ser encaminhado via fax, pela recepcionista.</li> <li>✓ Receberá o laudo pela enfermagem das unidades de internação, e encaminhará, via fax para a Central de Regulação regional.</li> </ul>
5. Acompanhar o processo.	Assistente Social	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Entrar em contato com a central de regulação para monitoramento.</li> <li>✓ Proceder retorno a enfermagem e ao Médico quanto ao processo de transferência.</li> <li>✓ Realizar evolução no prontuário.</li> </ul>
6. Confirmar vaga no hospital requerido	Enfermeiro	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Acionar o hospital de destino e confirmar a liberação do leito.</li> <li>✓ Obs: O enfermeiro deverá</li> </ul>

331

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



## TRANSFERÊNCIAS PARA OUTROS HOSPITAIS FORA DOMICÍLIO - TFD

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES			
Ação	Responsável	Formulário	Descrição Da Ação
1. Preencher o Laudo do TFD.	Médico	Laudo Médico para TFD Ficha de Referência e Contra-Referência AIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quando esgotado todos os meios para continuação do tratamento do usuário no Hospital, o médico preenche o Laudo para abertura do processo de TFD e imediatamente acionar o serviço social para abordagem familiar. Este laudo serve para solicitação de Consulta com médico especialista ou Leito em outro hospital.</li> <li>Obs: O médico deverá especificar quais materiais devem ser utilizados para o transporte do paciente.</li> </ul>
2. Solicitar Consulta com médico especialista.	Médico	Laudo Médico para TFD Ficha de Referência e Contra-Referência e Declaração de Transporte	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O Médico preenche o Laudo do TFD em duas vias e a Ficha de Referência e Contra-Referência.</li> <li>✓ Obs: o médico deverá preencher a Declaração de Transporte.</li> <li>✓ Comunicar serviço social para acompanhamento do processo.</li> </ul>
3. Solicitar validação do TFD	Assistente Social	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Encaminhar documentação para validação do Diretor Técnico.</li> </ul>
4. Validar TFD	Diretor Técnico	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conferir a solicitação de TFD, assim como materiais a serem disponibilizados</li> <li>✓ para o transporte do paciente.</li> </ul>
5. Encaminhar ao serviço Social.	Enfermeiro e Serviço Social	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Após o enfermeiro tirar cópia do laudo para arquivo de prontuário, o mesmo encaminha o familiar/responsável e/ou o usuário ao serviço social que verifica/confirma com o médico, se necessário, as solicitações de exames necessários para o TFD. Após orienta o usuário/ou acompanhante quanto aos tramites do benefício.</li> </ul>
6. Encaminhar a Central de Regulação Municipal ou Secretarias de Saúde.	Assistente Social	Protocolo Serviço Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Após a orientação, é entregue o processo ao acompanhante/ responsável devidamente protocolado.</li> <li>Obs: Nos casos de municípios de gestão plena, o processo deverá ser encaminhado ao município de origem.</li> </ul>

7. Acompanhar o processo.	Assistente Social	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Após o envio da documentação para cadastramento na Central de Regulação o Assistente Social deve entrar em contato com a central de regulação para saber do andamento do processo.</li> </ul> <p>Obs: O Assistente Social deve manter contato com a enfermagem, comunicando sobre o andamento da TFD.</p>
8. Acionar SES e Enfermagem.	Assistente Social	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Após autorização da Central de Regulação, o Assistente Social deverá acionar a enfermagem e a</li> <li>✓ SES para confirmação de vaga.</li> </ul>
9. Confirmar vaga no hospital requerido.	Enfermeiro	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Acionar o hospital de destino e confirmar a liberação do leito.</li> </ul> <p>Obs: O enfermeiro deverá evoluir no prontuário do paciente.</p>
10. Avaliação clínica após liberação de vaga.	Médico Assistente ou Diretor Clínico/Técnico	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O médico assistente validará o transporte mediante condições clínicas do paciente (na ausência do médico assistente, contatar o diretor clínico e/ou diretor técnico).</li> </ul>
11. Solicitar transporte.	Enfermagem	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Solicitar ao Secretário da Diretoria, via telefone, a compra de passagens para o responsável pelo acompanhamento do paciente.</li> </ul>
12. Comprar passagem.	Sec. Diretoria	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Efetuar compra da passagem e contactar a enfermagem sobre a data e horário.</li> </ul>
13. Solicitar transporte.	Enfermeiro	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Solicitar ambulância para transporte do usuário. Quando necessário.</li> <li>✓ Obs: Quando necessário, deverá também ligar para o SAMU, solicitando o transporte do aeroporto ao hospital de destino.</li> </ul>
14. Solicitar dinheiro para despesas.	Enfermeiro	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Durante o horário comercial, direcionar-se à recepção da central para retirada de recursos financeiros.</li> <li>✓ Fora do horário comercial, direcionar-se à recepção da emergência para retirada de</li> </ul>

			recursos financeiros.
15. Organizar material para transporte.	Enfermeiro	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Requirir a caixa de transporte da farmácia, levar bala de oxigênio, exames laboratoriais e de imagem, raios-X (estes exames somente serão encaminhados de acordo com solicitação do médico);</li> <li>✓ Raios-X: encaminhar a lâmina e a Xerox do Laudo Médico;</li> <li>✓ Exames de Imagem: solicitar 2ª via no Setor de Imagem;</li> <li>✓ Exames Laboratoriais: Xerox ou cópia.</li> </ul>
16. Anotar no prontuário.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem e o Assistente Social.	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar evolução/relatório de enfermagem na saída do usuário, relatando as condições em que o mesmo saiu e anexar cópia do TFD no prontuário.</li> <li>✓ Realizar a evolução/relatório de enfermagem relatando as condições clínicas de entrega do usuário e anexar no prontuário.</li> </ul>
17. Confirmar atendimento	Assistente Social	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Confirmar atendimento do usuário em hospital de destino registrar no prontuário.</li> </ul>

**O modelo será implantado imediatamente após início das atividades na Unidade.**

### **5.2.2.6 - PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTÊNCIAS E SOCIAIS (RELACIONAMENTO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA, COMUNIDADES, CAMPANHAS EDUCATIVAS PARA O USUÁRIO, ETC.)**

A partir do perfil do **COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE**, avaliando as necessidades mais prementes do dia a dia da unidade, será possível implantar programas e campanhas que sejam complementares à gestão.

Essas ações devem ser estabelecidas a partir de contato com gestores públicos, com a própria população e a partir da sensibilidade do gestor do hospital, para que essa complementaridade seja impactante, necessária e principalmente traga resultados concretos.

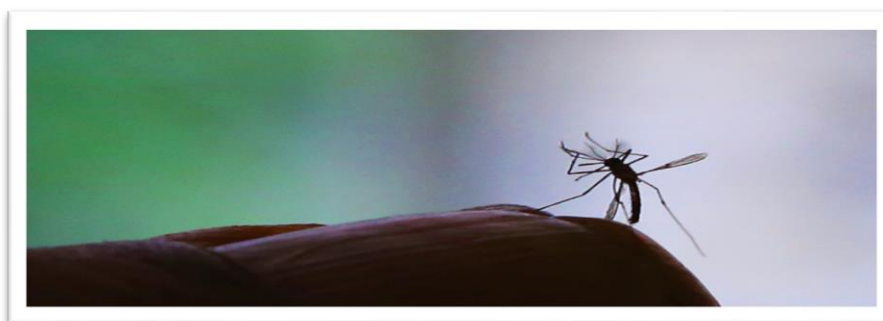
A proposta do INDSH é implantar pelo menos cinco ações permanentes, ligadas ao perfil epidemiológico da cidade.

Sem contar as ações obrigatórias do Calendário do Ministério da Saúde.

Portanto, mais importante que definir ações a priori, é identificar carências e conhecer profundamente a realidade local e as lacunas de saúde existentes.

Temos, como exemplo, as ações sociais implantadas em outras regiões nas quais o INDSH tem parceria com gestores públicos, o que pode dar uma ideia de nosso modelo de atividade socioambiental.

#### **1 - Campanha Para Reduzir Subnotificação E Casos De Dengue E Zika**



336

- **Como será implantada - Ação preventiva desenvolvida pela Comissão de Controle e Infecção Hospitalar (CCIH)** para disseminar informações sobre formas de se evitar a dengue, por meio de palestras na recepção e distribuição de material impresso.
- **Benefícios** - Reduzir os casos da doença e aumentar as notificações, o que auxilia no planejamento e execução das políticas públicas de combate à doença.

## 2 - Capacitação De Professores Para Primeiros Socorros Nas Escolas Da Comunidade



- **Como será Implantado** - Treinamento oferecido para docentes em escolas municipais, estaduais e particulares, para que estes possam atuar em eventual situação de urgência no ambiente escolar, antes da chegada do paciente ao hospital.
- **Benefícios** - Auxiliar em casos de traumas, ferimentos, deteriorações clínicas e outros eventos emergenciais, ocorridas com alunos e colaboradores.

## 3 - Produção Orgânica De Alimentos Para Pacientes, Acompanhantes E Colaboradores



- **Como será implantado** - Produção legumes e verduras, cultivada em áreas livres do hospital, utilizada na preparação refeições diárias, entre desjejum, almoço, jantar, lanches e ceia. Isso já é adotado no Hospital Regional Público do Marajó, em Breves (PA), sendo matéria prima de cerca de 1.000 refeições diárias.
- **Benefícios** - investir na qualidade nutricional de pacientes, acompanhantes, colaboradores e ser um diferencial socioambiental.
- **Da implantação** - dependerá do espaço físico da unidade;

#### 4 - Natal Solidário



- **Como será implantado** - Com envolvimento voluntário de funcionários e comunidade, arrecadar brinquedos e alimentos, entregues a grupo de famílias carentes convidadas, após avaliação do Serviço Social e de Psicologia do hospital.
- **Benefícios** - Apoio a comunidades carentes e incentivo ao voluntariado.

#### 5 - Redução De Vítimas De Acidentes De Trânsito



- **Como será implantado** – Engajamento em campanhas de redução de acidentes de trânsito, uma das principais causas de atendimento hospitalar, principalmente em grandes centros urbanos.
- **Benefícios** - Buscar aumento da segurança, com conscientização de redução de riscos.



## 6 - Mini palestras Sobre Hábitos Saudáveis



- **Como será implantado** – Abordagens a pacientes e acompanhantes na recepção do hospital, com minipalestras de aproximadamente 15 minutos, ministradas diariamente por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas.
- **Benefícios** - Conscientização sobre hábitos saudáveis e prevenção de doenças, atingindo dezenas de pessoas diariamente.

## 7 - Palestras Gratuitas Voltadas Para Estudantes, Profissionais Da Saúde E Comunidade



- **Como será implantado** – Palestra gratuitas promovida por convidados do INDSH, em locais de acesso livre, com inscrições gratuitas, sobre temas ligados à gestão da área da Saúde. O ingresso será estipulado em alimentos não-perecíveis, que deverão ser encaminhados a entidades beneficentes do município.
- **Benefícios** – Difusão de conhecimento e aproximação com a comunidade.



## 8 - Busca Do Selo Ouro Da FGV Por Inventários De Emissão De Gases De Efeito Estufa (GEE)

As unidades administradas pelo INDSH são certificadas com o Selo Ouro do Programa Brasileiro GHG Protocol da Fundação Getúlio Vargas, concedido a quem tenha a iniciativa de divulgar, anualmente, inventários sobre emissão de Gases de Efeito Estufa (GEE).

### O que é o Programa Brasileiro GHG Protocol?

O Greenhouse Protocol (GHG) foi desenvolvido nos EUA pelo World Resources Institute (WRI). É a metodologia mais usada mundialmente por empresas e governos para inventários de GEE. O método foi adaptado em 2008 para os padrões do Brasil pelo Centro de Estudos de Sustentabilidade da Fundação Getúlio Vargas (GVCES), em parceria com o WRI e o Ministério do Meio-Ambiente. Atualmente, é composto por 128 membros, correspondente a 10% do PIB brasileiro.

### Por que é importante a divulgação de inventários de emissão de GEE?

A elaboração voluntária de inventários de emissão de GEE é o primeiro passo para que uma organização contribua para o combate à mudança climática. Isso significa reconhecer o impacto ambiental gerado, que busca a sustentabilidade e apoia as políticas públicas nacionais e internacionais de meio-ambiente.

### O que é o Selo Ouro concedido pela GVCES?

O Selo Ouro é obtido quando a organização divulga o relatório completo e este é auditado externamente.

## 9 - Adoção Do Lema ‘Respeito À Vida’

O lema ‘Respeito À Vida’, adotado pelo INDSH, é compartilhado com as unidades administradas. Ele significa respeito a todas as formas de vida, sejam os seres humanos nas suas necessidades de manutenção e recuperação da saúde, ou na preservação da diversidade da flora e fauna existente no planeta Terra. Essa missão, a do ofício de lutar pela vida em todas as suas infinitas possibilidades, é o que o INDSH entende ser a mais justa e a que espera de colaboradores, fornecedores e parceiros em geral.

## 10 - Adoção De Gestão Biocêntrica

O INDSH possui um setor dedicado a estudar e propor soluções para os desafios do meio ambiente, que surjam nas unidades hospitalares. Dessa forma, são propostos nove princípios de Gestão Biocêntrica, cuja prática devem conduzir as ações do INDSH no que se refere à unidade administrada e a uma gestão sustentável.

1. Praticar sempre a abordagem sistêmica.
2. Promover o consumo racional dos recursos renováveis e não renováveis.
3. Incentivar o consumo consciente.
4. Gerenciar todos os resíduos produzidos.
5. Gerenciar os impactos dos resíduos no meio ambiente.
6. Buscar sempre novos conhecimentos.
7. Valorizar, conservar e preservar as riquezas regionais.
8. Promover a liderança inovadora e participativa.
9. Ser agente de educação ambiental, incentivando sempre as reflexões.

### **5.2.2.7 - POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO: COMO IRÁ DESENVOLVER OS DISPOSITIVOS DO PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, DENTRE OUTROS.**

---

#### **Política De Humanização**

O tema da Humanização das relações e dos processos de atenção e gestão em Saúde no SUS vem tomando vulto e importância estratégica para a garantia de direitos e para a melhoria qualidade do atendimento.

O INDSH baseado na Política Nacional de Humanização do SUS – Humaniza Sus prevê as seguintes práticas e dispositivos a serem incorporados nos processos normativos de trabalho:

- Acolhimento e Classificação de Risco nas portas de entrada de urgência e emergência;
- Visita Aberta e direito a acompanhante de livre escolha da gestante e parturiente Colegiados de cogestão nos serviços e sistemas de saúde;
- Horizontalização e formação de Equipes de Referência para o cuidado em unidades de produção de atenção hospitalar e urgência e emergência;
- Valorização do trabalho e do trabalhador;
- Cogestão da ambiência em saúde;
- Carta de direitos dos usuários do SUS;

341

Essa incorporação representa um importante avanço para a qualificação da atenção e gestão no SUS. Ao mesmo tempo, ampliam e induzem uma expressiva demanda por qualificação de redes, sistemas e serviços de saúde estaduais e municipais, além de amplificar as demandas de colaboração técnica das diversas áreas do próprio Ministério da Saúde (MS).

Nesse contexto, a PNH propõe-se a reforçar e ampliar as possibilidades de atender a essa demanda, buscando qualificar novos quadros de apoiadores institucionais junto a estados e municípios, além de acompanhar e constituir processos de qualificação permanente dos apoiadores já formados, criando condições para uma maior capilarização da política no contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Além disso, retomando os princípios da Tríplice Inclusão e da Transversalidade da PNH, os atores implicados com o Movimento HumanizaSUS e outros atores sociais precisam compor uma ampla e forte aliança nacional em torno da temática da Equidade, da Integralidade, do Acesso com qualidade e em tempo oportuno, do respeito e da inclusão das diversidades étnicas, culturais e de gênero, no sentido da concreta mudança dos modelos de atenção/clínica e de gestão, na direção de uma sensível mudança na percepção e na vivência das pessoas com o SUS.

## A Humanização Como Política Transversal Na Rede SUS

A Humanização vista não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica:

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Assim, entendemos Humanização como:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de
- Produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das necessidades sociais de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Para isso, a Humanização do SUS nas Unidades se operacionaliza com:

- A troca e a construção de saberes;
- O trabalho em rede com equipes multiprofissionais;
- A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;
- O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- Construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

342

## Princípios Norteadores

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;

- Co-Responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

### **Diretrizes Gerais Para A Implementação Da PNH**

#### **Na Urgência e Emergência, nos Pronto-Socorros, Pronto-Atendimentos, Assistência Pré-Hospitalar e outros:**

- Demanda acolhida através de critérios de avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- Garantida a referência e contra-referência, resolução da urgência e emergência, provido o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito.

#### **Na Atenção Especializada:**

- Garantia de agenda extraordinária em função da análise de risco e das Necessidades do usuário;
- Critérios de acesso: identificados de forma pública, incluídos na rede Assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contrareferência;
- Otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas, terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito.

#### **Na Atenção Hospitalar**

Neste âmbito, propomos dois níveis crescentes (B e A) de padrões para adesão à PNH:

##### **Parâmetros para o Nível B**

- Existência de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido;
- Garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
- Mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários;
- Mecanismos de escuta para a população e trabalhadores;
- Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;

- Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
- Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência.

### Parâmetros para o Nível A

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho implantado;
- Garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
- Ouvidoria funcionando;
- Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;
- Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
- Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência;
- Conselho Gestor Local, com funcionamento adequado;
- Existência de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (Pronto Atendimento, Pronto Socorro, Ambulatório, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia);
- Plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização, em implementação.

344

### Gerenciamento De Leitos Rede De Urgência E Emergência

A organização da rede tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.



## **Gerenciamento De Leitos**

Gerenciar leitos hospitalares significa utilizar os leitos disponíveis em sua capacidade máxima dentro dos critérios definidos pela instituição, visando a diminuição da espera pela internação, garantindo a acessibilidade ao usuário e refletindo em melhorias na qualidade do atendimento e na satisfação dos clientes internos e externos.

### **Objetivo**

- Redução de tempo para uma nova internação
- Redução de tempo de internação
- Melhorias no giro do leito hospitalar

### **Objetivos Específicos**

- Mapear os processos do gerenciamento de leitos com o objetivo de melhorar o giro do leito
- Implementar um plano de ação para reduzir o tempo consumido para a realização desses processos
- Envolver e incentivar desospitalização;
- Otimizar giro do leito;
- Liberar leito para internações ambulatoriais e de emergência;
- Divulgar e envolver profissionais no gerenciamento de leitos.

### **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

345

### **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 ambulatoriais e 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 às 12hs 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;
- Manter Leitos reservas nas Unidades para as altas da UCO;

- Reduzir o número de pacientes na Emergência;
- Diminuir o tempo de espera das cirurgias dos pacientes internados;
- Diminuir o tempo de espera para procedimentos ambulatoriais.
- Internar pacientes para procedimentos eletivos o mais próximo possível do dia e hora do procedimento;

#### Parcerias Na Gestão De Leitos

- Equipe Médica
- Equipe de Enfermagem
- Equipe administrativa
- Centro Cirúrgico/Hemodinâmica/Ambulatório/UCO/Medicina Nuclear
- CME
- Laboratório
- Serviço de Radiodiagnóstico
- Serviço Social
- SAME
- Serviço de Retaguarda de leitos
- CCIH
- Nutrição/ Fisioterapia
- Zeladoria/Manutenção
- PADI
- Humanização/Ouvidoria
- Contas Médicas/Custos/Informática
- Transporte
- Almoxarifado

346





## 6. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

**6.1 - CERTIFICAR EXPERIÊNCIA ANTERIOR, MEDIANTE COMPROVAÇÃO ATRAVÉS DE DECLARAÇÕES LEGALMENTE RECONHECIDAS (DECLARAÇÃO DE CONTRATANTES ANTERIORES);**

**6.1.1 - EM UNIDADE DE MÉDIO PORTE DE 70 ATÉ 149 LEITOS DE INTERNAÇÃO E FRAÇÃO.**

<b>Centro Hospitalar Jean Bitar - CHJB</b> CNPJ: 23.453.830/0015-75 Rua Conego Jeronimo Pimentel, 543, Umarizal, Belém - PA, CEP 66055-000	
População Estimada: <b>1.452.275 habitantes</b>	Complexidade: <b>Média e Alta Complexidade</b>
Quantidade de Leitos: <b>70 leitos</b>	Porte: <b>II e III</b>
Período da Prestação de Serviço: <b>01/04/2016 a 09/03/2019.</b>	Atendimento: <b>Ambulatorial e internação programada.</b>
Especialidades: <b>Anestesiologia; Cardiologia; Cirurgia Bariátrica; Cirurgia Cabeça e Pescoço; Cirurgia Geral; Cirurgia Plástica; Cirurgia Vascular; Clínica Médica; Coloproctologia; Dermatologia; Endocrinologia; Fígado e vias Biliares; Geriatria; Pneumologia; Reumatologia e UTI's.</b>	

<b>Hospital Regional Público do Leste do Pará</b> CNPJ: 23.453.830/0009-27 Rua Adelaide Bernardes, s/n, Nova Conquista, Paragominas - PA, CEP 68627-452	
População Estimada: <b>900.000 habitantes</b>	Complexidade: <b>média e alta</b>
Quantidade de Leitos: <b>70 leitos</b>	Porte: <b>II</b>
Período da Prestação de Serviço: <b>26/05/2014 a 25/05/2019.</b>	Atendimento: <b>Urgência 24 horas, atendimento ambulatorial e internação programada</b>
Especialidades: <b>clínica médica, cirurgia geral, ortopedia/traumatologia, neurocirurgia/neurologia, radiologia e UTI adulto.</b>	

347

**Obs:** Os atestados de capacidade técnica são passíveis de diligência através da consulta dos respectivos contratos no nosso site: <http://indsh.org.br/mural-de-transparencia>

**Obs.:** Documentação Vide Anexo X

## 6.1.2 - EM UNIDADE DE PEQUENO PORTE COM MENOS DO QUE 69 LEITOS DE INTERNAÇÃO.

<b>Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH</b> CNPJ: 23.453.830/0001-70 Rua Cristiano Otoni, 233, Centro, São Leopoldo - MG, CEP 33600-000	
População Estimada:	Complexidade: <b>baixa e média</b>
Quantidade de Leitos: <b>30 leitos</b>	Porte:
Início da Prestação de Serviço: 06/12/2011 a	Atendimento: Urgência 24 horas, Maternidade e Atendimento Ambulatorial.
Especialidade: maternidade; serviços assistenciais e de apoio voltados à atenção materno-infantil, assistência ambulatorial e hospitalar multiprofissional de pré-natal, parto, puerpério e ginecologia, assistência neonatal desde o nascimento até a alta hospitalar, realização de exames auxiliares de diagnose e terapia; clínica médica adulto e infantil, clínica obstétrica e neonatológica, clínica cirúrgica adulto e infantil, dermatologia, cirurgia de vídeo laparoscopia, cirurgia de vídeo artroscopia, cirurgia angiológica vascular, cirurgia plástica, cirurgia infantil, cirurgia oftalmológica, cirurgia otorrinolaringológica, cirurgia ortopédica, cirurgia proctológica, cirurgia urológica e mastologia.	

<b>Hospital Geral de Tailândia</b> CNPJ: 23.453.830/0007-65 Avenida Florianópolis, s/n, Bairro Novo, Tailândia - PA, CEP 68695-000	
População Estimada: <b>510.075 habitantes</b>	Complexidade: <b>Baixa e Média</b>
Quantidade de Leitos: <b>52 leitos</b>	Porte: <b>II</b>
Início da Prestação de Serviço: <b>01/07/2013</b>	Atendimento: <b>Urgência, Emergência e Maternidade em livre demanda</b>
Especialidade: Anestesiologia; cardiologia; cirurgia geral; clínica médica; ginecologia/obstetrícia; ortopedia/traumatologia; pediatria e radiologia.	

348

<b>Unidade de Pronto Atendimento de Ponta Grossa - UPA Santa Paula II</b> CNPJ: 23.453.830/0010-60 Rua Klipel Neto, s/n, Santa Paula, Ponta Grossa - PR, CEP 84061-000	
População Estimada: <b>344.000</b>	Complexidade: <b>baixa e média</b>
Quantidade de Leitos: <b>20 leitos</b>	Porte: <b>II</b>
Início da Prestação de Serviço: <b>01/07/2014 a 31/08/2018</b>	Atendimento: <b>Urgência e emergência 24 horas</b>
Especialidades: <b>urgência e emergência, ambulatorial e exames auxiliares de diagnose e terapia - exames de análises clínicas, exames de raio-x e exames de eletrocardiograma - assistência médica nas especialidades clínica geral e pediatria.</b>	

<b>Unidade de Alta Complexidade em Oncologia</b> CNPJ: 23.453.830/0013-30 Avenida Amazonas, s/n, Vila Permanente, Tucuruí - PA, CEP 68455-664	
População Estimada:	Complexidade: <b>Alta complexidade em Oncologia</b>
Quantidade de Leitos:	Porte:
Início da Prestação de Serviço: <b>18/04/2016 a 09/03/2019</b>	Atendimento:
Especialidades: <b>oncologia clínica, oncologia cirúrgica, Rádio Oncologia, Equipe Multiprofissional, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Endoscopia, Colonoscopia, Retossigmoidoscopia, Laboratório de Análises Clínicas, Ressonância Magnética, Ultrassonografia e Biópsia.</b>	

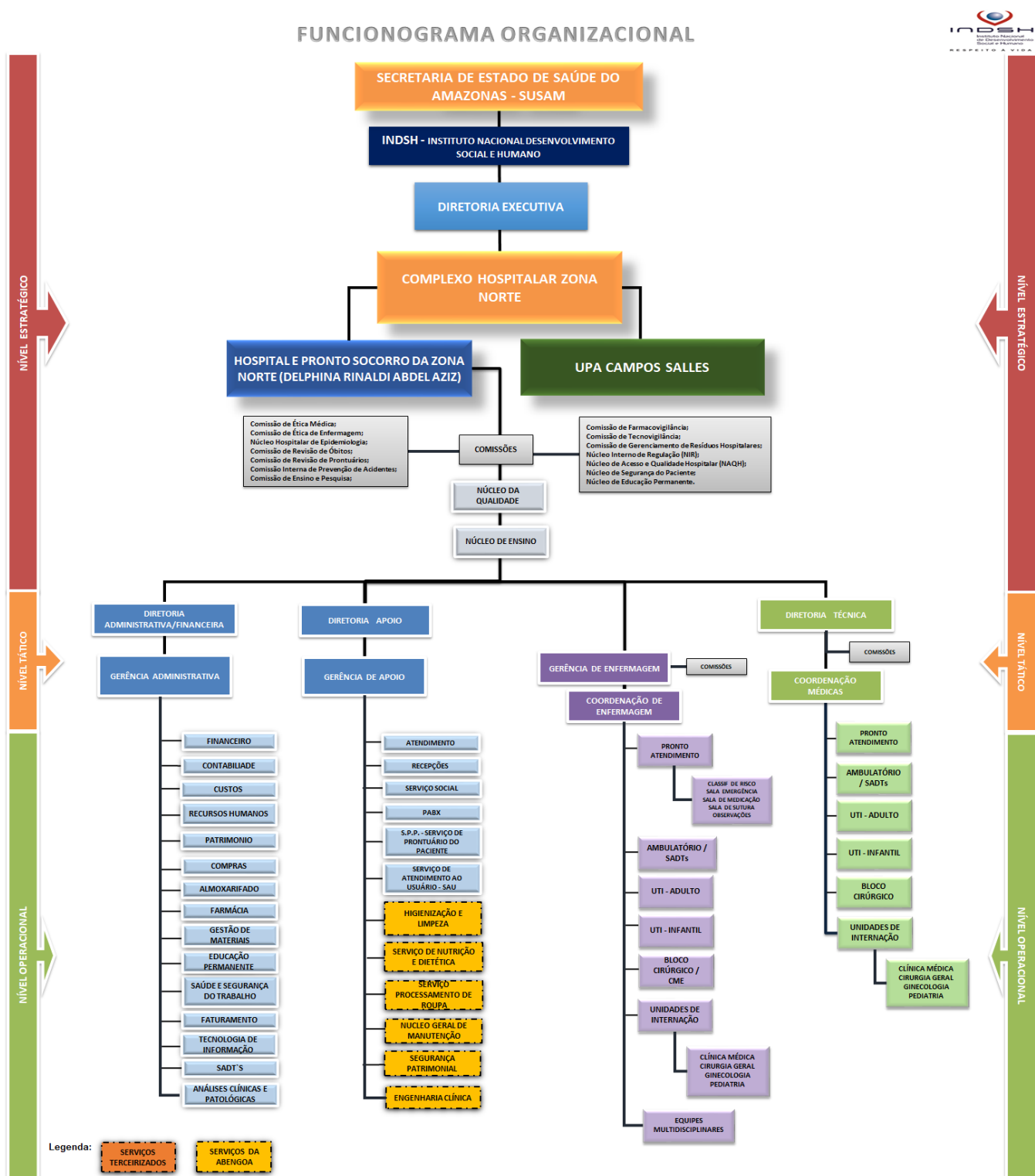
**Obs:** Os atestados de capacidade técnica são passíveis de diligência através da consulta dos respectivos contratos no nosso site: <http://indsh.org.br/mural-de-transparencia>.

**Obs.:** Documentação Vide Anexo XI

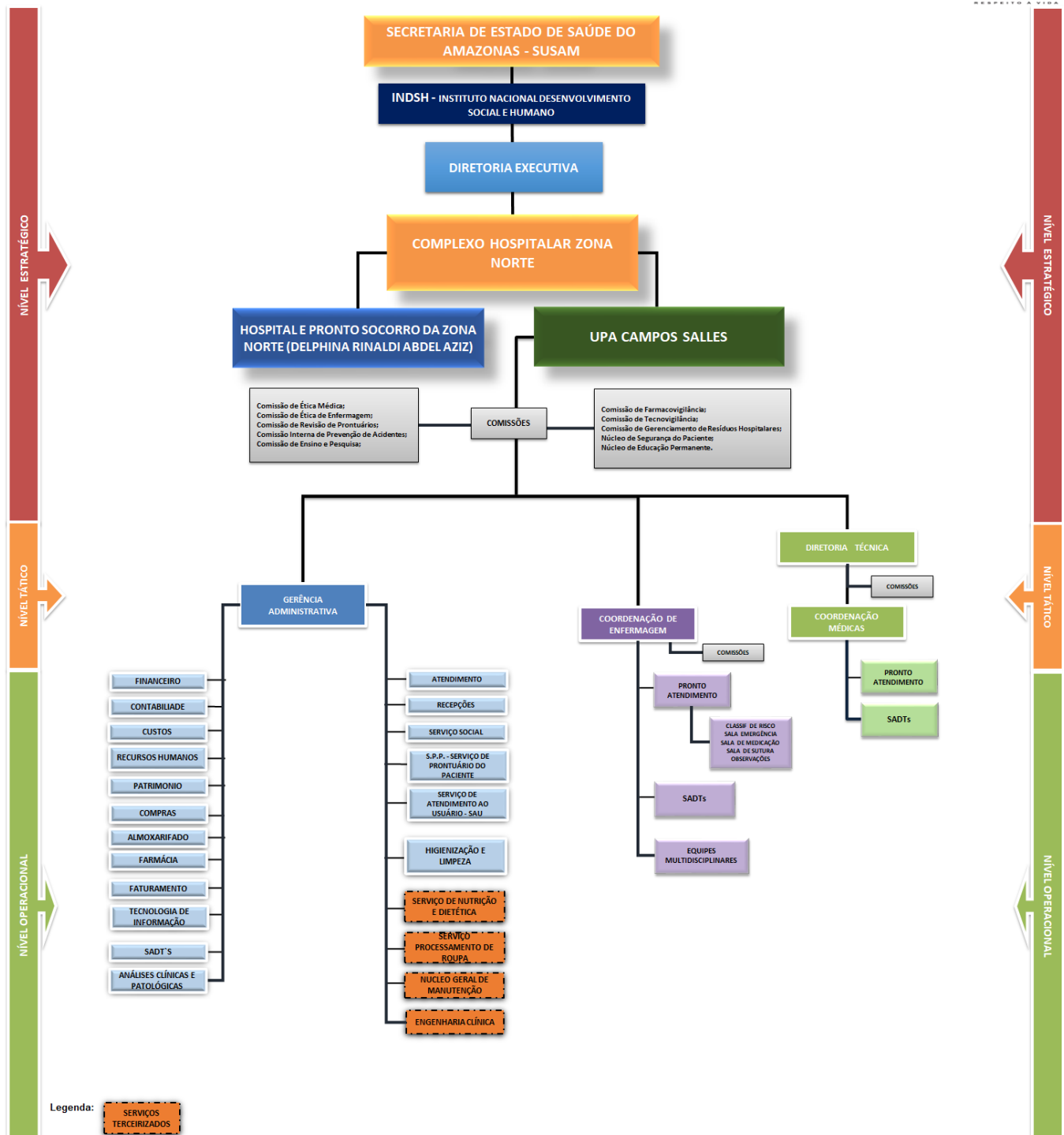
## 6.2. ESTRUTURA DIRETIVA DO COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE:

6.2.1 - DESCRIÇÃO DO ORGANOGrama DO COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE ATÉ O SEGUNDO NÍVEL: COORDENADOR GERAL, COORDENADOR TÉCNICO (MÉDICO), COORDENADOR DE ENFERMAGEM. EXPLICITAÇÃO DE COMPETÊNCIAS/ ATRIBUIÇÕES BEM DEFINIDAS COM APRESENTAÇÃO EM ORGANOGrama DO NÚCLEO GESTOR.

### FUNCIONOGrama ORGANIZACIONAL



## FUNCIONOGRAMA ORGANIZACIONAL



## DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO CORPO DIRETIVO

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

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

352

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

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

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

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

<b>Cargo:</b>	<b>ENFERMEIROS</b>
Escolaridade mínima:	Graduação em Enfermagem
Escolaridade desejável:	Especialização na Área que irá atuar
Requisitos técnicos	Pacote Office.
Competências:	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, liderança, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções:	Cabe privativamente, ao enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem; prescrição da assistência de Enfermagem; prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e prestar cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

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



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

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

354

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

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

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

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

355

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

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

**6.2.2 - TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR OU SAÚDE COLETIVA DOS MEMBROS DAS COORDENAÇÕES. O ENTE INTERESSADO DEVERÁ APRESENTAR CURRÍCULOS E ATESTADOS FORNECIDOS POR PESSOA (S) JURÍDICA (S) DE DIREITO PÚBLICO OU PRIVADO, REGISTRADO NO CONSELHO DE CLASSE COMPETENTE DA JURISDIÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO, DOS POSTOS CORRESPONDENTES AOS DOIS PRIMEIROS NÍVEIS.**

Nome	Título	Conselho de Classe
Adriana Rodrigues Batista	Graduação em Administração Especialização Gestão Hospitalar	CRA-PA 13265
Claudia Cristina da Silva	Bacharelado Adm. de Empresas Especialização Gestão Hospitalar MBA Gestão Financeira, Controladoria e Auditoria	CRA-MG 01- 024248/D
Cledes Aparecido da Silva	Especialização Administração Hospitalar	CRA-PA RS000187
Cristiano Oliveira dos Santos	Graduação em Administração MBA Executivo em Gestão Hospitalar	CRA-SP 101020
Giovani Luis Padão Merenda	Bacharelado Adm. de Empresas MBA Gestão Hospitalar	CRA-TO 609
José Batista Luz Neto	Especialização Administração Hospitalar	CRA-MA 4529
Júlio César Aguiar Garcia	Graduação em Administração Hospitalar MBA em Gestão Hospitalar	CRA-SP 090452
Lilian Rosana Kaiber Buse	Graduação em Administração Hospitalar Pós-Graduação em Mapeamento de Processos Pós-Graduação em Gestão Hospitalar	CRA-PR 11230
Rejane Xavier Soares	Bacharelado Adm. de Empresas Pós-Graduação em Gestão e Logística Hospitalar MBA Administração Hospitalar Pós-Graduação em Gestão Pública	CRA-TO 556

356

**Obs.: Conforme ANEXO XII**

## **6.3 - ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS:**

### **6.3.1 - DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DO COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE, COORDENADORIA DE ENFERMAGEM E SERVIÇO SOCIAL.**

O Serviço de Enfermagem do COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE, tem por finalidade prestar uma assistência de enfermagem de excelência em todos os níveis de complexidade, com qualidade isenta de riscos indo ao encontro das necessidades do paciente e da missão, visão e valores institucionais, tem como base:

- Respeito ao profissional, paciente e família.
- Promoção da saúde e prevenção de doenças.
- Assistência Integral com ênfase ao autocuidado baseada na fundamentação científica, ética e humanização.
- Integração dos profissionais, estimulando o trabalho em equipe.
- Desenvolvimento profissional dos membros do corpo de enfermagem.

O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

- Estabelecer, implantar e controlar o Plano Diretor de Enfermagem, com planos de ação e indicadores na busca da melhoria contínua dos serviços prestados.
- Planejar, organizar, coordenar a assistência prestada aos pacientes, de acordo com a metodologia adotada para a SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem.
- Prover recursos que possibilitem uma assistência integral aos pacientes, nas diversas fases do tratamento.
- Manter um padrão de atendimento seguro em todos os níveis de assistência.
- Estabelecer técnicas e definir métodos de trabalho.
- Programar e coordenar o dimensionamento adequado de recursos humanos para a assistência ao paciente.
- Estimular trabalho em equipe e prover ambiente harmônico.
- Definir programa e promover condições para o desenvolvimento profissional do Corpo de Enfermagem.
- Colaborar com a equipe de saúde, a fim de melhorar e aperfeiçoar o desenvolvimento da assistência ao paciente.
- Colaborar com instituições educacionais na formação de profissionais da saúde.
- Estimular e oferecer condições para o desenvolvimento da pesquisa.

357

Os requisitos básicos para função de Coordenador são:

- Possuir diploma do curso superior de enfermagem e registro no COREN-MA
- Possuir Pós-Graduação na área de atuação.
- Prática do exercício da profissão por um prazo mínimo de dois anos.
- Conhecimento das técnicas e métodos científicos.
- Possuir habilidades gerenciais aplicado á sua área de atuação, liderança, iniciativa, controle emocional e facilidade de trabalho em equipe.
- Possuir conhecimento técnico sobre o manejo de aparelhos, equipamentos e instrumentais utilizados em execução dos trabalhos.

São atribuições do Gerente de Enfermagem:

- Garantir a execução dos serviços de enfermagem nos setores do COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE, em conformidade com a Lei Nº 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem (COFEN).
- Colaborar com a Diretoria Técnica e Diretoria Executiva do COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE no processo de implantação e desenvolvimento do hospital.
- Administrar recursos materiais, físicos e orçamentários alocados a disposição da diretoria de enfermagem.
- Responsabilizar-se pelos atos e ações da Equipe de Enfermagem perante a direção do hospital, órgãos representativos de classe, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, dentre outras entidades.
- Dimensionar o quadro de enfermagem e solicitar o provimento nas vagas das unidades de trabalho.
- Oferecer condições e apoiar o desenvolvimento aos trabalhos dos grupos de estudo e das Comissões Institucionais.
- Estabelecer, divulgar e implementar a política da assistência de enfermagem com foco no cuidado integral.
- Estabelecer e implantar, junto com os Coordenadores os Indicadores de Qualidade dos setores, incentivando e propondo planos de ação em busca da melhoria contínua.
- Solicitar e orientar os Coordenadores de Enfermagem na elaboração e apresentação de relatórios mensais de atividades.
- Valorizar o profissional através do incentivo à sua capacidade de trabalho e comprometimento e com a Instituição.

358

- Elaborar, divulgar e acompanhar o Plano Diretor de Enfermagem.
- Promover reuniões periódicas com os coordenadores para alinhamento estratégico, resolução e discussão de problemas, bem como receber sugestões e propostas em relação à melhoria dos serviços, mantendo registro na pauta dos problemas apresentados e tomada de decisões.
- Estabelecer, divulgar e fazer cumprir os processos e instruções de trabalho desenvolvidas pela diretoria de enfermagem em consonância com a Política da Qualidade da Instituição.
- Interagir com as equipes de trabalho, mantendo inter-relação com os demais serviços do hospital, buscando e incentivando o cumprimento das interações de processos, a fim de agilizar e melhorar a qualidade dos serviços prestados.
- Elaborar, divulgar e executar a programação anual de desenvolvimento profissional, incentivando a participação dos profissionais que integram o Corpo de Enfermagem e estimular o desenvolvimento da pesquisa.

Manter a Direção do COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE informada sobre qualquer problema operacional, técnico e/ou administrativo relacionado aos cuidados prestados aos pacientes, bem como apresentar relatório mensal de atividades.

- Responder pelos testes e padronização de materiais hospitalares.
- Assessorar e emitir parecer sobre assuntos relativos à área de enfermagem.
- Manter por meio de instrumentos próprios, sistemas de avaliações contínuos, visando aferir o desempenho do profissional e equipe de enfermagem, bem como, a qualidade da assistência prestada aos pacientes.
- Avaliar o desempenho do pessoal de enfermagem, promoções, transferências e desligamentos com a colaboração das coordenações dos departamentos e setores.
- Deliberar a solicitação de horas extras e compensação por meio do banco de horas conforme política institucional e sindicato.
- Elaborar em conjunto com os coordenadores a programação anual de férias.
- Participar do processo de seleção de pessoal e conduzindo a entrevista de seleção.
- Favorecer a integração com outras instituições de saúde e entidades, na busca de conhecer as melhores práticas assistenciais.
- O Diretor de Enfermagem deve ser substituído em suas ausências e impedimentos pelo coordenador (Indicado pelo diretor de enfermagem).
- Em caso de falta, impedimento ou vacância simultânea do Diretor de Enfermagem e do Coordenador, responde pela Diretoria o Enfermeiro da Educação Continuada (indicado pelo diretor de enfermagem).

- Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética de Enfermagem e regulamento do COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE.
- Assegurar a implantação/operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, Manual do Regimento Interno e do manual de normas técnicas (Instruções de Trabalho e Protocolos).
- Manter atualizada a Certidão de Responsabilidade Técnica – CRT, junto ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN-MA.
- Promover e apoiar os trabalhos dos Grupos de Estudos, sendo: Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas – CPTF e Comissão de Ética de Enfermagem - CEE.
- Promover excelente relacionamento entre membros da equipe de enfermagem e equipes multiprofissionais da instituição.
- Ser membro efetivo da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- Ser membro efetivo da Comissão de Óbito, Hemovigilância, Farmacovigilância e Tecnovigilância, bem como, supervisão do cumprimento pelo serviço de enfermagem das normas internas e externas estabelecida por estes órgãos.
- Participar das reuniões da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- Participar das reuniões da Direção Geral.

360

São atribuições do coordenador de departamento de enfermagem

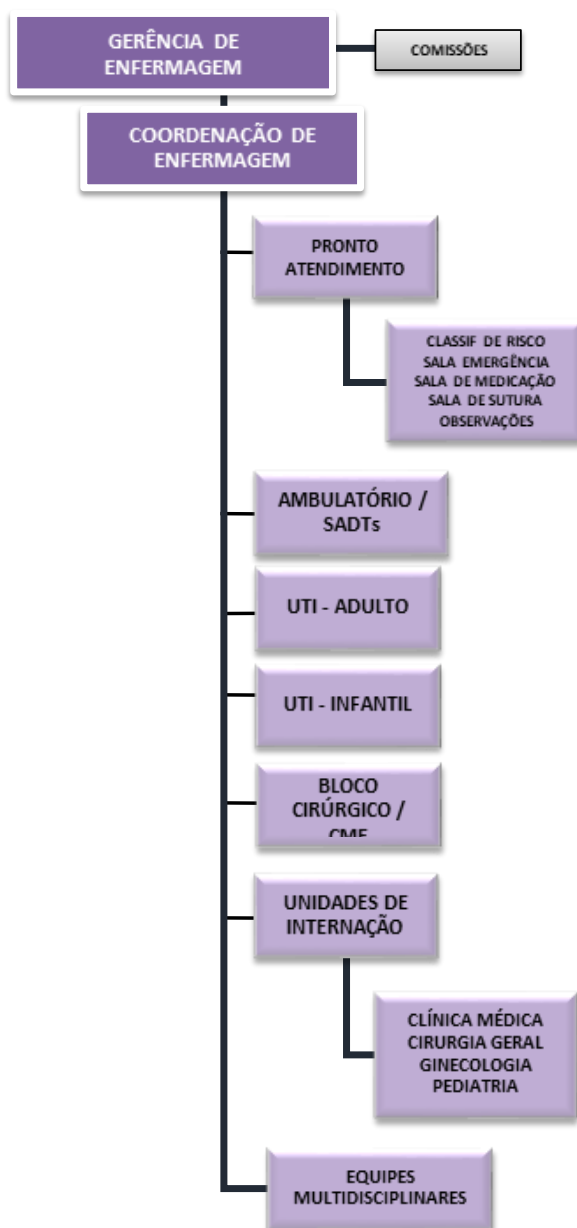
- Substituir o Diretor em suas ausências e impedimentos.
- Estabelecer, monitorar e divulgar os indicadores implementando, quando necessário, planos de ação na busca da melhoria contínua.
- Contribuir em conjunto com a Diretoria na implementação dos processos de trabalho e padronizações, apoiando as diretrizes do Sistema da Qualidade.
- Realizar e participar de reuniões periódicas com sua equipe, mantendo registro da pauta, problemas e sugestões apresentadas, bem como as tomadas de decisões.
- Receber diariamente o plantão dos enfermeiros noturno inteirando-se das intercorrências e providências tomadas, realizando os devidos encaminhamentos.
- Elaborar, coordenar e orientar as escalas de trabalho, serviço e férias, deliberando quando necessária autorização para realização de horas extras.
- Auditar por amostragem o prontuário do paciente quanto ao registro adequado de informações.
- Participar, avaliar e emitir parecer de testes técnicos de materiais, equipamentos e/ou assuntos relativos à Assistência de Enfermagem.



- Alinhar a equipe à política de Assistência de Enfermagem da Instituição, incentivando a aplicação e desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), cumprindo a determinação legal da Resolução COFEN Nº 358/2009.
- Promover a avaliação de desempenho dos seus colaboradores, conforme as diretrizes preconizadas pela Instituição.
- Participar do processo de seleção de pessoal e conduzir a entrevista de seleção.
- Elaborar, implementar e supervisionar, em conjunto com a equipe médica e multidisciplinar, o Protocolo de Atenção em Emergências (PAE) nas bases do acolhimento, pré-atendimento, regulação dos fluxos e humanização do cuidado.
- Participar na implantação dos programas institucionais de qualidade e humanização.

A organização do Serviço de Enfermagem do Complexo Hospitalar Zona Norte, esta assim definida:

## HOSPITAL E PRONTO SOCORRO DA ZONA NORTE (DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ)



Seu quadro funcional é composto de :

CATEGORIA FUNCIONAL	Regime de Contratação	CARGA HORÁRIA (total de horas mês)	CEDIDOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL
<b>PRONTO SOCORRO GERAL</b> (Classificação de Risco, Observações, Sala de Medicação, Sala de Inalação, Sala de Sutura, Sala de Emergência)			12	174	186
COORD ENFERMAGEM	CLT	220		1	1
ENFERMEIRO (A)	CLT/CEDIDOS	180	12	41	53
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180		132	132
<b>AMBULATÓRIO</b>			0	11	11
ENFERMEIRO (A)	CLT	220		2	2
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220		4	4
SUPERVISOR (A)	CLT	220		1	1
<b>SADT</b>			4	26	30
ENFERMEIRO (A)	CLT	220		2	2
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220		23	23
SUPERVISOR (A)	CLT	220		1	1
<b>UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI Adulto - 30 LEITOS</b>			0	110	110
COORDENADOR (A)	CLT	220		1	1
ENFERMEIRO (A)	CLT	180		17	17
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180		69	69
<b>UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI Infantil -20 LEITOS</b>			0	74	74
COORDENADOR (A)	CLT	220		1	1
ENFERMEIRO (A)	CLT	180		12	12
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180		46	46
<b>CLÍNICAS INTEGRADAS CLINICA CIRÚRGICA - 140 LEITOS</b>			0	186	186
COORDENADOR (A)	CLT	220		1	1
ENFERMEIRO (A)	CLT	180		60	60
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180		120	120
<b>CLÍNICAS INTEGRADAS CLINICA MÉDICA - 84 LEITOS</b>			0	114	114
COORDENADOR (A)	CLT	220		1	1
ENFERMEIRO (A)	CLT	180		36	36
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180		72	72
<b>CLÍNICAS INTEGRADAS PEDIATRIA - 28 LEITOS</b>			0	42	42
COORDENADOR (A)	CLT	220		1	1
ENFERMEIRO (A)	CLT	180		12	12
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220		24	24
<b>CENTRO CIRÚRGICO / RPA</b>			0	49	49
COORDENADOR (A)	CLT	220		1	1
ENFERMEIRO (A)	CLT	220		15	15
ENFERMEIRO (A)	CLT	180		5	5
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180		8	8
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220		15	15
<b>HOSPITAL-DIA - 10 LEITOS</b>			0	12	12
COORDENADOR (A)	CLT	220		1	1
ENFERMEIRO (A)	CLT	220		2	2

363

TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180		4	4
<b>SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR</b>			0	20	20
ENFERMEIRO (A)	CLT	220		10	10
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180		10	10
<b>SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS</b>			0	5	5
<b>NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA</b>			0	5	5
ENFERMEIRO (A)	CLT	220		5	5
<b>SERV. MULTIDISCIPLINARES - AMBULATÓRIO</b>			0	34	34
<b>DIRETORIA</b>			0	8	8
GERENTE DE ENFERMAGEM	CLT	220		1	1
<b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>			0	6	6
ENFERMEIRA DA QUALIDADE	CLT	220		2	2

## UPA CAMPOS SALLES

A estrutura do Serviço de Enfermagem na UPA Campos Salles é representada pelo organograma:



365

Seu quadro funcional é composto de :

CATEGORIA FUNCIONAL	Regime de Contratação	CARGA HORÁRIA (total de horas mês)	CEDIDOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL
<b>PRONTO SOCORRO GERAL</b> (Classificação de Risco, Observações, Sala de Medicação, Sala de Inalação, Sala de Sutura, Sala de Emergência)			11	42	53
COORD ENFERMAGEM	CLT	220		1	1
ENFERMEIRO (A)	CLT/CEDIDO	180	11	5	16
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180		36	36

## SERVIÇO SOCIAL NO COMPLEXO HPSZN

Compete prestar assistência social aos usuários, acompanhante, visitantes e profissionais do COMPLEXO HPSZN, em uma abordagem educativa, respeitando os princípios éticos e técnicos da profissão como premissa do serviço. Acompanhar, orientar etc.

**Missão:** Realizar acolhimento/atendimento a usuários e acompanhantes, com o objetivo de orientar e garantir os seus direitos.

**Abrangência:** Compete ao Serviço Social atuar nas seguintes áreas: Transferência e Referência, Registro de Nascimento, Encaminhamento do Usuário a Rede de Serviços, Atendimento a Todo Tipo de Agressão, Acompanhamento e Visita aos Leitos, Acompanhamento a Óbitos.

### ATRIBUIÇÕES:

- marcação de consultas e exames;
- solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;
- emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social.
- montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção) bem como a dispensação destes.

366

### Dimensionamento De Pessoal

HPSZN	Regime de Contratação	CARGA HORÁRIA/MÊS	CEDIDOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL
ASSISTENTE SOCIAL - AMBULATORIO	CLT	150		2	2
ASSISTENTE SOCIAL - HUMANIZAÇÃO	CLT	150		4	4
ASSISTENTE SOCIAL - INTERNAÇÃO	CLT	150		2	2
ASSISTENTE SOCIAL - PRONTO SOCORRO	CLT	150		6	6
ASSISTENTE SOCIAL - SUPERVISOR	CLT	220		1	1

UPA CAMPOS SALLES	Regime	CARGA HORÁRIA/MÊS	CEDIDOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL
ASSISTENTE SOCIAL	CLT / CEDIDO	150	2	3	5

### HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

No HPSZN o serviço será mantido 24 horas/dia nos serviços de Urgências e Emergências, e Internação. No serviço Ambulatorial em 03 (três) turnos nos horários de 07h00 às 11h00, 11h00 às 15h00 e de 15h00 às 19h00.

Na UPA Campos Salles o serviço será da 07:00 às 19:00

### 6.3.2 - EXPRESSAR ESTRUTURA DE CHEFIA E NÚMERO DE PESSOAS, ASSIM COMO O TIPO DE VÍNCULO COM A UNIDADE;

No Complexo Hospitalar Zona Norte a estrutura de chefias está assim definida e neste nível de hierarquia (ver organograma funcional):

DIRETOR(A) EXECUTIVO(A)
DIRETOR(A)
GERENTE
COORDENADOR(A)
SUPERVISOR(A)
RESPONSÁVEL TÉCNICO

No HOSPITAL E PRONTO SOCORRO DA ZONA NORTE (DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ):

CATEGORIA FUNCIONAL	FORMA DE VINCULO	CARGA HORÁRIA	HORÁRIO DE TRABALHO	CEDIDOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL
DIRETOR EXECUTIVO	CLT	220	08h às18h		1	1
SECRETÁRIA EXECUTIVA	CLT	220	08h às18h		2	2

CORPO CLÍNICO	FORMA CONTRATAÇÃO	CARÁTER	QTDE
Diretor Técnico	Pessoa Jurídica	presencial	1
Coordenação	Pessoa Jurídica	presencial	12
INTERNAÇÃO	FORMA CONTRATAÇÃO	CARÁTER	QTDE
Cardiologia	Pessoa Jurídica	presencial	18
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Pessoa Jurídica	presencial	6
Cirurgia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	49
Cirurgia Geral	Pessoa Jurídica	Rotina	1
Cirurgia Plástica	Pessoa Jurídica	presencial	6
Cirurgia Plástica	Pessoa Jurídica	sobreaviso	6
Cirurgia Vasculare	Pessoa Jurídica	sobreaviso	6
Endocrinologia e Metabologia	Pessoa Jurídica	presencial	6
Ginecologia	Pessoa Jurídica	presencial	6
Infectologia	Pessoa Jurídica	presencial	3
Nefrologia (Diálises, pareceres, etc.)	Pessoa Jurídica	presencial	2
Nefrologia (Diálises, pareceres, etc.)	Pessoa Jurídica	sobreaviso	4
Otorrinolaringologia	Pessoa Jurídica	sobreaviso	6
Pediatria	Pessoa Jurídica	presencial	18
Pneumologia	Pessoa Jurídica	presencial	6
Reumatologia	Pessoa Jurídica	presencial	6
Transplante - Cirurgião	Pessoa Jurídica	presencial	4
Urologia	Pessoa Jurídica	sobreaviso	6
Urologia/Nefrologia	Pessoa Jurídica	presencial	6
CENTRO CIRÚRGICO / HOSP DIA	FORMA CONTRATAÇÃO	CARÁTER	QTDE

367



Anestesiologia	Pessoa Jurídica	presencial	28
Anestesiologia	Pessoa Jurídica	sobreaviso	4
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Pessoa Jurídica	presencial	1
Cirurgia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	8
Cirurgia Geral	Pessoa Jurídica	Rotina	4
Cirurgia Plástica	Pessoa Jurídica	presencial	2
Cirurgia Vasculuar	Pessoa Jurídica	presencial	1
Cirurgia Vasculuar	Pessoa Jurídica	sobreaviso	4
Ginecologia	Pessoa Jurídica	Rotina	2
Ginecologia	Pessoa Jurídica	presencial	6
Neurologia Clínica	Pessoa Jurídica	sobreaviso	6
Otorrinolaringologia	Pessoa Jurídica	presencial	2
Proctologia	Pessoa Jurídica	presencial	2
Transplante - Cirurgião	Pessoa Jurídica	sobreaviso	6
Urologia	Pessoa Jurídica	presencial	2
Urologia	Pessoa Jurídica	sobreaviso	4
<b>PRONTO SOCORRO</b>	<b>FORMA CONTRATAÇÃO</b>	<b>CARÁTER</b>	<b>QTDE</b>
Clinica Médica PS	Pessoa Jurídica	presencial	12
Clinica Médica PS observação	Pessoa Jurídica	Rotina	2
Pediatria PS	Pessoa Jurídica	presencial	12
Pediatria PS - observação	Pessoa Jurídica	Rotina	2
Cirurgião PS	Pessoa Jurídica	presencial	6
Cirurgia Buco-Maxilo	Pessoa Jurídica	presencial	6
Médico Legista (SVO)	Pessoa Jurídica	presencial	6
<b>UTI ADULTO / INFANTIL</b>	<b>FORMA CONTRATAÇÃO</b>	<b>CARÁTER</b>	<b>QTDE</b>
Medicina Intensiva (UTI) Adulto	Pessoa Jurídica	presencial	18
Medicina Intensiva (UTI) Adulto	Pessoa Jurídica	Rotina	7
Medicina Intensiva (UTI) Infantil	Pessoa Jurídica	presencial	12
Medicina Intensiva (UTI) Infantil	Pessoa Jurídica	Rotina	4
<b>IMAGEM</b>	<b>FORMA CONTRATAÇÃO</b>	<b>CARÁTER</b>	<b>QTDE</b>
Radiologia e Imagem – RNM	Pessoa Jurídica	presencial	2
Radiologia e Imagem – TC	Pessoa Jurídica	presencial	2
Radiologia e Imagem – RX / Mamo	Pessoa Jurídica	presencial	2
Radiologia e Imagem – Sobreaviso	Pessoa Jurídica	sobreaviso	4
<b>MÉTODOS GRÁFICOS</b>	Pessoa Jurídica	presencial	
Metodos diagnosticos em especialidades	Pessoa Jurídica	presencial	
Endoscopias	Pessoa Jurídica	presencial	
Laboratório Clínico / Patologias	CLT	presencial	
<b>ENSINO E PESQUISA / RESIDÊNCIA</b>	<b>FORMA CONTRATAÇÃO</b>	<b>CARÁTER</b>	<b>QTDE</b>
Coordenação	Pessoa Jurídica	presencial	1
Preceptoria	Pessoa Jurídica	presencial	2
<b>AMBULATÓRIO</b>	<b>FORMA CONTRATAÇÃO</b>	<b>CARÁTER</b>	<b>QTDE</b>

368

Cardiologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	4
Proctologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	2
Dermatologia	Pessoa Jurídica	presencial	5
Angiologista	Pessoa Jurídica	presencial	2
Endocrinologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	3
Gastroenterologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	3
Nefrologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	1
Neurologia Pediatria	Pessoa Jurídica	presencial	3
Neurologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	3
Oftalmologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	5
Otorrinolaringologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	3
Pneumologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	1
Pneumologia Pediatria	Pessoa Jurídica	presencial	2
Reumatologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	1
Urologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	5
Hepatologia	Pessoa Jurídica	presencial	2
Geriatria - Incremento	Pessoa Jurídica	presencial	2
Fisiatria - Incremento	Pessoa Jurídica	presencial	2
Psicologia	CLT	presencial	5
Nutrição	CLT	presencial	5
Fonoaudiologia	CLT	presencial	5
Fisioterapia	CLT	presencial	5
Assistente Social	CLT	presencial	5
Consulta aval.cir.cabeça pescoço	Pessoa Jurídica	presencial	1
Consulta aval.cir.geral	Pessoa Jurídica	presencial	5
consulta aval.cir.pequenas cir.	Pessoa Jurídica	presencial	1
consulta aval.cir.urológica	Pessoa Jurídica	presencial	2
consulta aval.cir.otorrinolar	Pessoa Jurídica	presencial	2
consulta aval.cir.proctologia	Pessoa Jurídica	presencial	2
consulta urologia de litotripsia	Pessoa Jurídica	presencial	5
consulta aval.cir.vascular	Pessoa Jurídica	presencial	2
consulta transp.rim pancreas fig.	Pessoa Jurídica	presencial	3

369

CATEGORIA FUNCIONAL	FORMA DE VINCULO	CARGA HORÁRIA)	HORÁRIO DE TRABALHO	CEDIDOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL
GERENTE DE ENFERMAGEM	CLT	220	08h às18h		1	1
<b>PRONTO SOCORRO GERAL (Classificação de Risco, Observações, Sala de Medicação, Sala de Inalação, Sala de Sutura, Sala de Emergência)</b>				12	174	186
COORD ENFERMAGEM	CLT	220	08h às18h		1	1
ENFERMEIRO (A)	CLT/ CEDIDOS	180	07h às 19h/19h às 07h	12	41	53
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		132	132
<b>AMBULATÓRIO</b>				0	11	11
ENFERMEIRO (A)	CLT	220	08h às18h		2	2
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220	08h às18h		4	4
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	220	08h às18h		4	4
SUPERVISOR (A)	CLT	220	08h às18h		1	1
<b>SADT</b>				4	26	30
ENFERMEIRO (A)	CLT	220	08h às18h		2	2
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220	08h às18h		23	23
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CEDIDOS	220	08h às18h	4		4
TÉCNICOS DE RADIOLOGIA	PJ	120	24 HORAS			
SUPERVISOR (A)	CLT	220	08h às18h		1	1
<b>UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI Adulto - 30 LEITOS</b>				0	110	110
COORDENADOR (A)	CLT	220	08h às18h		1	1
ENFERMEIRO (A)	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		17	17
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		69	69
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5
ODONTÓLOGO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		3	3
AUXILIAR LIMPEZA - EXCLUSIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		6	6
FISIOTERAPIA	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		9	9
<b>UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI Infantil -20 LEITOS</b>				0	74	74
COORDENADOR (A)	CLT	220	08h às18h		1	1
ENFERMEIRO (A)	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		12	12
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		46	46
FISIOTERAPIA	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		3	3
ODONTÓLOGO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		2	2
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5
AUXILIAR LIMPEZA - EXCLUSIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5
<b>CLÍNICAS INTEGRADAS CLINICA CIRÚRGICA - 140 LEITOS</b>				0	186	186
COORDENADOR (A)	CLT	220	08h às18h		1	1
ENFERMEIRO (A)	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		60	60
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		120	120
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5
<b>CLÍNICAS INTEGRADAS CLINICA MÉDICA - 84 LEITOS</b>				0	114	114
COORDENADOR (A)	CLT	220	08h às18h		1	1

370

ENFERMEIRO (A)	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		36	36
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		72	72
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5
<b>CLÍNICAS INTEGRADAS PEDIATRIA - 28 LEITOS</b>				<b>0</b>	<b>42</b>	<b>42</b>
COORDENADOR (A)	CLT	220	08h às 18h		1	1
ENFERMEIRO (A)	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		12	12
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220	08h às 18h		24	24
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5
<b>CENTRO CIRÚRGICO / RPA</b>				<b>0</b>	<b>49</b>	<b>49</b>
COORDENADOR (A)	CLT	220	08h às 18h		1	1
ENFERMEIRO (A)	CLT	220	08h às 18h		15	15
ENFERMEIRO (A)	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		8	8
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220	08h às 18h		15	15
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5
<b>HOSPITAL-DIA - 10 LEITOS</b>				<b>0</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
COORDENADOR (A)	CLT	220	08h às 18h		1	1
ENFERMEIRO (A)	CLT	220	08h às 18h		2	2
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		4	4
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5
<b>SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR</b>				<b>0</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
ENFERMEIRO (A)	CLT	220	08h às 18h		10	10
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		10	10
<b>SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS</b>				<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5
TÉCNICO EM PATOLOGIA	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5
<b>NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA</b>				<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
ENFERMEIRO (A)	CLT	220	08h às 18h		5	5
<b>SERV. MULTIDISCIPLINARES - AMBULATÓRIO</b>				<b>0</b>	<b>34</b>	<b>34</b>
ODONTÓLOGO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		3	3
TÉCNICO HIGIENE BUCAL	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		6	6
ASSISTENTE SOCIAL	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		2	2
FISIOTERAPIA	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		20	20
NUTRICIONISTA	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		1	1
FONOAUDIÓLOGA	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		1	1
PSICOLOGIA CLÍNICA	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		1	1
<b>CEOT</b>				<b>0</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
TÉCNICO DE GESSO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		10	10
<b>SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA - SND</b>				<b>0</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
NUTRICIONISTA/RT	CLT	220	08h às 18h		1	1
NUTRICIONISTA CLÍNICA	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		21	21
<b>TRANSPORTE DE PACIENTES</b>				<b>14</b>	<b>11</b>	<b>25</b>
MAQUEIRO - AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT / CEDIDO	180	07h às 19h/19h às 07h	14	11	25
<b>HEMOTERAPIA - BANCO DE SANGUE</b>				<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
ENFERMEIRO (A)	CLT	220	08h às 18h		2	2

371

TÉCNICO DE HEMOTERAPIA	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		3	3
ASSISTENTE SOCIAL	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		4	4
PSICOLOGIA	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		4	4
<b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>				0	6	6
ENFERMEIRA DA QUALIDADE	CLT	220	08h às 18h		2	2
ANALISTA (QUALIDADE)	CLT	220	08h às 18h		4	4

CATEGORIA FUNCIONAL	FORMA DE VINCULO	CARGA HORÁRIA	HORÁRIO DE TRABALHO	CEDIDOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL
DIRETOR APOIO	CLT	220	08h às 18h		1	1
<b>GERÊNCIA</b>						
GERENTE DE APOIO	CLT	220	08h às 18h		1	1
<b>ATENDIMENTO</b>				0	63	63
COORDENADOR DE ATENDIMENTO	CLT	220	08h às 18h		1	1
SUPERVISOR RECEPÇÃO NOTURNO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		2	2
RECEPCIONISTAS - PS PEDIATRIA	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		10	10
RECEPCIONISTAS - PS ADULTO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		14	14
RECEPCIONISTAS - AMBULATÓRIO / LAUDOS	CLT	220	08h às 18h		10	10
RECEPCIONISTAS - BALÇÃO DE INFORMAÇÕES	CLT	220	08h às 18h		5	5
RECEPCIONISTAS - REABILITAÇÃO* (PROPOSTA)	CLT	220	08h às 18h		3	3
RECEPCIONISTAS - INTERNAÇÕES	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		14	14
RECEPCIONISTAS - SADT	CLT	220	08h às 18h		4	4
<b>MENOR APRENDIZ</b>				0	20	20
MENOR APRENDIZ - POSSO AJUDAR?	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		20	20
<b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO - S.A.U / OUVIDORIA</b>				14	8	22
SUPERV. DE S.A.U	CLT	220	08h às 18h		1	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO SAU INTERNAÇÃO	CEDIDO	220	08h às 18h	10	0	10
AUXILIAR ADMINISTRATIVO SAU PS / AMBULATÓRIO	CLT / CEDIDO	220	08h às 18h	4	6	10
OUVIDORIA	CLT	220	08h às 18h		1	1
<b>SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE - SPP</b>				0	12	12
ARQUIVISTA	CLT	220	08h às 18h		6	6
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	220	08h às 18h		6	6
<b>SERVIÇO SOCIAL</b>				0	9	9
ASSISTENTE SOCIAL - INTERNAÇÃO	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		2	2
ASSISTENTE SOCIAL - PRONTO SOCORRO	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		6	6
ASSISTENTE SOCIAL - SUPERVISOR	CLT	220	08h às 18h		1	1
<b>NUCLEO DE MANUTENÇÃO GERAL - NMG</b>				0	2	2
ENCARREG. DE MANUTENÇÃO - Núcleo de Manutenção Geral	CLT	220	08h às 18h		1	1

372

ENGENHEIRO CLÍNICO - Núcleo de Engenharia Clínica	CLT	220	08h às18h		1	1
---	-----	-----	-----------	--	---	---

CATEGORIA FUNCIONAL	FORMA DE VINCULO	CARGA HORÁRIA	HORÁRIO DE TRABALHO	CEDIDOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL
<b>DIRETORIA</b>				<b>0</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
DIRETOR ADMINISTRATIVO FINANCEIRO	CLT	220	08h às18h		1	1
GERENTE ADMINIST	CLT	220	08h às18h		1	1
<b>GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS/DP</b>				<b>0</b>	<b>17</b>	<b>17</b>
COORD. DEP. PESSOAL	CLT	220	08h às18h		1	1
SUPERVISOR EDUCAÇÃO PERMANENTE / RESIDÊNCIA MÉDICA	CLT	220	08h às18h		1	1
AUX. ADMINISTRATIVO EDUCAÇÃO PERMANENTE	CLT	220	08h às18h		3	3
AUX. ADMINISTRATIVO DP	CLT	220	08h às18h		5	5
ANALISTA DE DP	CLT	220	08h às18h		5	5
PSICÓLOGA	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		2	2
<b>SESMT</b>				<b>0</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220	08h às18h		1	1
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	CLT	220	08h às18h		4	4
MÉDICO DO TRABALHO	CLT	120			1	1
ENGENHEIRO DO TRABALHO	CLT	220	08h às18h		1	1
ENFERMEIRO (A)	CLT	220	08h às18h		1	1
<b>TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO</b>				<b>0</b>	<b>14</b>	<b>14</b>
COORD DE TI	CLT	220	08h às18h		1	1
ANALISTA DE SISTEMA	CLT	220	08h às18h		3	3
TÉCNICO EM INFORMÁTICA	CLT	220	08h às18h		5	5
AUXILIAR DE INFORMÁTICA	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5
<b>FATURAMENTO</b>				<b>0</b>	<b>17</b>	<b>17</b>
SUPERV FATURAMENTO	CLT	220	08h às18h		1	1
AUDITORIA (ENFERMEIRA)	CLT	220	08h às18h		1	1
FATURISTA	CLT	220	08h às18h		10	10
ESTATÍSTICO	CLT	220	08h às18h		5	5
<b>ALMOXARIFADO</b>				<b>0</b>	<b>17</b>	<b>17</b>
COORD. DE LOGÍSTICA	CLT	220	08h às18h		1	1
ALMOXARIFE	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		8	8
AUXILIAR DE ALMOXARIFADO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		8	8
<b>FARMÁCIA</b>				<b>0</b>	<b>31</b>	<b>31</b>
FARMACÊUTICA- RT	CLT	220	08h às18h		1	1
FARMACÊUTICO CLÍNICO - CAF	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		10	10
AUXILIAR DE FARMÁCIA - CAF	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		20	20
<b>COMPRAS</b>				<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

COMPRADOR	CLT	220	08h às18h		1	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	220	08h às18h		4	4
<b>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</b>				<b>0</b>	<b>69</b>	<b>69</b>
COORD DE LABORATÓRIO	CLT	220	08h às18h		1	1
TÉCNICO DE LABORATÓRIO (BIOQUÍMICA, URINÁLISE, HEMATO, IMUNOSSOROLOGIA)	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		30	30
MICROBIOLOGISTA (PARASITOLOGIA)	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		3	3
BIÓLOGO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		8	8
FARMACÊUTICO CLÍNICO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		4	4
AUXILIAR DE COLETA	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		20	20
AUXILIAR DE COLETA - Unidades CAIC Moura Tapajós e CAIC Dra. Maria Helena Freitas de Góes	CLT	220	08h às18h		3	3
<b>FINANCEIRO</b>				<b>0</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
CONTADOR - CONTÁBIL FINANCEIRO	CLT	220	08h às18h		1	1
ANALISTA FINANCEIRO	CLT	220	08h às18h		2	2
ANALISTA CONTÁBIL	CLT	220	08h às18h		2	2
PATRIMÔNIO	CLT	220	08h às18h		1	1
ASSISTENTE DE CONTRATOS / PRESTAÇÃO CONTAS	CLT	220	08h às18h		1	1

374

Na UPA CAMPOS SALLES a estrutura está configurada assim:

CATEGORIA FUNCIONAL	FORMA DE VINCULO	CARGA HORÁRIA	HORÁRIO DE TRABALHO	CEDIDOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL
DIRETOR EXECUTIVO	CLT	220	08h às18h		1	1

CORPO CLÍNICO	Forma Contratação	Caráter	QTDE
Diretor Técnico	Pessoa Jurídica	presencial	1
Coordenação	Pessoa Jurídica	presencial	2
Clinica Médica PS	Pessoa Jurídica	presencial	18
Clinica Médica PS	Pessoa Jurídica	Rotina	3
Pediatria PS *	Pessoa Jurídica	presencial	18
Cirurgião PS	Pessoa Jurídica	presencial	6
Cirurgia Buco-Maxilo	CEDIDO	presencial	0
Radiologista	Pessoa Jurídica	sobreaviso	

CATEGORIA FUNCIONAL	FORMA DE VINCULO	CARGA HORÁRIA	HORÁRIO DE TRABALHO	CEDIDOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL
<b>PRONTO SOCORRO GERAL (Classificação de Risco, Observações, Sala de Medicação, Sala de Inalação, Sala de Sutura, Sala de Emergência)</b>				<b>11</b>	<b>42</b>	<b>53</b>
COORD ENFERMAGEM	CLT	220	08h às18h		1	1



ENFERMEIRO (A)	CLT/ CEDIDO	180	07h às 19h/19h às 07h	11	5	16
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		36	36
<b>SERV. MULTIDISCIPLINARES</b>				<b>15</b>	<b>0</b>	<b>15</b>
ODONTÓLOGO	CEDIDO	180	07h às 19h/19h às 07h	11		11
TÉCNICO HIGIENE BUCAL	CEDIDO	180	07h às 19h/19h às 07h	4		4
<b>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</b>				<b>0</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
TÉCNICO DE LABORATÓRIO (BIOQUÍMICA, URINÁLISE, HEMATO, IMUNOSSOROLOGIA)	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		6	6
<b>CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - CDI</b>				<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
TÉCNICO DE RADIOLOGIA - RAIOS X	PJ	120	0			
<b>SERVIÇO SOCIAL</b>				<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
ASSISTENTE SOCIAL	CLT / CEDIDO	150	07h às 13h/13h às 19h	2	3	5
<b>TRANSPORTE DE PACIENTES</b>				<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
MAQUEIRO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5

CATEGORIA FUNCIONAL	FORMA DE VINCULO	CARGA HORÁRIA	HORÁRIO DE TRABALHO	CEDIDOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL
<b>DIRETORIA</b>				<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
GERENTE ADMINISTRATIVO	CLT	220	08h às 18h		1	1
SECRETÁRIA EXECUTIVA	CLT	220	08h às 18h		1	1
<b>GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS/DP</b>				<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
AUX. ADMINISTRATIVO DP	CLT	220	08h às 18h		2	2
AUXILIAR ADMINISTRATIVO DP	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		2	2
<b>SESMT</b>				<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	CLT	220	08h às 18h		1	1
<b>TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO</b>				<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
ANALISTA DE SISTEMA	CLT	220	08h às 18h		1	1
<b>FATURAMENTO</b>				<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
FATURISTA	CLT	220	08h às 18h		1	1
<b>ALMOXARIFADO</b>				<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		4	4
<b>FARMÁCIA</b>				<b>0</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
FARMACÊUTICO CLÍNICO - CAF	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		4	4
AUXILIAR DE FARMÁCIA - CAF	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5
<b>FINANCEIRO</b>				<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
ANALISTA FINANCEIRO	CLT	220	08h às 18h		1	1
<b>ATENDIMENTO</b>				<b>0</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
SUPERVISOR RECEPÇÃO NOTURNO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		2	2
RECEPCIONISTAS - PS	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		10	10
<b>MENOR APRENDIZ</b>				<b>0</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
MENOR APRENDIZ - POSSO AJUDAR?	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h			3

375

<b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO - S.A.U / OUVIDORIA</b>				<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
AUXILIAR ADMINISTRATIVO SAU PS	CLT	220	08h às18h		1	1
<b>NUCLEO DE MANUTENÇÃO GERAL - NMG</b>				<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
OFICIAL DE MANUTENCAO	CLT	220	08h às18h		1	1
AUXILIAR DE MANUTENÇÃO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		1	1
<b>SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA - SHL</b>				<b>0</b>	<b>30</b>	<b>30</b>
AUXILIAR DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		30	30

### **6.3.3 - COMPATIBILIZAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO COM AS DIRETRIZES DA SUSAM/AM;**

---

O INDSH se compromete em:

- Manter uma estrutura física e administrativa no Município;
- Manter equipe completa para que não haja prejuízo de repasse orçamentário do Ministério da Saúde para o Estado, quando o caso;
- Atender de imediato as solicitações e/ou projetos específicos da Secretaria de Saúde, tais como: epidemias, calamidade pública, estado de emergência, e ações de utilidade pública na área de atuação;
- Garantir que o processo de trabalho transcorra de forma organizada e sistematizada;
- Oferecer crachás e uniformes específicos para cada categoria profissional, onde conste a identificação do Estado para melhor identificação por parte dos munícipes, bem como equipamentos de proteção individual, quando for o caso;
- Responder pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários, fundiários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados ou colaboradores utilizados na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência desse contrato, para tentar eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las ao contratante;
- Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos no contrato de gestão;
- Manter registro atualizado de todos os atendimentos, disponibilizando a qualquer momento ao contratante e auditorias do SUS, as fichas e prontuários da clientela, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na(s) Unidade(s);
- Apresentar à contratante até o 10º (décimo) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, a prestação de contas dos serviços efetivamente executados no mês anterior, acompanhada de Relatórios Gerenciais e comprovantes, Documentos Fiscais e de Pagamento de Pessoal e Encargos Trabalhistas, na forma que lhe for indicada e assim sucessivamente;
- Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessárias à execução dos serviços objetos do presente contrato, executando pontualmente todos os pagamentos de taxas e impostos que incidam ou venham incidir sobre as atividades exercidas no Estado;
- Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causado a contratante e/ou a terceiros, por sua culpa, ou em consequência de erro, imperícia,

377

imprudência e ou negligência própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados;

- Manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas e instalações utilizadas, zelando delas como se suas fossem;
- Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua, aos equipamentos e instalações prediais, hidráulicas, elétricas e rede de gases em geral, incluindo equipamentos de comunicação, quando o caso;
- Receber os bens e mantê-los sob sua guarda, devidamente inventariados, devolvendo-os a contratante após o término do Contrato de Gestão, (áreas, equipamentos, instalações e utensílios) em perfeitas condições de uso, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação, quando não comprovada que a depreciação foi incompatível com a vida útil garantida pelo fabricante;
- Encaminhar a contratante, nos prazos e instrumentos por ela definidos, os relatórios de atividades expressando a produtividade e qualidade da assistência oferecida aos usuários SUS, os relatórios de execução financeira expressando os gastos de custeio e investimento dos serviços, e os relatórios de execução fiscal tratando dos pagamentos de taxas e tributos, além de pagamento de pessoal e encargos trabalhistas, todos acompanhados das devidas comprovações;
- Implantar um sistema de pesquisa de satisfação pós-atendimento nas Unidades e Serviços sob sua gestão, e manter um serviço de atendimento ao usuário, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de assinatura do Contrato de Gestão, devendo o inquérito/questionário ser previamente submetido e aprovado pela Secretaria Estadual de Saúde, emitindo os respectivos relatórios durante a vigência do Contrato de Gestão;
- Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças nos planos de trabalhos sem prévia aprovação do Estado;
- Alcançar os índices de produtividade e qualidade definidos nos anexos no Contrato de Gestão;
- Realizar os ajustes necessários quanto à oferta e à demanda de serviços de acordo com as necessidades da população usuária do SUS, referenciadas e definidos pelo Gestor da Saúde Estadual;
- Desenvolver as atividades de acordo com as normas, legislação e diretrizes em vigor;
- Garantir o acesso aos serviços prestados de forma integral e contínua dentro das metas pactuadas;
- Utilizar ferramentas gerenciais que facilitem a horizontalização da gestão, da qualificação gerencial, profissional e educação continuada além do enfrentamento das

questões corporativas, rotinas técnicas e operacionais e sistema de avaliação de custos e das informações gerenciais;

- Garantir transparência do processo de gestão administrativo-financeira, com abertura de planilhas financeiras e de custos, para acompanhamento das partes;
- Alimentar regularmente os sistemas de informações vigentes ou novos que venham a ser implementados em substituição ou em complementaridade aos atuais;
- Desenvolver ações de Educação Permanente para os trabalhadores da(s) Unidade(s) objetivando o trabalho interdisciplinar, a diminuição da segmentação do trabalho e a otimização e qualificação crescente das ações;
- Promover ambiência acolhedora à comunidade interna e externa dos serviços;
- Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis sob a sua guarda, assegurando-se o direito de defesa e aplicação de punição contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;
- Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;
- Prestar esclarecimentos por escrito ao EStado sobre eventuais atos ou fatos noticiados que envolvam a OSS contratada, independentemente de solicitação;
- Atender os usuários da (s) Unidade (s) de serviço com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços contratados;
- Notificar a Secretaria Estadual de Saúde de eventual alteração de sua razão social ou de mudança em sua diretoria, ou estatuto, enviando-lhe no prazo de 60 (sessenta) dias contados a partir da data do registro de alteração, acompanhado de cópia autenticada junto ao Cartório de registro Civil das Pessoas Jurídicas;
- Transferir, integralmente à contratante, em caso de distrato ou extinção da OSS contratada, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde, cujo uso lhe fora permitido;
- Os profissionais contratados pela OSS contratada terão seus salários registrados conforme legislação vigente, observado o regulamento de compras e contratações que vier a ser publicado, após aprovação da Comissão de acompanhamento e controle;
- O modelo gerencial proposto deverá obedecer aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

## 6.4 - NA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, FINANCEIROS E GERAIS, O ENTE INTERESSADO DEVERÁ APRESENTAR, ENTRE OUTRAS, AS SEGUINTE INFORMações:

### 6.4.1 - DESCRIÇÃO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE FATURAMENTO, BEM COMO HORÁRIOS DE TRABALHO; ESTRUTURA DE CHEFIA; MEMBROS E VÍNCULO COM A UNIDADE;

Cargo	Local	Carga Horária Mês	Vínculo	Qtde
SUPERV FATURAMENTO	HPSZN	220	CLT	01
AUDITORIA (ENFERMEIRA)	HPSZN	220	CLT	01
FATURISTA	HPSZN	220	CLT	10
FATURISTA	UPA CAMPOS SALLES	220	CLT	01
ESTATISTICO	HPSZN	220	CLT	05
TOTAL				18

#### 1. Responsabilidades:

Profissional	Responsabilidades
Ambulatório, Urgência e Emergência:	Emitir relatório de atendimentos, conferir os Boletins de Atendimentos e enviar diariamente ao faturamento
SADTS:	Enviar diariamente os laudos dos exames realizados ao faturamento;
Tecnologia da Informação:	Disponibilizar e manter o sistema informatizado em funcionamento, com as devidas atualizações e disponibilização aos setores pertinentes
Arquivo	Arquivar e controlar os prontuários.

380

Compete a este setor o processamento das faturas da UNIDADE, tendo a finalidade de realizar o mapeamento e a consolidação dos números de produção para convertê-las em receitas, sob os valores da tabela unificada SUS, que serão repassadas ao contratante e disponibilizadas à UNIDADE conforme as disposições estabelecidas no contrato de gestão.

A atualização dos registros nos órgãos de regulação do SUS também são atividades do faturamento, assim como as informações referentes à produção da Instituição, sendo que o gerenciamento do faturamento está baseado nas normas do SUS.

Todos os colaboradores da Unidade devem atuar para minimizar os riscos das suas atividades, através do cumprimento de suas rotinas.

As etapas de atuação do faturamento se baseiam em: receber prontuários e laudos, verificar cumprimento do padrão, realizar codificação, realizar conferência e lançamento dos procedimentos, digitar dados do paciente em sistema operacional, realizar a exportação do banco de dados do sistema operacional para SISAIH e por fim, enviar ao contratante.

#### 2. Descrição Das Atividades:

- Providenciar coletas dos dados para atualização do CNES nos setores pertinentes; gerar arquivo do CNES para o envio, conforme dia preconizado, para as devidas atualizações;
- Digitar toda produção do BPA Individualizado pertinentes à competência em

vigência;

- Gerar arquivo do BPA-I e BPA- C para envio, conforme dia preconizado;
- Realizar o fechamento do faturamento, conforme versão disponibilizada pelo Datasus;
- Correção das críticas apresentadas pelo sistema Datasus;
- Emissão de relatórios gerenciais.

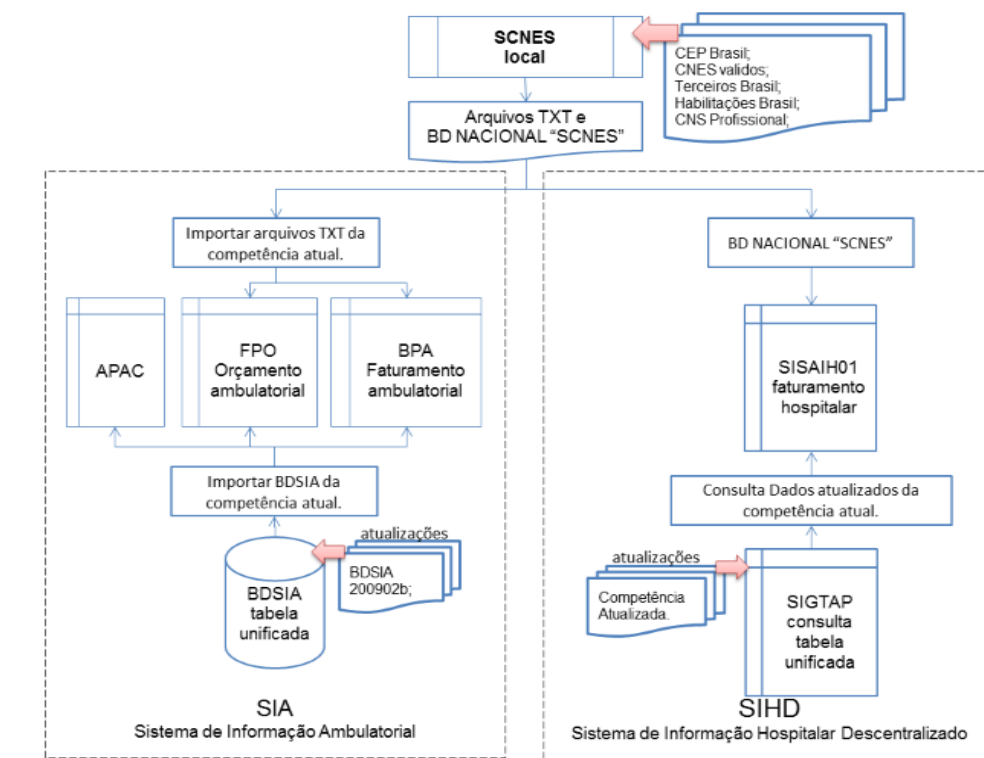
### 3. Indicadores De Desempenho:

Para o acompanhamento da atividade deste setor, podemos monitorar os seguintes indicadores:

- AIH'S Corrigidas Pelo Médico Autorizador
- Laudos De Exames De Imagem Após O Prazo De 4 Dias
- Prontuário Não Faturado Mês
- Prontuário Faturado Mês
- Prontuários Não Enviados Ao Arquivo Por Pendências
- Prontuário Recebido Com Erro De Lateralidade
- Quantidade de AIH Apresentada
- Quantidade de BPA Apresentado
- Total De Alta Hospitalar
- Total De Alta A Pedido
- Total De Alta Por Evasão
- Total De Alta Administrativa
- Total De Alta Por Transferência
- Total De Alta Por Óbito
- Total De Inconsistência De Enfermagem
- Total De Inconsistência Médica
- Valor Total De AIH
- Valor Total De BPA

### 4. Lógica Do Faturamento:

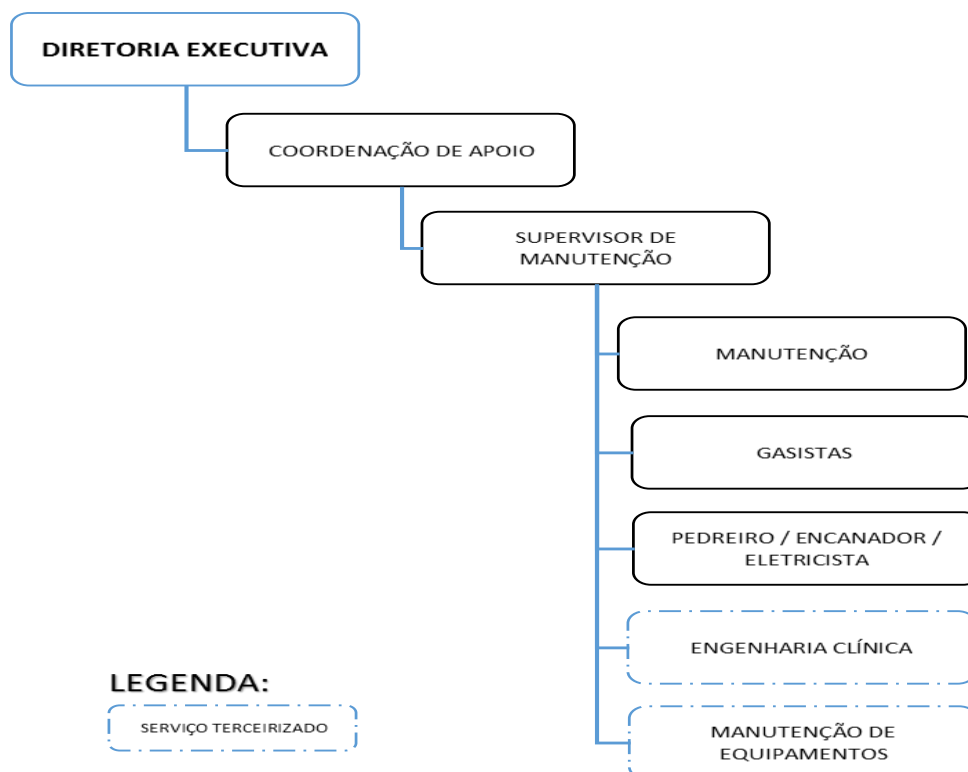
Os sistemas do DATASUS trabalham todos integrados, iniciando a partir do cadastro do SCNES e a concluir no FATURAMENTO. Devemos manter todos os sistemas atualizados e todos na mesma competência, mantendo este fluxo você não terá problemas no fechamento de seu faturamento.





## 6.4.2 - DESCRIÇÃO DE FUNCIONAMENTO PARA A UPA CAMPOS SALLES, DA MANUTENÇÃO PREDIAL, DESCRIÇÃO DE FUNCIONAMENTO DA MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS E ORÇAMENTOS DEDICADOS AOS MESMOS;

A UNIDADE DE MANUTENÇÃO PREDIAL estará assim organizada:



382

### Manutenção E Engenharia Clínica

O modelo de gestão de engenharia clinica e manutenção predial a ser organizado será unificado, otimizando áreas estratégicas da UPA Campos Sales sob uma mesma diretriz, que visam promover melhoria continua dos serviços, suporte às equipe médicas e de enfermagem, proporcionado desta forma o funcionamento harmonizado do parque tecnológico e infraestrutura. Compete a esta área a execução das manutenções preventivas e corretivas, e medidas que se façam necessária para maior conservação e operacionalidade dos recursos do estabelecimento, inventários de equipamentos médico-hospitalares, avaliação da consistência técnica e os custos das propostas oferecidas pelos prestadores de serviços, serviços técnicos programados de aferição e calibragem, realização de treinamento dos usuários/operadores, assessorar à direção na avaliação da obsolescência e/ou alienação dos equipamentos médico-hospitalares, emitindo parecer técnico, baseado em inspeção técnico-operacional, histórico de falhas, e etc., além de outras competências, e em de acordo com as normas técnicas a ABNT (Associação Brasileiras de Normas Técnicas), e as legislações em vigência.

### Setor De Manutenção (Infraestrutura)

O departamento de “Infraestrutura” tem por objetivo prestar serviços de conservação e recuperação da capacidade funcional da edificação e de suas partes constituintes,

bem como dos equipamentos que são utilizados para garantir o pleno desenvolvimento das atividades hospitalares, no intuito de atender as necessidades e segurança dos seus usuários e clientes.

### **Atribuições da Unidade**

- Execução da conservação e recuperação da estrutura física e mobiliária de todo a unidade;
- Atender os serviços solicitados por ordem de serviços, através de métodos de trabalho que visam qualidade do serviço e economia do material aplicado, respeitando os parâmetros normativos das legislações e normas vigentes;
- Realizar o acompanhamento dos serviços de manutenção, prestados por empresas terceirizadas, garantindo a qualidade e segurança dos mesmos;
- Colaborar com as atividades realizadas por outros setores, através de orientações técnicas e execução dos serviços prestados a estes;
- Acompanhar a qualidade dos serviços prestados, solicitando ao setor de treinamento a promoção de cursos específicos, sempre que necessário, para garantir a atualização técnica dos profissionais que compõem este departamento;
- Realização de reformas de setores que necessitam de adequações para o cumprimento das legislações e normas vigentes, bem como aplicações;
- Manutenção preventiva e corretiva dos sistemas de infraestrutura;
- Gerenciamento, operação e controle de sistemas de: água, energia elétrica, gases medicinais, gás natural, vapor, efluentes líquidos, proteção contra descargas atmosféricas, climatização, detecção a incêndio, e cabeamento estruturado;
- Elaboração de planilhas e relatórios demonstrativos de serviços executados;
- Gerenciamento, operação e controle dos equipamentos de infraestrutura (elevadores, caldeiras, geradores de energia, monta-carga, entre outros);
- Gerenciamento de contratos referentes a fornecimento de materiais e prestação de serviços por terceiros;
- Acompanhar e elaborar estudos de viabilidade e projetos que venham beneficiar a UPA Campos Sales;
- Elaborar processos de contratação de operação, manutenção, reformas, aquisição e conservação de equipamentos;
- Gerenciar o parque de equipamentos médicos e manter a sua disponibilidade, garantindo a plena utilização dos mesmos.

383

### **Manutenção Predial**

- Manter Atualizado as plantas baixas, arquivos digitais (DWG), e Projetos Executivos de todas as áreas físicas e de instalações, Sistemas Especiais, Ar Condicionados e de gases medicinais;
- Garantir que sejam realizadas todas as manutenções preventivas das instalações e equipamentos de acordo com as normas técnicas e legislações em vigência;
- Acompanhar serviços de terceiros, contrato de manutenções, e equipamentos especiais;
- Estabelecer planos de contingências para falta/falha de, abastecimento de água, energia elétrica, gases medicinais, sistema de climatização, ou qualquer sistema que venha impactar nas atividades e segurança da Unidade, com foco nos pacientes, colaboradores, e usuários, visando estabelecer a qualidade dos serviços prestados com segurança;
- Manter conservado todos os equipamentos de instalações, infraestrutura e áreas físicas com manutenções preventivas e corretivas;
- Garantir que todas as manutenções preventivas nos equipamentos contra incêndio sejam executadas em seus prazos estabelecidos de acordo com os fabricantes, normas técnicas e legislação em vigência; promover treinamentos

periódicos de combate a incêndios em parceria com a equipe de segurança do trabalho;

- Manter organizado todos os manuais dos equipamentos com fácil acesso;
- Manter o cadastro dos fornecedores prestadores de serviços atualizados, seja com ou sem contrato;
- Comunicar a retirada e ou a troca de mobiliários e ou equipamentos das unidades diversas e preencher os impressos específicos de controle;
- Estabelecer escala de trabalho (Plantonistas de Manutenção) para assegurar e manter atendimento 24 horas de manutenção, sendo 24h, 7 dias por semana;
- Garantir que todas as manutenções preventivas e corretivas sejam executadas nos grupos de geradores de energia do Hospital, de forma a atender em caso de falta/falha do sistema de fornecimento de energia elétrica;
- Promover continuamente, treinamento em serviço;
- Participar ativamente da CIPA e nos programas de incentivo à segurança no trabalho;
- Manter sempre em bom estado físico, as dependências do Hospital;
- Realizar, mensalmente, o relatório de atividades;
- Elaborar e Implantar o Regimento da Unidade, Manuais e Rotinas;
- Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da Unidade de Pronto Atendimento e o Regimento das Unidades.
- Estabelecer cronograma das manutenções preventivas em todos os sistemas em de acordo com as normas técnicas e legislações vigentes;
- Contribuir com as especificações técnicas para aquisição de novas tecnologias e futuras ampliações;
- Análises críticas de laudos e projetos;

Normas Para Funcionamento Do Serviço De Manutenção De Equipamentos Hospitalares, Preventiva E Corretiva

384

### **Manutenção Preventiva De Equipamentos E Instalações**

#### **Quando**

Conforme datas definidas em cronograma de manutenção preventiva.

#### **Objetivo**

Garantir o perfeito funcionamento dos equipamentos e instalações, reduzindo o número de paradas inesperadas e prolongando o tempo de vida útil dos mesmos.

#### **Condições Necessárias**

Cronograma de manutenção preventiva, Ordem de Serviço, listas de verificação (checklist) específica para cada modelo de equipamento, ferramental específico, recursos de tecnologia de informação, EPI.

#### **Descrição do Procedimento**

A Infraestrutura inclui nos cronogramas de manutenção preventiva os equipamentos e instalações que apresentem as seguintes características: ofereçam risco de operação a usuários e/ou operadores, necessitem de manutenção preventiva devido a algum tipo de imposição normativa ou devido à estratégia administrativa do setor. Neste cronograma é indicada a periodicidade para realização das verificações, sendo as mesmas baseadas em recomendações de fabricantes, experiências anteriores, exigências de normas técnicas ou portarias.

Os setores que possuam equipamentos e instalações, enquadrados nas características descritas anteriormente, mantêm arquivada a cópia do cronograma de manutenção preventiva para eventuais consultas.

O setor de Infraestrutura monitora mensalmente os cronogramas de manutenção preventiva, observando as datas de intervenções programadas.

Nas referidas datas, as intervenções técnicas são realizadas pela equipe técnica ou por empresa terceirizada, usando como referência as listas de verificação (checklist) que descrevem os itens a serem verificados dos respectivos equipamentos. Estes itens foram elaborados previamente e são específicos para cada tipo e modelo de equipamento, estando conforme as orientações da Portaria 3523 MS.

Ao término do procedimento, o setor de Infraestrutura realiza o arquivamento das listas de verificação, em pastas específicas, deixando os mesmos disponíveis para eventuais consultas.

Quando um equipamento apresentar uma não conformidade em algum item da lista de verificação o mesmo deverá ser indisponibilizado para uso pela equipe técnica e adotado o procedimento de manutenção corretiva necessária para a correção do problema.

### **Resultado Esperado**

Reduzir o número de paradas inesperadas e prolongando o tempo de vida útil dos mesmos.

### **Consequência caso não atinja o esperado.**

Paradas inesperadas, redução do tempo de vida útil dos equipamentos.

### **O que fazer caso não atinja o esperado.**

Reavaliar datas dos cronogramas e desempenho dos profissionais envolvidos no trabalho.

## **Manutenção Corretiva De Equipamentos E Instalações**

385

### **Quando**

Solicitado pelos usuários.

Em falha ou parada não programada de equipamentos e instalações, observados pelos técnicos do setor.

### **Objetivo**

Manter a operacionalidade dos equipamentos. Liberar o equipamento para funcionamento no menor espaço de tempo possível.

### **Condições Necessárias**

Ordem de serviço, listas de verificação (checklist) específica para cada modelo de equipamento, ferramental específico, recursos de tecnologia de informação, EPI.

### **Descrição do Procedimento**

O setor de suporte de atendimento da Infraestrutura acusa o recebimento das solicitações de atendimento (Ordem de Serviço) dos setores pelo sistema de manutenção.

O setor de suporte de atendimento da Infraestrutura imprime a solicitação de atendimento (Ordem de Serviço) e encaminha a mesma para o setor responsável.

O profissional da Infraestrutura realiza o atendimento para avaliação do problema, podendo concluir o reparo ou gerar a pendência de conclusão junto ao setor.

No caso de geração de pendência, o profissional da Infraestrutura determina a forma necessária para conclusão do problema, podendo ser através da necessidade de aquisição de peças de reposição ou de encaminhamento do problema para fornecedor externo qualificado.

No caso de necessidade de aquisição de peças de reposição, o setor de Infraestrutura monitora o andamento do processo de aquisição de modo a disponibilizar o equipamento para o uso em menor tempo possível.

No caso de encaminhamento do problema para resolução por fornecedor externo qualificado, o setor de Infraestrutura monitora o andamento do processo de reparo de modo a disponibilizar o equipamento para o uso em menor tempo possível.

Durante o andamento dos processos de encaminhamento externo ou aquisição, o setor de Infraestrutura mantém a chefia do setor solicitante, informada, através de e-mail, sobre os prazos estipulados para conclusão do problema.

Após conclusão do reparo ou aquisição de peças de reposição o equipamento é disponibilizado para uso após a realização de testes de desempenho.

Equipamento é liberado para uso e solicitado ao usuário a assinatura no formulário de solicitação de atendimento (ordem de serviço).

Solicitação de atendimento (ordem de serviço) assinada retorna para atualização do sistema de manutenção e arquivamento pelo setor de suporte de atendimento da Infraestrutura.

Ao final de cada manutenção corretiva é gerado relatório técnico.

### **Resultado Esperado**

Manter os equipamentos e instalações da instituição em operação e dentro dos parâmetros de segurança necessários.

### **Consequência caso não atinja o esperado**

Equipamento/Acessório ou instalação não serão disponibilizados para uso.

### **O que fazer caso não atinja o esperado**

Equipamento/Instalação será indisponibilizado para o uso até voltar ao padrão de operacionalidade.

386

### **Resultado Esperado**

Garantir suprimento de energia elétrica ao hospital.

### **Consequência caso não atinja o esperado**

Hospital ficará sem alimentação alternativa de energia elétrica.

### **O que fazer caso não atinja o esperado**

Entrar em contato com a empresa responsável pela manutenção dos GMGs, com a concessionária de energia e os supervisores do setor elétrico. Todos os telefones de referência encontram na sala de triagem de ordens de serviço da engenharia.

## **Engenharia. Clínica**

### **Finalidade:**

O objetivo deste manual é apresentar as rotinas, fluxos e processos desenvolvidos pelo Setor de Engenharia Clínica da unidade, nas atividades destinadas à gestão do parque tecnológico da organização durante todo o seu ciclo de vida, contempla desde o planejamento, a aquisição, o recebimento, o teste de aceitação, a capacitação, a operação, a manutenção e a desativação dos equipamentos médico-hospitalares.

### **Atribuições Da Unidade:**

- Planejar e auxiliar tecnicamente as áreas assistenciais na seleção e aquisição de novos equipamentos médicos hospitalares;
- Manter atualizado o inventário dos equipamentos médicos hospitalares;

- Treinar pessoal técnico para manutenção e usuários na operação dos equipamentos;
- Realizar Manutenção corretiva de equipamentos médicos hospitalares, em tempo hábil sem prejuízo na assistência ao paciente;
- Realizar Manutenção preventiva de equipamentos médicos hospitalares, garantindo o funcionamento seguro dos equipamentos, reduzindo o índice de manutenções corretivas e atendendo as orientações dos fabricantes;
- Realizar Testes de Performance/Calibração de equipamentos médicos hospitalares e analisar a conformidade dos mesmos de acordo com as especificações técnicas dos fabricantes;
- Controlar e acompanhar os serviços de manutenção executados por empresas externas, indicando, elaborando e controlando contratos de manutenção preventiva e corretiva;
- Apresentar relatórios de produtividade de todos os aspectos envolvidos com a gerência e com a manutenção dos equipamentos eletro-médicos – conhecidos como indicadores de qualidade e/ou produção.
- Efetuar a avaliação da obsolescência, propondo a substituição de tecnologias que possam comprometer a qualidade e segurança do paciente e usuário.

#### **Principais Atividades:**

- Execução de Manutenção Corretiva e Preventiva dos equipamentos
- Calibração e ajustes dos Equipamentos de acordo com padrões reconhecidos
- Treinamento para assistência e corpo médico quanto ao manuseio dos equipamentos
- Treinar técnicos para manutenção dos equipamentos
- Auxiliar na aquisição e aceitação de novas tecnologias
- Acompanhar, receber e Validar serviços realizados por empresas externas
- Apresentar relatórios de produtividade e itens de controle
- Estabelecer critério de obsolescência emissão de relatórios dos equipamentos
- Estabelecer critério de Manutenção Preventiva
- Estabelecer critério de prioridade no atendimento as Manutenções Corretivas, visão sistêmica.
- Gestão dos equipamentos em comodatos e próprios
- Criar e manter os históricos de intervenções dos equipamentos
- Cadastrar todos os equipamentos, indicando ano de aquisição, número de série, modelo e marca. Estabelecer periodicidade de atualização com base em normas e legislação vigente.
- Instalação dos equipamentos
- Descarte adequado dos equipamentos e periféricos
- Manter o controle das manutenções de todos os equipamentos terceiros, comodatos, e próprios para fácil acesso.
- Controlar o acesso de entrada de equipamentos terceiros, seja para eventuais procedimentos médicos, e/ou demonstrações.

387



### 6.4.3 - VOLUME DE RECURSOS FINANCEIROS DESTINADOS A CADA TIPO DE DESPESA.

DESPESAS OPERACIONAIS (em Reais)	HPSZN	UPA	COMPLEXO
<b>Pessoal Próprio</b>	<b>3.858.921</b>	<b>526.584</b>	<b>4.385.506</b>
Ordenados	2.752.500	243.200	<b>2.995.700</b>
Hora Extra	40.000	5.000	<b>45.000</b>
Adicional Insalubridade	205.344	14.536	<b>219.880</b>
Adicional Noturno	305.280	30.670	<b>335.950</b>
1/3 Férias	93.260	8.300	<b>101.560</b>
13º Salário	289.670	39.870	<b>329.540</b>
Aviso Prévio - PROVISÃO	45.880	4.060	<b>49.940</b>
Integração Hora Extra c/ DSR	8.000	1.000	<b>9.000</b>
CEDIDOS SERVIDORES SUSAM	118.987	179.948	<b>298.936</b>
<b>Encargos Sociais</b>	<b>452.600</b>	<b>42.100</b>	<b>494.700</b>
Contribuição FGTS (8%)	<b>299.200</b>	<b>27.800</b>	<b>327.000</b>
Contribuição PIS (1%) - Imunidade Patronal	-	-	-
Contribuição Sindical/Assist a Pagar	<b>3.800</b>	<b>400</b>	<b>4.200</b>
FGTS Rescisória (50%)	<b>149.600</b>	<b>13.900</b>	<b>163.500</b>
<b>Benefícios a Funcionários</b>	<b>61.375</b>	<b>38.625</b>	<b>100.000</b>
Vale Transporte	33.000	5.000	<b>38.000</b>
Uniformes	22.000	3.000	<b>25.000</b>
Cesta Básica/Refeição	-	30.000	<b>30.000</b>
Seguro de Vida	6.375	625	<b>7.000</b>
<b>(Serviços de Terceiros - PJ)</b>	<b>308.240</b>	<b>93.000</b>	<b>401.240</b>
Treinamento e Educação Permanente	31.000	3.000	<b>34.000</b>
Lavanderia	-	5.000	<b>5.000</b>
SND	-	10.000	<b>10.000</b>
Assessoria de Custos	15.000	-	<b>15.000</b>
Serviços Administração de Vale Transporte	990	1.500	<b>2.490</b>
Serviços de PPRA, PCMSO	5.000	2.000	<b>7.000</b>
Auditoria Externa	1.250	-	<b>1.250</b>
Coleta Especializada de Lixo	20.000	5.500	<b>25.500</b>
Sistema Gestão Hospitalar	20.000	5.000	<b>25.000</b>
Sistema Banco de Dados	5.000	1.000	<b>6.000</b>
Serviços Gráficos	10.000	2.000	<b>12.000</b>
Tecnologia de Informação - Business Intelligence	10.000	-	<b>10.000</b>
Tecnologia de Informação - EPIMED	5.000	-	<b>5.000</b>



Tecnologia de Informação - FINANCEIRO	10.000	2.000	<b>12.000</b>
Tecnologia de Informação - LOCALWEB (emails)	5.000	1.000	<b>6.000</b>
Tecnologia de Informação - INTERACT	10.000	-	<b>10.000</b>
Tecnologia de Informação - BIONEXO	15.000	-	<b>15.000</b>
Acesso à Internet	5.000	1.000	<b>6.000</b>
Serviço de Ambulâncias - Remoções (UTI/Simples)	90.000	40.000	<b>130.000</b>
Serviço de Remoções Cadáveres	20.000	-	<b>20.000</b>
Assessoria TI	10.000	4.000	<b>14.000</b>
Assessoria Acreditação	20.000	10.000	<b>30.000</b>
<b>(Serviços Médicos - PJ)</b>	<b>5.803.800</b>	<b>703.800</b>	<b>6.507.600</b>
Serviços Médicos PJ - PS / LEITOS / CENTRO CIRURG	4.695.000	662.000	<b>5.357.000</b>
Serviços Médicos PJ - AMBULATÓRIO	923.000	-	<b>923.000</b>
Diretoria Técnica - PJ	41.800	17.900	<b>59.700</b>
Coordenação Médicos- PJ	144.000	23.900	<b>167.900</b>
<b>SADT</b>	<b>923.000</b>	<b>15.000</b>	<b>938.000</b>
Anatomia Patologica	75.000	-	<b>75.000</b>
Cardiologista	66.000	-	<b>66.000</b>
Endoscopia	334.000	-	<b>334.000</b>
Neurologia (Eletroneuromiografia)	28.000	-	<b>28.000</b>
Radiologia e Imagem	220.000	10.000	<b>230.000</b>
Ultrassonografista	160.000	5.000	<b>165.000</b>
Gasometria	40.000	-	<b>40.000</b>
<b>Bolsa Auxílio Estagiários</b>	<b>123.500</b>	<b>-</b>	<b>123.500</b>
Coordenação Curso de Residência	35.800	-	<b>35.800</b>
Preceptoria	47.700	-	<b>47.700</b>
Bolsa Residência Médica	40.000	-	<b>40.000</b>
<b>Seguros/Contratos de Manutenção/Periódicos</b>	<b>10.000</b>	<b>52.000</b>	<b>62.000</b>
Seguro de Responsabilidade Civil	-	5.000	<b>5.000</b>
Seguro Predial e de Equipamentos	-	1.000	<b>1.000</b>
Manutenção Ar Condicionado	-	15.000	<b>15.000</b>
Manutenção Gerador / Estação Primária	-	10.000	<b>10.000</b>
Manutenção Predial	-	10.000	<b>10.000</b>
Manutenção Elétrica	-	2.000	<b>2.000</b>
Manutenção Hidráulica	-	2.000	<b>2.000</b>
Engenharia Clínica	-	5.000	<b>5.000</b>
Dedetização	-	1.000	<b>1.000</b>

Proteção Radiológica (Dosímetros)	10.000	1.000	<b>11.000</b>
<b>Cooperativas</b>	<b>100.000</b>	<b>32.000</b>	<b>132.000</b>
Técnicos de Radiologia	100.000	32.000	<b>132.000</b>
<b>Gases Medicinais</b>	<b>150.000</b>	<b>10.000</b>	<b>160.000</b>
<b>Mat.Med. Reembolsável</b>	<b>882.000</b>	<b>121.000</b>	<b>1.003.000</b>
Drogas e Medicamentos	452.000	63.000	<b>515.000</b>
Material de uso no paciente (reemb.)	280.000	45.000	<b>325.000</b>
Material de Laboratório e Banco de Sangue	60.000	10.000	<b>70.000</b>
Fios Cirúrgicos	20.000	1.000	<b>21.000</b>
OPME (órteses e próteses)	20.000	-	<b>20.000</b>
Filmes, Químicos e Contrastes Radiológicos	-	2.000	<b>2.000</b>
Dietas Enterais e Parenterais	50.000	-	<b>50.000</b>
<b>Mat. Med. não Reembolsável</b>	<b>45.000</b>	<b>37.000</b>	<b>82.000</b>
Material de Limpeza	-	20.000	<b>20.000</b>
Material de uso do paciente (não reemb.)	-	1.000	<b>1.000</b>
Impressos, Material de expediente / escritório	20.000	5.000	<b>25.000</b>
Material de Manutenção Predial, Elétrico, Hidráulico	10.000	3.000	<b>13.000</b>
Material de Informática	10.000	2.000	<b>12.000</b>
Peças e Material de Reposição / Manut. Equip. Médicos	-	5.000	<b>5.000</b>
Equipamentos de Segurança	5.000	1.000	<b>6.000</b>
<b>Gêneros Alimentícios</b>	<b>3.000</b>	<b>3.500</b>	<b>6.500</b>
Gêneros Perecíveis	2.000	2.000	<b>4.000</b>
Gêneros Não Perecíveis	500	1.000	<b>1.500</b>
Descartáveis do SND	500	500	<b>1.000</b>
<b>Telefone</b>	<b>10.000</b>	<b>2.000</b>	<b>12.000</b>
<b>Água</b>	<b>50.000</b>	<b>3.000</b>	<b>53.000</b>
<b>Energia Elétrica</b>	<b>300.000</b>	<b>20.000</b>	<b>320.000</b>
<b>Aluguéis</b>	-	<b>4.500</b>	<b>4.500</b>
Locação de Containeres	-	2.500	<b>2.500</b>
Locação Tanque (Tanque + Central Reserva + Painéis de Controle + Sistema de Telemetria)	-	2.000	<b>2.000</b>
<b>Impostos, Taxas e Contribuições</b>	<b>5.000</b>	<b>1.000</b>	<b>6.000</b>
Sindicatos	-	1.000	<b>1.000</b>
Contribuições Confederativas	5.000	-	<b>5.000</b>
<b>Combustíveis e Lubrificantes</b>	-	<b>3.000</b>	<b>3.000</b>
Oleo diesel	-	3.000	<b>3.000</b>
<b>Outras</b>	<b>10.000</b>	<b>5.000</b>	<b>15.000</b>

Despesas Reserva de Caixa da Unidade	10.000	5.000	<b>15.000</b>
<b>Sub-Total das Despesas Operacionais ( 4 )</b>	<b>13.096.436</b>	<b>1.713.109</b>	<b>14.809.546</b>
<b>Total das Despesas Operacionais ( 5 )</b>	<b>13.096.436</b>	<b>1.713.109</b>	<b>14.809.546</b>
<b>Financeiras e Administrativas</b>	<b>304.904</b>	<b>151.000</b>	<b>455.904</b>
Taxa Bancárias	4.904	1.000	<b>5.904</b>
Reembolso de Despesas Compartilhadas (RDC)	300.000	150.000	<b>450.000</b>
<b>Total de Despesas ( 5 + 6 )</b>	<b>13.401.341</b>	<b>1.864.109</b>	<b>15.265.450</b>

**6.5 - NA ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS, O ENTE INTERESSADO DEVERÁ APRESENTAR O QUANTITATIVO ESTIMADO, APONTANDO, POR CATEGORIA, A QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS, A CARGA HORÁRIA DE TRABALHO E O SALÁRIO TOTAL (EM REAIS), POR PERFIL DE PROFISSIONAL, SEM A INCIDÊNCIA DOS ENCARGOS PATRONAIS. NESTE TÓPICO, SOLICITA-SE UM QUADRO RESUMO DO PERFIL DE TODOS OS PROFISSIONAIS QUE IRÃO TRABALHAR NO COM-PLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE COM A EXPRESSÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL DISTRIBUÍDA PELOS DIAS DA SEMANA E COM O ENUNCIADO DO HORÁRIO DE TRABALHO.**

**6.5.1 - PRAZOS PROPOSTOS PARA IMPLANTAÇÃO E PARA PLENO FUNCIONAMENTO DE CADA SERVIÇO PROPOSTO (CRONOGRAMA).**

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
<b>ASSINATURA DO CONTRATO</b>												
<b>CONTRATAÇÕES</b>												
PROCESSO SELETIVO E CONTRATAÇÃO DO PESSOAL (CLT)	IMEDIATO											
CONTRATAÇÃO DAS EQUIPES MÉDICAS	IMEDIATO											
CONTRATAÇÃO DAS EMPRESAS TERCEIROS	IMEDIATO											
<b>PROPOSTAS PARA A ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR</b>												
NORMAS E ROTINAS PARA FUNCIONAMENTO DA URGÊNCIA / EMERGÊNCIA;	IMEDIATO											
IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	IMEDIATO											
<b>IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS</b>												
FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITAS, EXTERNAS E INTERNAMENTO											REVISÃO	REVISÃO
FLUXOS PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E ADMINISTRATIVOS;											REVISÃO	REVISÃO
FLUXO UNIDIRECIONAL DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO											REVISÃO	REVISÃO
FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS;											REVISÃO	REVISÃO
FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS;											REVISÃO	REVISÃO
FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE											REVISÃO	REVISÃO
IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS											REVISÃO	REVISÃO
ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA DO SERVIÇO DE FARMÁCIA											REVISÃO	REVISÃO
NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO NO HOSPITAL											REVISÃO	REVISÃO
<b>IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO</b>												
NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA												REVISÃO
PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL												REVISÃO
PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE												REVISÃO

392



<b>ATENDIMENTO</b>																				
PROPOSTA PARA A IMPLANTAÇÃO DE ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES																				
PROPOSTA P/ IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO COM REALIZAÇÃO PERIÓDICA DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO, COM DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES																				
INFORMAÇÃO AOS USUÁRIOS (USUÁRIOS E FAMILIARES) ACERCA DO PROCESSO DE ATENÇÃO, TANTO EM ASPECTOS PRÉVIOS (EM QUANTOS SERVIÇOS IRÁ IMPLANTAR O CONSENTIMENTO INFORMADO), E, ESPECIALMENTE, A INFORMAÇÃO DURANTE O PROCESSO DE ATENÇÃO (LUGARES ONDE SE EFETUARÁ A INFORMAÇÃO; HORÁRIOS E FREQUÊNCIA DA INFORMAÇÃO, PARA CADA UMA DAS CLÍNICAS);																				
PESQUISA DA OPINIÃO OU NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO: INSTRUMENTO DE PESQUISA, FREQUÊNCIA, SISTEMÁTICA DAS AÇÕES CORRETIVAS;																				
<b>POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO: COMO DESENVOLVERÁ OS DISPOSITIVOS DO PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PARA GESTÃO DE LEITOS, ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, DENTRE OUTROS</b>																				REVISÃO
<b>IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR</b>																				
PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE NA MEDICINA																				REVISÃO
APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA																				REVISÃO
APRESENTAÇÃO DE PROJETO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE COM VISTA À CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DA UNIDADE HOSPITALAR																				REVISÃO
<b>POLÍTICA DE CARGOS, SALÁRIOS</b>																				
TABELA DE CARGOS E RESPECTIVA REMUNERAÇÃO COMPOSTA DE SALÁRIOS, GRATIFICAÇÕES E BENEFÍCIOS DESCREVER OS MECANISMOS DE PROMOÇÃO E CRITÉRIOS PARA GRATIFICAÇÃO, QUANDO EXISTIREM																				
APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES																				
APRESENTAR PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE / CAPACITAÇÃO																				

4

## 6.5.2 - IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR.

### 6.5.2.1 - APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO POR ÁREA DE ATENÇÃO COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES PROPOSTAS NO PLANO DE TRABALHO, CONSTANDO FORMA DE VÍNCULO, HORÁRIO E SALÁRIO.

#### DIMENSIONAMENTO MÉDICO HPSZN

	Especialidade	Forma Contratação	Caráter	QTDE	Carga horária		VALOR BRUTO
					Diária	Mensal	14.007,24
							119,23
Sector	Especialidade	Forma Contratação	Caráter	QTDE	618	42.912	5.178.757,26
INTERNAÇÃO	Cardiologia	Pessoa Jurídica	presencial	18	12	2.196	261.833,79
	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Pessoa Jurídica	presencial	6	12	732	87.277,93
	Cirurgia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	49	12	5.856	698.223,44
	Cirurgia Geral	Pessoa Jurídica	Rotina	1	6	131	17.923,15
	Cirurgia Plástica	Pessoa Jurídica	presencial	6	12	732	87.277,93
	Cirurgia Plástica	Pessoa Jurídica	sobreaviso	6	12	732	34.911,17
	Cirurgia Vascular	Pessoa Jurídica	sobreaviso	6	12	732	34.911,17
	Endocrinologia e Metabologia	Pessoa Jurídica	presencial	6	12	732	87.277,93
	Ginecologia	Pessoa Jurídica	presencial	6	12	732	87.277,93
	Infectologia	Pessoa Jurídica	presencial	3	8	349	41.560,92
	Nefrologia (Diálises, pareceres, etc.)	Pessoa Jurídica	presencial	2	12	261	31.170,69
	Nefrologia (Diálises, pareceres, etc.)	Pessoa Jurídica	sobreaviso	4	12	471	22.442,90
	Otorrinolaringologia	Pessoa Jurídica	sobreaviso	6	12	732	34.911,17
	Pediatria	Pessoa Jurídica	presencial	18	12	2.196	261.833,79
	Pneumologia	Pessoa Jurídica	presencial	6	12	732	87.277,93
	Reumatologia	Pessoa Jurídica	presencial	6	12	732	87.277,93
	Transplante - Cirurgião	Pessoa Jurídica	presencial	4	12	523	81.043,79
	Urologia	Pessoa Jurídica	sobreaviso	6	12	732	34.911,17
Urologia/Nefrologia	Pessoa Jurídica	presencial	6	12	732	87.277,93	
CENTRO CIRÚRGICO	Anestesiologia	Pessoa Jurídica	presencial	28	12	3.346	518.680,27
	Anestesiologia	Pessoa Jurídica	sobreaviso	4	12	471	24.687,19
	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Pessoa Jurídica	presencial	1	8	174	20.780,46
	Cirurgia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	8	12	993	118.448,62
	Cirurgia Geral	Pessoa Jurídica	Rotina	4	12	523	71.692,59
	Cirurgia Plástica	Pessoa Jurídica	presencial	2	12	261	34.287,76
	Cirurgia Vascular	Pessoa Jurídica	presencial	1	8	174	22.858,51
	Cirurgia Vascular	Pessoa Jurídica	sobreaviso	4	12	471	24.687,19
	Ginecologia	Pessoa Jurídica	Rotina	2	12	261	35.846,29
	Ginecologia	Pessoa Jurídica	presencial	6	12	732	87.277,93

395



	Neurologia Clínica	Pessoa Jurídica	sobreaviso	6	12	732	<b>38.402,29</b>
	Otorrinolaringologia	Pessoa Jurídica	presencial	2	12	261	<b>31.170,69</b>
	Proctologia	Pessoa Jurídica	presencial	2	12	261	<b>31.170,69</b>
	Transplante - Cirurgião	Pessoa Jurídica	sobreaviso	6	12	732	<b>45.384,52</b>
	Urologia	Pessoa Jurídica	presencial	2	12	261	<b>31.170,69</b>
	Urologia	Pessoa Jurídica	sobreaviso	4	12	471	<b>22.442,90</b>
<b>PRONTO SOCORRO</b>	Clinica Médica PS	Pessoa Jurídica	presencial	12	12	1.464	<b>174.555,86</b>
	Clinica Médica PS observação	Pessoa Jurídica	Rotina	2	12	261	<b>35.846,29</b>
	Pediatria PS	Pessoa Jurídica	presencial	12	12	1.464	<b>174.555,86</b>
	Pediatria PS - observação	Pessoa Jurídica	Rotina	2	12	261	<b>35.846,29</b>
	Cirurgião PS	Pessoa Jurídica	presencial	6	12	732	<b>87.277,93</b>
	Cirurgia Buco-Maxilo	Pessoa Jurídica	presencial	6	12	732	<b>87.277,93</b>
	Médico Legista (SVO)	Pessoa Jurídica	presencial	6	12	732	<b>96.005,72</b>
<b>Unidades Terapia Intensivas - UTI</b>	Medicina Intensiva (UTI) Adulto	Pessoa Jurídica	presencial	18	12	2.196	<b>288.017,17</b>
	Medicina Intensiva (UTI) Adulto	Pessoa Jurídica	Rotina	7	6	784	<b>118.292,77</b>
	Medicina Intensiva (UTI) Infantil	Pessoa Jurídica	presencial	12	12	1.464	<b>192.011,45</b>
	Medicina Intensiva (UTI) Infantil	Pessoa Jurídica	Rotina	4	6	523	<b>78.861,84</b>
<b>SADT's</b>	Radiologia e Imagem - RNM	Pessoa Jurídica	presencial	2	12	261	<b>62.341,38</b>
	Radiologia e Imagem - TC	Pessoa Jurídica	presencial	2	12	261	<b>62.341,38</b>
	Radiologia e Imagem - RX / Mamo	Pessoa Jurídica	presencial	2	12	261	<b>46.756,03</b>
	Radiologia e Imagem - Sobreaviso	Pessoa Jurídica	sobreaviso	4	12	471	<b>44.885,79</b>
<b>CHEFIAS E COORD.</b>	Diretor Técnico	Pessoa Jurídica	presencial	1		180	<b>41.731,25</b>
	Coordenação	Pessoa Jurídica	presencial	12		180	<b>143.078,57</b>
<b>ENSINO</b>	Coordenação	Pessoa Jurídica	presencial	1	8	174	<b>35.769,64</b>
	Preceptorial	Pessoa Jurídica	presencial	2	8	349	<b>47.692,86</b>

## DIMENSIONAMENTO MÉDICO AMBULATORIAL HPSZN

	Especialidade	Forma Contratação	Caráter	QTDE	Carga horária		Valor BRUTO
					Diária	Mensal	28.014,47
							238,46
	<b>Especialidade</b>	<b>Forma Contratação</b>	<b>Caráter</b>	<b>97</b>	<b>312</b>	<b>3.608</b>	<b>922.901,77</b>
<b>AMBULATORIO</b>	Cardiologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	4	12	209	49.873,10
	Proctologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	2	12	105	24.936,55
	Dermatologia	Pessoa Jurídica	presencial	5	12	261	62.341,38
	Angiologista	Pessoa Jurídica	presencial	2	12	105	24.936,55
	Endocrinologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	3	12	157	37.404,83
	Gastroenterologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	3	12	157	37.404,83
	Nefrologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	1	12	52	12.468,28
	Neurologia Pediatria	Pessoa Jurídica	presencial	3	12	157	43.763,65
	Neurologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	3	12	157	43.763,65
	Oftalmologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	5	12	261	93.512,07
	Otorrinolaringologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	3	12	157	56.107,24
	Pneumologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	1	12	52	12.468,28
	Pneumologia Pediatria	Pessoa Jurídica	presencial	2	12	105	24.936,55
	Reumatologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	1	12	52	12.468,28
	Urologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	5	12	261	62.341,38
	Hepatologia	Pessoa Jurídica	presencial	2	12	105	24.936,55
	Geriatria - Incremento	Pessoa Jurídica	presencial	2	8	70	16.624,37
	Fisiatria - Incremento	Pessoa Jurídica	presencial	2	8	70	16.624,37
	Consulta aval. cir.cabeça pescoço	Pessoa Jurídica	presencial	1	12	52	12.468,28
	Consulta aval.cir.geral	Pessoa Jurídica	presencial	5	12	261	62.341,38
	consulta aval. cir.pequenas cir.	Pessoa Jurídica	presencial	1	12	52	12.468,28
	consulta aval.cir.urológica	Pessoa Jurídica	presencial	2	12	105	24.936,55
	consulta aval.cir.otorrinolar	Pessoa Jurídica	presencial	2	12	105	24.936,55
	consulta aval.cir.proctologia	Pessoa Jurídica	presencial	2	12	105	24.936,55
	consulta urologia de litotripsia	Pessoa Jurídica	presencial	5	8	174	41.560,92
	consulta aval.cir.vascular	Pessoa Jurídica	presencial	2	12	105	24.936,55
	consulta transp. rim pancreas fig.	Pessoa Jurídica	presencial	3	12	157	37.404,83

397

## DIMENSIONAMENTO MÉDICO UPAs CAMPOS SALES

	Especialidade	Forma Contratação	Caráter	QTDE	Carga horária		VALOR BRUTO
					Diária	Mensal	14.007,24
Setor	Especialidade	Forma Contratação	Caráter	QTDE	50	5.850	702.861,57
PRONTO SOCORRO	Clinica Médica PS	Pessoa Jurídica	presencial	18	12	2.196	261.833,79
	Clinica Médica PS	Pessoa Jurídica	Rotina	3	6	366	50.184,81
	Pediatria PS *	Pessoa Jurídica	presencial	18	12	2.196	261.833,79
	Cirurgião PS	Pessoa Jurídica	presencial	6	12	732	87.277,93
	Cirurgia Buco-Maxilo	CEDIDO	presencial	0		-	-
	Diretor Técnico	Pessoa Jurídica	presencial	1		180	17.884,82
	Coordenação	Pessoa Jurídica	presencial	2		180	23.846,43

## 6.5.2.2 - PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA O AMBULATÓRIO.

---

### **Horário de trabalho**

Ambulatório: 7h às 19h

Hospitalistas (C<sub>1</sub>): 6h 30 às 18h 30 e das 18h 30 às 6:30h

Rotina: 7h às 13h / 13h as 19h

### **Plantões:**

Manhã (7-12h);

Tarde (13-19h);

Noites e finais de semana são divididos entre os plantonistas.

### **Sobreaviso:**

Deve ficar na unidade ou informar seu ramal, para ajudar o plantão a resolver as intercorrências concomitantes dentro e fora da unidade. O profissional escalado para o plantão em regime de sobreaviso permanecerá à disposição do Hospital pelo período de 12 (doze) ou 24 (vinte e quatro) horas contínuas, comparecendo ao local de trabalho para a prestação de atendimento especializado somente quando requisitado pelo médico em atividade presencial.

### **Programas ambulatoriais:**

Para os consultórios médicos serão disponibilizadas consultas ambulatoriais, nas especialidades de, clínica cirúrgica geral e clínica médica para usuários egressos do próprio Hospital e também encaminhados pela Central de Regulação para as especialidades, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

399

O atendimento ambulatorial médico compreende:

- Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;
- Interconsulta;
- Consultas subsequentes (retornos).
- Cirurgia Ambulatorial Menor

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Central de Regulação ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

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

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

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

Entende-se por cirurgia ambulatorial menor todas as cirurgias realizadas em ambiente adequado, com material cirúrgico estéril e procedimentos técnicos estéreis, que não exijam a presença de um médico anestesista para realizar o ato anestésico.

O atendimento ambulatorial deverá funcionar, no mínimo, das 7:00 às 19:00 horas, de segunda à sexta-feira.

### **Ambulatório Egressos:**

2 ou 3 consultas por semana.

### **Rotinas da Unidade**

Há X leitos SUS, X privativos e X semi-privativos.

### **Horários dos Pacientes:**

7h30min - acordar, higiene, banho

8h-8h30min - café

8h30min-9h - TV no refeitório, higiene

9h-11h30min - recreação, lanche para paciente que tem dieta especial

11h30min-12h - almoço

14h-15h - visitas

15h-15h30min - lanche

15h30min-17h30min - recreação

17h30min-18hmin - janta

18h-23h30min - TV refeitório

21h – ceia

### **Passagem de Plantão da Enfermagem:**

Das 7h às 7h30min, das 13h às 13h30min e das 19h às 19h30min. Liberar pastas e evitar solicitar a enfermagem neste horário.

### **Visitas:**

Horário de Visitas	Diurno	Tarde	Número de visitantes
<b>Unidades de Internação</b>		16:00 às 18:00	02 visitantes/vez
UTI	10:30 as 11:00	17:00 as 17:30	
<b>Emergência</b>	Não há horário para visitas, será permitida a permanência de 01 acompanhante durante todo a sessão		
<b>Horário de troca de acompanhantes: das 7:00 às 8:00 e das 18:00 às 19:00</b>			

400

Durante o horário de visitas não são permitidas descidas ao térreo do Hospital, nem para encontrar mais pessoas/familiares, nem para fumar ou por outros motivos. Exceção aos pacientes particulares, conforme liberação do professor assistente.

### **Passeios:**

São permitidos em alguns casos, logo antes da alta, para pacientes sem riscos de fuga ou suicídio e com apoio familiar ativo. Os passeios sempre são diurnos, de modo que os pacientes nunca passam a noite fora da unidade devendo sair e retornar no horário combinado (para não ser considerado alta por fuga). A saída deve ser às 9h, para não comprometer a medicação das 8h, e o retorno, no máximo às 20h. Os passeios devem ser autorizados pelo médico responsável pelo paciente, deixando na pasta a autorização de saída em 2 vias, constando o horário de saída e de chegada e familiar responsável pelo paciente durante o passeio.

Comunicar à enfermagem 24h antes.

### **Reunião de Equipe:**

Quinzenalmente, a equipe técnica se reunirá às sextas-feiras, das 8h às 9h, na sala da recreação da UIP, para examinar, as mesmas questões da assembléia dos pacientes. A coordenação será conforme for estabelecido pela equipe.

### **Recreação:**

Deve-se entrar em contato com o recreacionista e colocar a situação de cada um de seus pacientes, evidenciando possibilidades a serem trabalhadas na recreação. Se ele tiver uma atividade que faz em casa, pode trazê-la e deixá-la na sala de recreação. Não é permitido que os pacientes do SUS tragam rádio ou TV de casa pelos riscos (fio, vidro, tesoura, objetos cortantes, agulhas, etc.). Deve-se avisar o recreacionista se serão feitas entrevistas no horário da recreação, e liberar a ida ao solário na pasta, após avaliado o paciente e seus riscos. Quando avaliado e tiver necessidade de permanecer no quarto, comunicar à recreacionista. É importante estimular que os familiares cooperem com as atividades da recreação (trazendo doações para reposição de material, que são obrigatórias no caso do paciente querer levar seus trabalhos para casa).

Deve-se também estimular que o paciente vá e seja ativo na recreação, evitando que permaneça no quarto nesses horários. O modelo destas atividades é o de se aproximar o mais possível do ritmo de vida fora do hospital, onde há horários de atividades se alternando com períodos de alimentação e repouso. Durante o horário de recreação, trabalham também, dois estagiários.

### **Assistente Social:**

Os familiares dos pacientes internados deverão ser encaminhados para entrevista com a Assistente Social, a fim de se identificar e intervir em questões sociais e familiares significativas, que possam colaborar para o diagnóstico, tratamento e evolução dos pacientes.

Além do atendimento individual, a Assistente Social realiza grupo com os familiares dos pacientes que ingressaram na Unidade ("grupo de ingresso"), todas as quintas-feiras, às 10h, na sala do Serviço Social, no andar térreo.

Através da abordagem deste grupo pretende-se apoiar a família neste momento de tensão, compartilhar trocas de experiências e apoio mútuo, e, ao mesmo tempo, fortalecer a importância da sua participação no tratamento. Nesta ocasião, a família também recebe as primeiras orientações quanto a aspectos previdenciários (como auxílio doença, aposentadoria, benefício de ação continuada, passe gratuito), ou encaminhamentos a outros recursos da comunidade.

### **Psicologia:**

Pode-se solicitar Testagens Psicológicas ao Serviço de Psicologia. É importante que, ao solicitar uma avaliação psicodiagnóstica, o médico assistente forneça à psicóloga informações sobre o caso e especifique os objetivos da solicitação. A avaliação psicodiagnóstica é comumente utilizada como exame complementar auxiliar no diagnóstico psicológico, tendo alguns objetivos específicos:

Avaliar o rendimento intelectual (QI), o desempenho das funções cognitivas, a interferência de fatores neuropsicológicos ou orgânicos no funcionamento intelectual; realizar o diagnóstico diferencial entre categorias nosológicas e níveis de funcionamento através dos resultados dos testes;

Auxiliar no entendimento dinâmico do paciente, identificando estruturas e traços de personalidade, bem como conflitos e mecanismos de defesa.

### **Nutrição:**

O Serviço de Nutrição e Dietética é responsável pela assistência nutricional ao paciente internado. O nutricionista tem como atribuições a avaliação nutricional, anamnese alimentar, acompanhamento do paciente durante a internação junto à equipe multidisciplinar, orientação à equipe sobre a prescrição dietoterápica, controle da ingestão da dieta, orientação da dieta por ocasião da alta hospitalar (que deve ser solicitada com 24h de antecedência) e acompanhamento a nível ambulatorial.

### **Observação:**

Não retirar os pacientes para entrevista, nos horários das visitas e refeições. As normas gerais para prescrição da dieta são as seguintes: solicitação de avaliação da nutricionista; prescrição do tipo de dieta (não devendo ser listados alimentos); a necessidade de restrição de alguns nutrientes; controle hídrico. O cálculo do valor calórico da dieta, bem como o volume, ficará a cargo da nutricionista. Nos horários de refeição é importante a presença do paciente no refeitório ou, se for o caso, no quarto. Não é necessário prescrição de fibras vegetais, basta prescrever dieta rica em fibras ou "resíduos +".

O ambulatório de Nutrição funciona através da marcação de consultas realizada pelo próprio nutricionista às 4<sup>as</sup>-feiras, no 2<sup>o</sup> turno, na zona 12.

### **Consultorias para outras especialidades:**

O médico responsável pelo caso solicita-as quando muito necessário, via sistema : colocase"?" na última linha (em branco) da tela da prescrição e opta-se com "X". Deve-se fazer um resumo da identificação, motivo da internação, alterações nos exames que justifiquem o pedido de consultoria e o objetivo (avaliação clínica, exclusão de problemas clínicos, orientação quanto à conduta). As condutas são apenas sugeridas pelo consultor, devendo ser adotadas (ou não) pelo médico assistente.

402

### **Atendimento dos Pacientes Internados:**

- Avaliação diagnóstica
- Solicitação de exames complementares (incluindo testagens)
- Prescrição medicamentosa
- Prescrição de manejos
- Evolução diária
- Atendimento aos familiares
- Participação em atividades (recreação, assembléias, solário)
- Encaminhamento para alta (incluindo atendimento inicial no Ambulatório de Pacientes Egressos)
- Trabalho integrado com os demais técnicos, com o fim de uniformizar condutas preparar Estudo de Caso após a primeira semana de internação.
- Na alta: além da nota de alta, não esquecer o preenchimento do diagnóstico conforme o CID e, atualizar a lista de problemas.

### **Prescrição:**

Horários básicos de medicação: 8h, 15h e 21h. Evitar sair destes horários para não colidir com as rotinas da enfermagem. Deixar SN (para insônia, dor ou febre, APM, ansiedade, constipação) conforme as necessidades do paciente, para facilitar o trabalho do médico plantonista e da enfermagem. Fármacos não padronizados devem



ser solicitados para que a farmácia do hospital compre (em formulário próprio), ou, O que é preferível, solicitar contato direto com a família para efetuar a compra. A prescrição deve estar pronta até as 11h, diariamente, e na sexta-feira são feitas as do fim de semana (mesmo que se planeje ir ao Hospital no fim de semana). Prescrições fora destes horários correm o risco de não serem atendidas pela Farmácia, ficando o paciente sem a medicação do dia.

### **Sumário de Alta:**

Deve ser preenchido o formulário padrão (anexo A), e feita a prescrição de alta no sistema.

### **Fuga:**

Quando um paciente internado foge (da própria unidade ou de outros locais do Hospital, como durante a realização de exames), deve-se imediatamente chamar a segurança para que registre a ocorrência na polícia (para evitar que o Hospital se responsabilize por qualquer fato que aconteça ao paciente após a fuga). Logo após, avisa-se a família do paciente, solicitando que procurem por ele em locais de alguma probabilidade e que comuniquem a Unidade assim que o encontrarem. A fuga deve ser comunicada ao plantão administrativo, que, no caso da psiquiatria, permite que se espere até 24h para se fazer a alta hospitalar por fuga e liberação do leito.

### **Miscelânea:**

Nunca atender pacientes externos dentro da unidade. SN, abrir boletim na emergência e atendê-lo lá.

Não dar receitas a pacientes que não se conhece, mesmo que possuam receitas antigas de outros médicos, pois podem ter abandonado tratamento, querer comprar remédios em grande quantidade, etc. Solicitar que marquem consulta no ambulatório para tanto.

Não há serviço de emergência psiquiátrica no Hospital, sendo proibida a abertura de Boletim de Atendimento Psiquiátrico na emergência sem a autorização do Chefe de Equipe. Isso apenas poderá ser efetuado se chegar alguém solicitando avaliação e houver vaga (para o mesmo sexo) sem estar comprometida para outro paciente, combinado por telefone via questionário.

### **Rotinas Especiais da Unidade**

#### **Manejo medicamentoso básico para Agitação Psicomotora (APM): Paciente jovem e hígido:**

Clorpromazina 25mg 1 amp IM + Prometazina 25 mg 1 apm IM, ou Levomepromazina 25mg 1 amp IM + Prometazina 25 mg 1 apm IM, ou Haloperidol 5 mg 1 amp IM (c/ ou s/ Prometazina 25 mg 1 apm IM), ou Droperidol 5 mg 1 amp IM (c/ ou s/ Prometazina 25 mg 1 apm IM), cuidar hipotensão e repetir SN, sempre em seringas separadas;

#### **Paciente idoso ou com problemas clínicos:**

Haloperidol 5 mg 1 amp IM de 30 em 30 min até sedar, no máximo 6 ampolas.

#### **Protocolo de Contenção Mecânica:**

Todo o paciente que necessitar de CM deverá ter o protocolo de CM preenchido (anexo B) pelo médico de plantão ou responsável, não esquecendo de distribuir o formulário de contra-transferência para todos os membros da equipe que participaram da contenção.

### **ECT:**

Recomendações: avaliação clínica com: história médica, exame físico e exame neurológico completos, para detectar fatores de risco que contraindiquem o procedimento (massas intracranianas, IAM recente - menos que 6 meses, HAS severa).

Revisar medicações, suspendendo previamente lítio, IMAO, reserpina e trazodona; evitar o uso de benzodiazepínicos e anti-convulsivantes nos dias anteriores ao ECT. Orientar familiares quanto à indicação médica do procedimento (risco e benefício), lendo e explicando o Termo de Consentimento Informado (anexo C), que, em seguida deve ser preenchido pelo médico e assinado pelo familiar responsável.

Marcação: ligar para o CCA marcando semanalmente para 2<sup>as</sup>, 4<sup>as</sup> e 6<sup>as</sup>-feiras, das 7:30 às 9h, devendo-se chegar 10 min antes.

Prescrever na véspera NPO a partir das 24h.

### **Preenchimento de Prontuário - Paciente da equipe :**

- Identificar a equipe: "Psiquiatria - Eq. Dr. Fulano"
- Identificar o paciente: "Fulano, XX anos"
- "S" (subjetivo): relatar queixas do paciente e tópicos abordados na entrevista, evitando registro de dados mais delicados, uma vez que o prontuário é um documento que pode ser usado em situações legais e é manuseado por grande número de pessoas, lembrando-se, ainda, do segredo médico.
- "O" (objetivo): descrever o que se observa através da entrevista de maneira objetiva, ou seja, estado geral do paciente (p.e.: BEG), Exame do Estado Mental (completo ou apenas funções alteradas), exame físico (quando feito), exames laboratoriais. -"I" (Impressão): impressão do diagnóstico de eixo I (p.e. TAB- mania, Esquizofrenia Paranóide), eixo II (p.e. Traços de Personalidade Histriônica), doenças clínicas, paraefeitos de medicações (p.e. impregnação, acatisia) e riscos (RF, RA, RS). -"C" (Conduta): descrever as condutas mantidas e as alterações, como inclusões,
- Exclusões, aumentos ou diminuições na medicação; liberação de visitas, solarium, passeio; solicitação de exames ou consultoria; contato com familiares. Sempre deve-se comunicar à enfermagem as alterações na conduta de cuidados, riscos e medicações, Assim como as liberações e solicitação de exames, principalmente de urina, que é coletado pela enfermagem, e não pelo laboratório.
- Assinar nome legível, CRM e "cargo" (Especialidade), e/ou carimbar. Esta é uma exigência da Promotoria do Ministério Público e do CRM.

404

### **Ambulatório:**

- Identificar o ambulatório: "Psiquiatria-Egressos", "Neuro", "Ortopedia", etc.
- Identificar o paciente: "Beltrano, XX anos"
- "S", "O", "I", "C": igual. Se for primeira consulta, guiar-se pelo anexo da nota de internação, somando as especificações de cada ambulatório. -assinar nome legível, CRM e "cargo" (especialidade), e/ou carimbar.

### **Plantão:**

- Identificar o atendimento: "Plantão Pediatria".
- Identificar o paciente: "Ciclano, XX anos"
- Especificar o motivo pelo qual foi chamado e por quem, sendo que o contato/chamado deve ser feito pela equipe responsável pelo paciente ou plantão da especialidade, não pela enfermagem.
- "S", "O", "I", "C": igual; as condutas, nesse caso, são apenas sugeridas, já que

o paciente não é de responsabilidade de quem está avaliando, mas da equipe. Em caso de providências emergenciais, como para RS ou APM, deve-se contactar equipe ou plantão da especialidade e avisar enfermagem do andar. No ambulatório, a conduta é sugerida ao médico assistente que solicitou a avaliação do plantão, que deve seguir como responsável pelo paciente ou encaminhá-lo à assistente social, se houver necessidade de procurar ou aguardar familiares para internação.

### **Atribuições do Plantão Médico**

O plantonista deve permanecer na Unidade ou comunicar à enfermagem onde estará, deixando a mesma informação assinalada no quadro da sala de prescrição, com o ramal correspondente.

É obrigatória a passagem de plantão, médico a médico, na qual o profissional que está assumindo o plantão deve tomar conhecimento do quadro clínico dos pacientes que ficarão sob sua responsabilidade.

É obrigatório o registro completo da assistência prestada ao paciente na ficha de atendimento de emergência/boletim de atendimento/prontuário médico, constando a identificação dos médicos envolvidos no atendimento.

É obrigação do médico plantonista dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência dialogar, pessoalmente ou por telefone, com o médico regulador ou de sobreaviso, sempre que for solicitado ou que solicitar esses profissionais, fornecendo todas as informações com vistas a melhor assistência ao paciente.

O médico de sobreaviso deverá, obrigatoriamente, dar assistência nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência quando solicitado para interconsulta, justificada e registrada no prontuário pelo médico solicitante, no menor tempo possível, devendo se comunicar de imediato quando contatado pelo hospital.

405

Estabelecida a necessidade de internação, o paciente passa a ser responsabilidade do médico de sobreaviso, ou do médico internista ou de qualquer outro médico responsável pela internação, até a alta pela sua especialidade ou a transferência do paciente para outro profissional.

Parágrafo único. Enquanto o paciente internado estiver nas dependências do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, as intercorrências por ele apresentadas deverão ser atendidas pelos médicos plantonistas deste setor, caso o médico assistente esteja ausente; no entanto, este deverá ser imediatamente comunicado do fato, sendo a responsabilidade da assistência compartilhada, objetivando sempre o melhor tratamento para o paciente.

É direito do paciente ter um médico como responsável direto pela sua internação, assistência e acompanhamento até a alta, sendo proibida a internação em nome de serviço.

O tempo máximo de permanência dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência será de até 24h, após o qual o mesmo deverá ter alta, ser internado ou transferido.

Fica proibida a internação de pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência.

O hospital deverá disponibilizar, em todas as enfermarias, leitos de internação para pacientes egressos do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência em número suficiente para suprir a demanda existente. Em caso de superlotação do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência e ocupação de todos os leitos de retaguarda, é de responsabilidade do diretor técnico da instituição prover as condições necessárias para a internação ou transferência destes pacientes.

O médico plantonista do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá acionar imediatamente o coordenador de fluxo, e na inexistência deste o diretor técnico do hospital, quando:

a) forem detectadas condições inadequadas de atendimento ou constatada a inexistência de leitos vagos para a internação de pacientes, com superlotação do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência;

b) houver pacientes que necessitem de unidade de terapia intensiva e não houver leito disponível;

c) quando o Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência receber pacientes encaminhados na condição de "vaga zero".

§ 1º A "vaga zero" é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.

§ 2º O encaminhamento de pacientes como "vaga zero" é prerrogativa e responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências, que deverão, obrigatoriamente, tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento.

§ 3º Em caso de transferência de pacientes de unidades de saúde para hospitais de maior complexidade em "vaga zero", as informações detalhadas em relação ao quadro clínico do paciente deverão ser encaminhadas, por escrito, pelo médico solicitante do serviço de saúde de origem.

§ 4º No caso de utilizar-se a "vaga zero" em Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência superlotado ou sem capacidade técnica de continuidade do tratamento, caberá à equipe médica estabilizar o paciente e, após obtidas as condições clínicas que permitam a transferência, comunicar o fato à regulação, persistindo a responsabilidade do gestor público pela obtenção de vagas para a continuidade do tratamento e, se necessário, com a compra de leitos na forma da lei.

Uma vez acionado em função da superlotação, o diretor técnico do hospital deverá notificar essa circunstância ao gestor responsável e ao Conselho Regional de Medicina, para que as medidas necessárias ao enfrentamento de cada uma das situações sejam desencadeadas.

Parágrafo único. Nos casos de recusa ou omissão por parte do gestor, o diretor técnico deverá comunicar imediatamente o fato ao Ministério Público, dando ciência ao Conselho Regional de Medicina.

## **Rotinas de Internação**

### **Lista de pacientes que não devem reinternar:**

Feita de acordo com os critérios de exclusão de internação, que são alta a pedido, fuga da unidade e familiares não cooperativos. Fica afixada na sala de prescrição próximo ao telefone, para ser observada no momento do preenchimento do questionário para internação. Deve ser atualizada pelo médico de plantão que procede a alta a pedido ou que constate a fuga, ou pelo médico-assistente do caso.

### **Questionário para internação:**

O médico de plantão deve preenchê-lo de rotina. É realizado por telefone, após o paciente que libera a vaga ter tido alta, ou seja, ter saído da unidade. Isso deve ser respeitado, para evitar que se ofereça a vaga ao próximo paciente mas que os familiares não venham buscar aquele que está de alta, por exemplo.

Somente pode-se dizer que há vaga, após o preenchimento do questionário (e não no seu início), atentando para a lista de pacientes que não devem reinternar (afixada perto do telefone), normas/critérios de internação e doenças com vagas limitadas (também afixada perto do telefone). Deve-se fazer o questionário sempre, mesmo quando for transferência orientada por R3 ou professor. Não é necessário para pacientes particulares, uma vez que, nesses casos, o professor já conhece o paciente e se responsabiliza pelo caso.

### **Procedimento de Internação SUS:**

Na passagem do plantão, o médico é avisado do número de leitos liberados, previsão de altas e de baixas, recebendo os questionários que já foram preenchidos ou sendo informado de que deverá preenchê-los (conforme número de vagas e telefonemas).

407

Geralmente, no horário combinado, o paciente e seu familiar apresentam-se na emergência, que telefona para a unidade ou bipa o plantão, avisando-o. O médico de plantão deve, então, descer até a emergência, pegar o boletim de atendimento (BA) com a secretária da frente da emergência e fazer uma entrevista rápida com o paciente e/ou com o familiar, com o fim de avaliar riscos e confirmar a necessidade de internação. Isso feito, preenche-se o BA da emergência (S, O, I, C no primeiro quadro, hipótese diagnóstica, destino, data e horário do atendimento). Se excluída a necessidade de internação, libera-se o paciente.

Se confirmada, o plantonista acompanha o paciente e o familiar à secretária de dentro da emergência, pede a ela e preenche a AIH (nome completo do paciente; registro no Hospital; MB: riscos que justifiquem a internação, como RS, TS, RHomicídio, RA, RM, RPatrimônio; exames: traço; justificativa para a internação: "as acima", HD, CID (pedir para secretária), carimbo e CRM). Ela providenciará o prontuário do paciente ou abrirá um novo, que posteriormente será entregue na unidade, e procederá a internação com o familiar. De posse da segunda via do BA, sobe-se à unidade, onde é realizada a entrevista mais detalhada com o paciente e familiar e o exame físico.

Obs: Em casos de APM, chama-se a segurança para acompanhar o paciente, os familiares e o médico até a unidade, ou seda-se o paciente ainda na emergência. Nesse momento, pedese ao paciente que assine a declaração de internação voluntária (pegar na sala de prescrição). Se o paciente não quer internar-se e apresenta riscos que justifiquem uma internação compulsória, esta nota deve ser preenchida para ser enviada ao juiz em 24h.

### **Internação Compulsória:**

- É aquela realizada sem o expresso consentimento do paciente em qualquer tipo de serviço de saúde. Não há, na legislação brasileira, critérios explícitos e sistematizados que esclareçam quando se pode hospitalizar um paciente.
- Dos artigos da constituição que falam sobre internação psiquiátrica, pode-se deduzir que, para a internação involuntária, devem estar preenchidos os critérios A e B abaixo descritos:
- Critério A - Presença de doença mental (em sentido lato, englobando doenças e síndromes descritas nos Eixos I e II do DSM-IV, exceto Transtorno Anti-Social de Personalidade);
- Critério B - No mínimo, um dos seguintes:
  - Risco de auto-agressão, que engloba o risco direto de suicídio, bem como o de se envolver em acidentes ou de vir a ser ferido por terceiros.
  - Risco de heteroagressão difusa, ou à pessoa determinada.
  - Risco de agressão à ordem pública, expressão ampla que deve ser interpretada restritivamente, abrangendo apenas atos que efetivamente possam se constituir em motivo de alarde social.
  - Risco de exposição social, principalmente de natureza financeira e sexual.
  - Incapacidade grave de auto-cuidados, que possa acarretar sérios prejuízos a saúde física e/ou mental do paciente.

### **Nota de Internação:**

Seguir o roteiro, procurando ser detalhista, descrevendo os sintomas ao invés de apenas constatá-los.

**Solicitação de Exames:** Seguir a rotina recomendada.

### **Prescrição:**

Dieta conforme as necessidades do paciente. Cuidados psiquiátricos (RS, RA, RF, RM, CM) e demais cuidados gerais (ingesta hídrica, CD, curativos) e manejos. Medicação: a princípio segue-se a que o paciente vinha usando, podendo-se alterar, com bom senso. Pode-se optar por um "wash out", ou já iniciar o tratamento, sem temer sedar pacientes em APM ou agressivos. Não esquecer de prescrever SN, para facilitar o trabalho do plantão e enfermagem. Comunicar as condutas prescritas à enfermagem.

### **Passagem de Plantão Médico:**

Conforme horário acima (8h, 14h e 20h, ou 19h e 9h), o BIP deve ser entregue em mãos ao próximo plantonista, jamais sendo deixado em cima da mesa. Em último caso, pode ser passado a outro médico que se responsabilize pelo plantão, enquanto em posse do BIP.

Recomenda-se que o médico plantonista chegue à Unidade cerca de 10 minutos antes do início do plantão para a sua passagem. O plantonista que sai conta as intercorrências, internações que realizou e fatos pendentes, que o novo plantão deverá resolver. Registra-se todas as intercorrências no livro de ocorrências.



### 6.5.2.3 - APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA.

#### META DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS – COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE

ATIVIDADE	MÊS	ANO
Atendimento médico HPSZN	10.000	120.000
Atendimento médico UPA Campos Sales	20.000	240.000
Atendimento Odontológico UPA Campos Sales	510	6.120
<b>TOTAL</b>	<b>30.510</b>	<b>366.120</b>

#### META DE INTERNAÇÃO (SAÍDAS) - HPSZN

ATIVIDADES HOSPITALARES/SAÍDAS HPSZN	MÊS	ANO
Clinica Cirurgica Transplante	51	612
Clinica Cirurgica Geral	595	7.140
Clinica Cirurgica Ginecológica	71	850
Clinica Cirurgica Cabeça e Pescoço	43	510
Clinica Cirurgica Nefrologia / Urologia	43	510
Clinica Cirurgica Otorrinolaringologia	28	340
Clinica Cirurgica Plastica Reparadora	14	170
Clinica Cardiologica	71	857
Clinica Geral	71	857
Clinica Pneumológica	10	122
Clinica Reumatológica	20	245
Clinica Nefrologia / Urologia	26	306
Clinica Endócrino	15	184
Pediatria Clínica	93	1.113
Pediatria Cirúrgica	58	699
Hospital Dia	255	3.060
UTI ADULTO	95	1.140
UTI PEDIÁTRICA	41	489
<b>TOTAL</b>	<b>1.600</b>	<b>19.203</b>



## META – HOSPITAL-DIA / CIRURGICO - HPSZN

HOSPITAL-DIA/CIRÚRGICO HPSZN	MÊS	ANO
Transplante Eletiva	9	108
Cirurgia Vasculas Eletiva	17	204
Cirurgia Geral Eletiva	121	1.452
Cirurgia Ginecologica Eletiva	53	636
Cirurgia Otorrinolaringologia Eletiva	6	72
Cirurgia Cabeça e Pescoço Eletiva	6	72
Cirurgia Urologica Eletiva	28	336
Cirurgia Proctologica Eletiva	6	72
Cirurgia Plastica Repadora Eletiva	13	156
Errata Edital ( Precisa ser definido com a SUSAM, se foi erro ou se há necessidade desse volume, pois a soma, mesmo após a errata, é de 234 cirurgias das Eletivas)	28	336
Cirurgia Urologica Hospital Dia	29	348
Cirurgia Ginecologica Hospital Dia	29	348
Cirurgia Otorrinolaringologia Hospital Dia	28	336
Cirurgia Vasculas Hospital Dia	2	24
Outras Especialidades Hospital Dia	29	348
<b>TOTAL</b>	<b>404</b>	<b>4.848</b>

410

## META - AMBULATORIO CLÍNICO E CIRÚRGICO NO HPSZN

ATENDIMENTOS CLINICOS/CIRURGICOS	MÊS	ANO
Cardiologia Geral	606	7.272
Proctologia Geral	269	3.228
Dermatologia	808	9.696
Angiologista	269	3.228
Endocrinologia Geral	539	6.468
Gastroenterologia Geral	539	6.468
Nefrologia Geral	135	1.620
Neurologia Pediatria	539	6.468
Neurologia Geral	539	6.468
Oftalmologia Geral	902	10.824
Otorrinolaringologia Geral	202	2.424
Pneumologia Geral	135	1.620
Pneumologia Pediatria	269	3.228
Reumatologia Geral	135	1.620
Urologia Geral	808	9.696
Hepatologia	269	3.228
Psicologia	269	3.228
Nutrição	269	3.228
Fonoaudiologia	269	3.228
Fisioterapia	326	3.912
Assistente Social	269	3.228
Consulta aval.cir.cabeça pescoço	135	1.620
Consulta aval.cir.geral	808	9.696
consulta aval.cir.pequenas cir.	135	1.620
consulta aval.cir.urológica	269	3.228
consulta aval.cir.otorrinolar	269	3.228
consulta aval.cir.proctologia	269	3.228
consulta urologia de litotripsia	269	3.228
consulta aval.cir.vascular	269	3.228
consulta transp.rim pancreas fig.	408	4.896
Geriatra	200	2.400
Fisiatra	200	2.400
<b>TOTAL ATENDIMENTOS</b>	<b>11.596</b>	<b>139.152</b>

411

## META - PRODUÇÃO DE SADT - HPSZN

<b>Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS</b>	<b>MÊS</b>	<b>ANO</b>
<b>Diagnostico em laboratorio Clínico</b>	<b>65.300</b>	<b>783.600</b>
<b>Diagnostico por endoscopia</b>	<b>3.092</b>	<b>37.104</b>
Colangiopancreatografia retrógrada (via endoscopia)	156	1.872
Colonoscopia	177	2.124
Esofagogastroduodenoscopia	1.363	16.356
Retossigmoidoscopia	10	120
Videolaringoscopia	1.056	12.672
Cistoscopia e/ou ureteroscopia e/ou uretroscopia	20	240
Broncoscopia (broncofibroscopia)	310	3.720
<b>Diagnostico por radiologia</b>	<b>7.701</b>	<b>92.412</b>
Exames radiológicos	6.136	73.632
Mamografia	1.565	18.780
<b>Diagnostico por ressonancia magnetica</b>	<b>580</b>	<b>6.960</b>
<b>Diagnostico por tomografia</b>	<b>1.183</b>	<b>14.196</b>
<b>Diagnostico por ultrassonografia</b>	<b>5.386</b>	<b>64.632</b>
Ecocardiografia Transtoraxica	900	10.800
Ultrassonografia doppler colorido	560	6.720
Ultrassonografia	3.926	47.112
<b>Metodos diagnosticos em especialidades</b>	<b>7.727</b>	<b>92.724</b>
<b>Diagnostico em Cardiologia</b>	<b>2.496</b>	<b>29.952</b>
Eletrocardiograma	1.440	17.280
Monitoramento pelo sistema holter 24hs 3 canais	198	2.376
Monitorização ambulatorial de pressão arterial	198	2.376
Teste esforço / teste ergométrico	660	7.920
<b>Diagnostico em oftalmologia</b>	<b>1.853</b>	<b>22.236</b>
<b>Diagnostico em otorrinolaringologia/fonoaudiologia</b>	<b>1.300</b>	<b>15.600</b>
<b>Diagnostico em pneumologia</b>	<b>490</b>	<b>5.880</b>
Prova função pulmonar completa com broncodilatador	480	5.760
Prova função pulmonar simples	10	120
<b>Diagnostico em neurologia</b>	<b>1.080</b>	<b>12.960</b>
Eletroneuromiograma ENMG	450	5.400
Eletromiograma emg	100	1.200
Eletroencefalograma	530	6.360
<b>Terapias especializadas</b>	<b>3.496</b>	<b>41.952</b>
Litotripsia extracorporea	176	2.112
Fisioterapia	3.320	39.840
<b>Diagnostico por anatomia patologica e citopatologia</b>	<b>1.730</b>	<b>20.760</b>
Exame anatomo-patológico p/congelamento/ parafina por peça ou biópsia	1.730	20.760
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>103.414</b>	<b>1.240.968</b>

412

A análise de cada indicador será mensal e a valoração financeira trimestral, conforme definido em contrato.

Os Indicadores de Desempenho serão avaliados trimestralmente de forma dicotômica (cumpriu a meta/ não cumpriu a meta). Cada indicador possui pontuação específica, conforme abaixo, considerando-se uma escala de zero a cinco, conforme a sua relevância no conjunto de metas.

EIXO	INDICADOR	UNIDADE	META	FÓRMULA	FONTE DOS DADOS
Gestão da Clínica	Taxa de Ocupação de Leitos	%	leitos gerais > 85 leitos UTI > 95	N. de pacientes-dia por clínica / N. leitos-dia por clínica x 100	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR - HPSZLN
	Média de Permanência	Dia	leitos Clínicos: 10 leitos cirúrgicos: 3,6 leitos pediátricos Clínicos: 5,5 leitos pediátricos cirúrgico: 3,5	N. de pacientes-dia por clínica x 100	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR - HPSZLN
	Taxa de Acolhimento com Classificação de Risco	%	Realização de acolhimento com classificação de risco em 100% usuários atendidos no Pronto Socorro	(Total de atendimentos classificados / Total de atendimentos realizados) x 100	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR - UPA
	Tempo Porta-Bisturi	Horas	Tempo Médio de Espera entre a entrada pela urgência e a realização do procedimento cirúrgico <= 48 horas	Total de horas decorridas entre o atendimento na urgência e a realização de procedimentos em cirurgia geral dos pacientes no período / Nº de pacientes cirúrgicos geral do mesmo período	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR HPSZLN
	Taxa de Suspensão de Cirurgias Eletivas	%	< 5	(Total de cirurgias eletivas autorizadas e agendadas suspensas / Total de cirurgias eletivas autorizadas e agendadas) x 100	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR HPSZLN / SISREG
	Acompanhamento das Taxas de Mortalidade	%	Disponibilizar até o 5 dia do mês subsequente, os indicadores de mortalidade	1) Nº óbitos até 24 h na sala vermelho; 2) N. óbitos após 24 h e _ou internação/total saídas x 100;	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR HPSZLN

			dade, análise da comissão em 100% dos casos e plano de melhorias  1) Índice de mortalidade não institucional; 2) Taxa de mortalidade institucional; 3) TX Mortalidade por IAM; 4) TX Mortalidade cirúrgica	3) N. óbitos por IAM / N. casos x 100;  4) N. de óbitos até 7 d após procedimento cirúrgicos / nº cirurgias realizadas x 100  Total das Taxa de Mortalidade disponibilizadas até o 5º dia do mês subsequente com análise de 100% pelas comissões respectivas e plano de melhorias	
	Tempo Ambulatório-Leito	Dia	Tempo médio de espera entre a consulta de avaliação cirúrgica e a inter-nação para cirurgia eletiva <= 40	Total de dias decorridos entre o atendimento na consulta de avaliação cirúrgica e a realização de procedimentos cirúrgicos eletivo dos pacientes no período / Nº de pacientes internados no mesmo período para cirurgias eletivas.	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR HPSZN / SISREG
Segurança do paciente	Taxa de Infecção Hospitalar	%	Taxa de Infecção hospitalar ≤ 7%	N. de infecções hospitalares / total saídas x 100	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR HPSZN
			Apresentar densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica VM ≤ 10	N. pacientes com pneumonia associada a VM/MV dia x 1.000	
			Apresentar densidade de incidência de infecção do trato urinário UTI associada ao cateter vesical CV ≤ 1	N. pacientes com ITU associada a CV/CV dia x 1.000	
			Apresentar densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central CV ≤ 10	N. pacientes com infecção da corrente sanguínea associadas ao CVC /CVC dia x 1000	
			Apresentar a incidência de sítio cirúrgicos ISC em cirurgias limpas ≤ 3	N. De ISC em cirurgias limpas/N. de cirurgias limpas realizadas x 100	
	Incidência de queda do paciente	Mês	Incidência de quedas de pacientes internados ≤ 2	Quedas /1000 pacientes com risco	
	Incidência de Úlcera por pressão	Mês	Incidência de úlceras por pressão em pacientes ≤ 5	Casos novos de UP/100 pacientes com risco	
% de placa bacteriana em pacientes na UTI	Mês	≤ 30%	N. pacientes na UTI com placa bacteriana no período/N. pacientes internados na UTI no mesmo período dia x 100		
Articulação com a Rede	Regulação de Leitos	%	Disponibilizar 100% dos leitos para a Central de Regulação de Internações	Total de Internações realizadas pela Central de Internação/Total de Internações x 100	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR HPSZN / SISREG
	Regulação dos SADT	%	Disponibilizar 100% dos SADT externos para a Central de Regulação Ambulatorial	Total de SADT externo disponibilizado no SISREG /Meta pactuada para SADT externo x 100	SISREG
	Proporção da oferta de consultas de 1ª vez na central de Regulação ambulatorial em relação ao total contratado	%	Disponibilizar 100% das consultas de 1ª vez para a Central de Regulação Ambulatorial	Total de consultas de primeira vez disponibilizado no SISREG/Meta pactuada para consultas de primeira vez x 100	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR HPSZN
	Qualidade da Alta Hospitalar	%	Realizar altas referenciadas com agendamento de, no mínimo,		

			100% dos pacientes egressos nas Unidades Básicas de Saúde.	(Total de agendamentos de alta referenciada realizados/Total de saídas hospitalares) x100	
	Proporção da oferta de consultas realizadas mensalmente em relação ao total contratado	%	Disponibilizar 100% das consultas para a Central de Regulação Ambulatorial	Total de consultas disponibilizadas no SISREG /Meta pactuada para consultas x 100	SISREG
	Recusas das solicitações de transferência para leitos clínicos quando unidade executante	Mês	Recusas das solicitações de transferência para leitos clínicos ≤ 4	Total de recusas de transferências de pacientes dentro do perfil pactuado, autorizadas pela Central de Internações que foram canceladas pela unidade executante /Total de transferências autorizadas para a unidade executante x 100	SISREG
	Atualização do mapa de leitos no SISREG	Dia	Manter o Mapa de Leitos no SISREG atualizado	Realizar a atualização diária e oportuna	SISREG
Gestão e Desenvolvimento Institucional	Treinamentos/Capacitações nas Linhas de cuidado AVC, IAM e Trauma	Mês	100% dos profissionais que atuam na UPA	Nº de profissionais treinados que atuam na UPA no período/Total de profissionais que atuam na UPA	Relatório Núcleo de Educação Permanente
	Percentual de Registro ambulatorial e hospitalar	Mês	Apresentação de 100% das AIH e APAC no mês subsequente à ocorrência.	AIH e APAC apresentadas para 100% das ocorrências no mês subsequente	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR HZN e UPA/S I A e SIH
	Devolutiva da Ouvidoria		Garantir o percentual de 80% de respostas dadas aos usuários para solicitação, sugestão, informação ou elogio: 10 dias úteis; Para: reclamação: 30 dias úteis; Para denúncia: 90 dias úteis, sendo que o processo de apuração deverá ser iniciado em no máximo 10 (dez) dias úteis	(Total de respostas dadas aos usuários no prazo/Total de manifestações ocorridas no mês) x 100	Relatório Ouvidoria
	Atividades das Comissões e Núcleos obrigatórias	Mês	Garantir a efetividade das Comissões e Núcleos, em conformidade com a Legislação vigente, listados a seguir: - Avaliação Prontoário do Paciente; - Núcleo Hospitalar de Epidemiologia; - Farmacovigilância; - Avaliação e Revisão de Óbitos; - Controle de Infecção hospitalar; - Ética Médica e de Enfermagem; - Núcleo Interno de Regulação/ Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar; - Núcleo de Segurança do Paciente; - Ensino e Pesquisa; - Núcleo de Educação Permanente; Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes	Apresentar documento com nome e função dos componentes de cada comissão, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma. (Total de atas de reuniões realizadas / Total de reuniões previstas no quadri-mestre) x 100	Relatório do Gestor do Hospital

### 6.5.2.4 - APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO POR ÁREA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL, COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES DO PLANO DE TRABALHO, CONSTANDO FORMA DE VÍNCULO, HORÁRIO, SALÁRIO.

#### DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL - HPSZN

CATEGORIA FUNCIONAL	FORMA DE VINCULO	CARGA HORÁRIA (total de horas mês)	HORÁRIO DE TRABALHO	CEDID OS SUSAM	CONTRAT ADOS CLT	QTDE TOTAL	SALÁRIO MÉDIO	SALÁRIO TOTAL - CLT
<b>PRONTO SOCORRO GERAL</b> (Classificação de Risco, Observações, Sala de Medicação, Sala de Inalação, Sala de Sutura, Sala de Emergência)				12	174	186		340.161,80
COORD ENFERMAGEM	CLT	220	08h às18h		1	1	5.061,90	5.061,90
ENFERMEIRO (A)	CLT/ CEDIDOS	180	07h às 19h/19h às 07h	12	41	53	2.700,00	110.700,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		132	132	1.700,00	224.399,89
<b>AMBULATÓRIO</b>				0	11	11		25.311,11
ENFERMEIRO (A)	CLT	220	08h às18h		2	2	3.300,00	6.600,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220	08h às18h		4	4	2.077,78	8.311,11
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	220	08h às18h		4	4	1.600,00	6.400,00
SUPERVISOR (A)	CLT	220	08h às18h		1	1	4.000,00	4.000,00
<b>SADT</b>				4	26	30		86.500,00
ENFERMEIRO (A)	CLT	220	08h às18h		2	2	3.300,00	6.600,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220	08h às18h		23	23	3.300,00	75.900,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CEDIDOS	220	08h às18h	4		4	1.600,00	-
SUPERVISOR (A)	CLT	220	08h às18h		1	1	4.000,00	4.000,00
<b>UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI Adulto - 30 LEITOS</b>				0	110	110		242.301,85
COORDENADOR (A)	CLT	220	08h às18h		1	1	5.061,90	5.061,90
ENFERMEIRO (A)	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		17	17	2.700,00	45.900,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		69	69	1.700,00	117.299,94
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5	1.309,09	6.545,46
ODONTÓLOGO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		3	3	8.000,00	24.000,00
AUXILIAR LIMPEZA - EXCLUSIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		6	6	1.309,09	7.854,55
FISIOTERAPIA	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		9	9	3.960,00	35.640,00
<b>UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI Infantil -20 LEITOS</b>				0	74	74		155.889,82
COORDENADOR (A)	CLT	220	08h às18h		1	1	5.061,90	5.061,90
ENFERMEIRO (A)	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		12	12	2.700,00	32.400,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		46	46	1.700,00	78.199,96
FISIOTERAPIA	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		3	3	3.960,00	11.880,00
ODONTÓLOGO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		2	2	8.000,00	16.000,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5	1.309,09	6.545,46
AUXILIAR LIMPEZA - EXCLUSIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5	1.160,50	5.802,50
<b>CLÍNICAS INTEGRADAS CLÍNICA CIRÚRGICA - 140 LEITOS</b>				0	186	186		377.607,26
COORDENADOR (A)	CLT	220	08h às18h		1	1	5.061,90	5.061,90

416



ENFERMEIRO (A)	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		60	60	2.700,00	162.000,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		120	120	1.700,00	203.999,90
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5	1.309,09	6.545,46
<b>CLÍNICAS INTEGRADAS CLÍNICA MÉDICA - 84 LEITOS</b>				<b>0</b>	<b>114</b>	<b>114</b>		<b>231.207,30</b>
COORDENADOR (A)	CLT	220	08h às 18h		1	1	5.061,90	5.061,90
ENFERMEIRO (A)	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		36	36	2.700,00	97.200,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		72	72	1.700,00	122.399,94
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5	1.309,09	6.545,46
<b>CLÍNICAS INTEGRADAS PEDIATRIA - 28 LEITOS</b>				<b>0</b>	<b>42</b>	<b>42</b>		<b>93.874,00</b>
COORDENADOR (A)	CLT	220	08h às 18h		1	1	5.061,90	5.061,90
ENFERMEIRO (A)	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		12	12	2.700,00	32.400,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220	08h às 18h		24	24	2.077,78	49.866,64
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5	1.309,09	6.545,46
<b>CENTRO CIRÚRGICO / RPA</b>				<b>0</b>	<b>49</b>	<b>49</b>		<b>119.374,00</b>
COORDENADOR (A)	CLT	220	08h às 18h		1	1	5.061,90	5.061,90
ENFERMEIRO (A)	CLT	220	08h às 18h		15	15	3.300,00	49.500,00
ENFERMEIRO (A)	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5	2.700,00	13.500,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		8	8	1.700,00	13.599,99
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220	08h às 18h		15	15	2.077,78	31.166,65
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5	1.309,09	6.545,46
<b>HOSPITAL-DIA - 10 LEITOS</b>				<b>0</b>	<b>12</b>	<b>12</b>		<b>25.007,35</b>
COORDENADOR (A)	CLT	220	08h às 18h		1	1	5.061,90	5.061,90
ENFERMEIRO (A)	CLT	220	08h às 18h		2	2	3.300,00	6.600,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		4	4	1.700,00	6.800,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5	1.309,09	6.545,46
<b>SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR</b>				<b>0</b>	<b>20</b>	<b>20</b>		<b>49.999,99</b>
ENFERMEIRO (A)	CLT	220	08h às 18h		10	10	3.300,00	33.000,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		10	10	1.700,00	16.999,99
<b>SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS</b>				<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>		<b>6.648,14</b>
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5	1.309,09	6.545,46
TÉCNICO EM PATOLOGIA	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5	1.329,63	6.648,14
<b>NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA</b>				<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>		<b>16.500,00</b>
ENFERMEIRO (A)	CLT	220	08h às 18h		5	5	3.300,00	16.500,00
<b>SERV. MULTIDISCIPLINARES - AMBULATÓRIO</b>				<b>0</b>	<b>34</b>	<b>34</b>		<b>115.499,99</b>
ODONTÓLOGO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		3	3	8.000,00	24.000,00
TÉCNICO HIGIENE BUCAL	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		6	6	1.700,00	10.200,00
ASSISTENTE SOCIAL	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		2	2	3.000,00	6.000,00
FISIOTERAPIA	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		20	20	3.300,00	66.000,00
NUTRICIONISTA	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		1	1	3.000,00	3.000,00
FONOAUDIÓLOGA	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		1	1	3.300,00	3.300,00

PSICOLOGIA CLÍNICA	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		1	1	3.000,00	3.000,00
<b>CEOT</b>				<b>0</b>	<b>10</b>	<b>10</b>		<b>16.999,99</b>
TÉCNICO DE GESSO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		10	10	1.700,00	16.999,99
<b>TOTAL CUSTO DIRETO COM PESSOAS</b>				<b>16</b>	<b>872</b>	<b>888</b>		<b>1.902.882,61</b>
<b>DIRETORIA</b>				<b>0</b>	<b>8</b>	<b>8</b>		<b>118.000,00</b>
DIRETOR EXECUTIVO	CLT	220	08h às 18h		1	1	35.000,00	35.000,00
DIRETOR APOIO	CLT	220	08h às 18h		1	1	20.000,00	20.000,00
DIRETOR ADMINISTRATIVO FINANCEIRO	CLT	220	08h às 18h		1	1	20.000,00	20.000,00
GERENTE ADMINIST	CLT	220	08h às 18h		1	1	12.000,00	12.000,00
GERENTE DE APOIO	CLT	220	08h às 18h		1	1	12.000,00	12.000,00
GERENTE DE ENFERMAGEM	CLT	220	08h às 18h		1	1	12.000,00	12.000,00
SECRETÁRIA EXECUTIVA	CLT	220	08h às 18h		2	2	3.500,00	7.000,00
<b>GRUPO DE APOIO HUMANIZAÇÃO</b>				<b>0</b>	<b>8</b>	<b>8</b>		<b>24.000,00</b>
ASSISTENTE SOCIAL	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		4	4	3.000,00	12.000,00
PSICOLOGIA	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		4	4	3.000,00	12.000,00
<b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>				<b>0</b>	<b>6</b>	<b>6</b>		<b>19.818,00</b>
ENFERMEIRA DA QUALIDADE	CLT	220	08h às 18h		2	2	3.300,00	6.600,00
ANALISTA (QUALIDADE)	CLT	220	08h às 18h		4	4	3.304,50	13.218,00
<b>GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS/DP</b>				<b>0</b>	<b>17</b>	<b>17</b>		<b>46.522,50</b>
COORD. DEP. PESSOAL	CLT	220	08h às 18h		1	1	6.000,00	6.000,00
SUPERVISOR EDUCAÇÃO PERMANENTE / RESIDÊNCIA MÉDICA	CLT	220	08h às 18h		1	1	4.000,00	4.000,00
AUX. ADMINISTRATIVO EDUCAÇÃO PERMANENTE	CLT	220	08h às 18h		3	3	1.600,00	4.800,00
AUX. ADMINISTRATIVO DP	CLT	220	08h às 18h		5	5	1.600,00	8.000,00
ANALISTA DE DP	CLT	220	08h às 18h		5	5	3.304,50	16.522,50
PSICÓLOGA	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		2	2	3.600,00	7.200,00
<b>SESMT</b>				<b>0</b>	<b>8</b>	<b>8</b>		<b>29.988,58</b>
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220	08h às 18h		1	1	2.077,78	2.077,78
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	CLT	220	08h às 18h		4	4	2.002,70	8.010,80
MÉDICO DO TRABALHO	CLT	120			1	1	12.000,00	12.000,00
ENGENHEIRO DO TRABALHO	CLT	220	08h às 18h		1	1	4.600,00	4.600,00
ENFERMEIRO (A)	CLT	220	08h às 18h		1	1	3.300,00	3.300,00
<b>TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO</b>				<b>0</b>	<b>14</b>	<b>14</b>		<b>32.847,84</b>
COORD DE TI	CLT	220	08h às 18h		1	1	6.000,00	6.000,00
ANALISTA DE SISTEMA	CLT	220	08h às 18h		3	3	3.304,50	9.913,50
TÉCNICO EM INFORMÁTICA	CLT	220	08h às 18h		5	5	2.077,78	10.388,88
AUXILIAR DE INFORMÁTICA	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5	1.309,09	6.545,46
<b>FATURAMENTO</b>				<b>0</b>	<b>17</b>	<b>17</b>		<b>37.340,49</b>
SUPERV FATURAMENTO	CLT	220	08h às 18h		1	1	4.000,00	4.000,00
AUDITORIA (ENFERMEIRA)	CLT	220	08h às 18h		1	1	3.300,00	3.300,00
FATURISTA	CLT	220	08h às 18h		10	10	2.002,70	20.027,00
ESTATÍSTICO	CLT	220	08h às 18h		5	5		

							2.002,70	10.013,50
<b>ALMOXARIFADO</b>				<b>0</b>	<b>17</b>	<b>17</b>		<b>29.581,31</b>
COORD. DE LOGÍSTICA	CLT	220	08h às18h		1	1	6.000,00	6.000,00
ALMOXARIFE	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		8	8	1.638,57	13.108,58
AUXILIAR DE ALMOXARIFADO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		8	8	1.309,09	10.472,73
<b>FARMÁCIA</b>				<b>0</b>	<b>31</b>	<b>31</b>		<b>64.842,41</b>
FARMACÊUTICA- RT	CLT	220	08h às18h		1	1	3.972,40	3.972,40
FARMACÊUTICO CLÍNICO - CAF	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		10	10	3.250,20	32.502,01
AUXILIAR DE FARMÁCIA - CAF	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		20	20	1.418,40	28.368,00
<b>COMPRAS</b>				<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>		<b>9.400,00</b>
COMPRADOR	CLT	220	08h às18h		1	1	3.000,00	3.000,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	220	08h às18h		4	4	1.600,00	6.400,00
<b>HEMOTERAPIA - BANCO DE SANGUE</b>				<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>		<b>11.700,00</b>
ENFERMEIRO (A)	CLT	220	08h às18h		2	2	3.300,00	6.600,00
TÉCNICO DE HEMOTERAPIA	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		3	3	1.700,00	5.100,00
<b>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</b>				<b>0</b>	<b>69</b>	<b>69</b>		<b>137.651,10</b>
COORD DE LABORATÓRIO	CLT	220	08h às18h		1	1	6.000,00	6.000,00
TÉCNICO DE LABORATÓRIO (BIOQUÍMICA, URINÁLISE, HEMATO, IMUNOSSOROLOGIA)	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		30	30	1.700,00	50.999,98
MICROBIOLOGISTA (PARASITOLOGIA)	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		3	3	3.333,50	10.000,50
BIÓLOGO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		8	8	3.333,50	26.667,99
FARMACÊUTICO CLÍNICO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		4	4	3.250,20	13.000,80
AUXILIAR DE COLETA	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		20	20	1.309,09	26.181,83
AUXILIAR DE COLETA - Unidades CAIC Moura Tapajós e CAIC Dra. Maria Helena Freitas de Góes	CLT	220	08h às18h		3	3	1.600,00	4.800,00
<b>FINANCEIRO</b>				<b>0</b>	<b>7</b>	<b>7</b>		<b>25.826,99</b>
CONTADOR - CONTÁBIL FINANCEIRO	CLT	220	08h às18h		1	1	6.000,00	6.000,00
ANALISTA FINANCEIRO	CLT	220	08h às18h		2	2	3.304,50	6.609,00
ANALISTA CONTÁBIL	CLT	220	08h às18h		2	2	3.304,50	6.609,00
PATRIMÔNIO	CLT	220	08h às18h		1	1	3.304,50	3.304,50
ASSISTENTE DE CONTRATOS / PRESTAÇÃO CONTAS	CLT	220	08h às18h		1	1	3.304,50	3.304,50
<b>ATENDIMENTO</b>				<b>0</b>	<b>63</b>	<b>63</b>		<b>94.144,31</b>
COORDENADOR DE ATENDIMENTO	CLT	220	08h às18h		1	1	6.000,00	6.000,00
SUPERVISOR RECEPÇÃO NOTURNO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		2	2	4.000,00	8.000,00
RECEPCIONISTAS - PS PEDIATRIA	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		10	10	1.235,10	12.351,01
RECEPCIONISTAS - PS ADULTO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		14	14	1.235,10	17.291,41
RECEPCIONISTAS - AMBULATÓRIO / LAUDOS	CLT	220	08h às18h		10	10	1.509,57	15.095,67
RECEPCIONISTAS - BALÇÃO DE INFORMAÇÕES	CLT	220	08h às18h		5	5	1.509,57	7.547,84
RECEPCIONISTAS - REABILITAÇÃO* (PROPOSTA)	CLT	220	08h às18h		3	3	1.509,57	4.528,70
RECEPCIONISTAS - INTERNAÇÕES	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		14	14	1.235,10	17.291,41
RECEPCIONISTAS - SADT	CLT	220	08h às18h		4	4	1.509,57	6.038,27

<b>MENOR APRENDIZ</b>				<b>0</b>	<b>20</b>	<b>20</b>		<b>16.000,00</b>
MENOR APRENDIZ - POSSO AJUDAR?	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		20	20	800,00	16.000,00
<b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO - S.A.U / OUVIDORIA</b>				<b>14</b>	<b>8</b>	<b>22</b>		<b>17.600,00</b>
SUPERV. DE S.A.U	CLT	220	08h às18h		1	1	4.000,00	4.000,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO SAU INTERNAÇÃO	CEDIDO	220	08h às18h	10	0	10	1.600,00	-
AUXILIAR ADMINISTRATIVO SAU PS / AMBULATÓRIO	CLT / CEDIDO	220	08h às18h	4	6	10	1.600,00	9.600,00
OUVIDORIA	CLT	220	08h às18h		1	1	4.000,00	4.000,00
<b>SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE - SPP</b>				<b>0</b>	<b>12</b>	<b>12</b>		<b>16.053,01</b>
ARQUIVISTA	CLT	220	08h às18h		6	6	1.075,50	6.453,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	220	08h às18h		6	6	1.600,00	9.600,00
<b>SERVIÇO SOCIAL</b>				<b>0</b>	<b>9</b>	<b>9</b>		<b>28.450,50</b>
ASSISTENTE SOCIAL - INTERNAÇÃO	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		2	2	3.000,00	6.000,00
ASSISTENTE SOCIAL - PRONTO SOCORRO	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		6	6	3.000,00	18.000,00
ASSISTENTE SOCIAL - SUPERVISOR	CLT	220	08h às18h		1	1	4.450,50	4.450,50
<b>NÚCLEO DE MANUTENÇÃO GERAL - NMG</b>				<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>		<b>10.000,00</b>
ENCARREG. DE MANUTENÇÃO - Núcleo de Manutenção Geral	CLT	220	08h às18h		1	1	5.000,00	5.000,00
ENGENHEIRO CLÍNICO - Núcleo de Engenharia Clínica	CLT	220	08h às18h		1	1	5.000,00	5.000,00
<b>SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA - SND</b>				<b>0</b>	<b>22</b>	<b>22</b>		<b>67.000,00</b>
NUTRICIONISTA/RT	CLT	220	08h às18h		1	1	4.000,00	4.000,00
NUTRICIONISTA CLÍNICA	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h		21	21	3.000,00	63.000,00
<b>TRANSPORTE DE PACIENTES</b>				<b>14</b>	<b>11</b>	<b>25</b>		<b>12.765,50</b>
MAQUEIRO - AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT / CEDIDO	180	07h às 19h/19h às 07h	14	11	25	1.160,50	12.765,50
<b>TOTAL CUSTO INDIRETO COM PESSOAS</b>				<b>28</b>	<b>359</b>	<b>387</b>		<b>849.533</b>

420

## DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL - UPA CAMPOS SALLES

CATEGORIA FUNCIONAL	FORMA DE VINCULO	CARGA HORÁRIA (total de horas mês)	HORÁRIO DE TRABALHO	CEDI DOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL	SALÁRIO MÉDIO	SALÁRIO TOTAL CLT
<b>PRONTO SOCORRO GERAL</b> (Classificação de Risco, Observações, Sala de Medicação, Sala de Inalação, Sala de Sutura, Sala de Emergência)				11	42	53		79.761,87
COORD ENFERMAGEM	CLT	220	08h às 18h		1	1	5.061,90	5.061,90
ENFERMEIRO (A)	CLT/ CEDIDO	180	07h às 19h/19h às 07h	11	5	16	2.700,00	13.500,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		36	36	1.700,00	61.199,97
<b>SERV. MULTIDISCIPLINARES</b>				15	0	15		-
ODONTÓLOGO	CEDIDO	180	07h às 19h/19h às 07h	11		11		-
TÉCNICO HIGIENE BUCAL	CEDIDO	180	07h às 19h/19h às 07h	4		4		-
<b>DIRETORIA</b>				0	2	2		21.500,00
GERENTE ADMINISTRATIVO	CLT	220	08h às 18h		1	1	18.000,00	18.000,00
SECRETÁRIA EXECUTIVA	CLT	220	08h às 18h		1	1	3.500,00	3.500,00
<b>GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS/DP</b>				0	4	4		5.818,18
AUX. ADMINISTRATIVO DP	CLT	220	08h às 18h		2	2	1.600,00	3.200,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO DP	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		2	2	1.309,09	2.618,18
<b>SESMT</b>				0	1	1		2.002,70
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	CLT	220	08h às 18h		1	1	2.002,70	2.002,70
<b>TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO</b>				0	1	1		3.304,50
ANALISTA DE SISTEMA	CLT	220	08h às 18h		1	1	3.304,50	3.304,50
<b>FATURAMENTO</b>				0	1	1		2.002,70
FATURISTA	CLT	220	08h às 18h		1	1	2.002,70	2.002,70
<b>ALMOXARIFADO</b>				0	4	4		5.236,37
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		4	4	1.309,09	5.236,37
<b>FARMÁCIA</b>				0	9	9		20.092,80
FARMACÊUTICO CLÍNICO - CAF	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		4	4	3.250,20	13.000,80
AUXILIAR DE FARMÁCIA - CAF	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5	1.418,40	7.092,00
<b>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</b>				0	6	6		10.200,00
TÉCNICO DE LABORATÓRIO (BIOQUÍMICA, URINÁLISE, HEMATO, IMUNOSSOROLOGIA)	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		6	6	1.700,00	10.200,00
<b>CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - CDI</b>				0	0	0		0,00
TÉCNICO DE RADIOLOGIA - RAIOS X	PJ	120	0					
<b>FINANCEIRO</b>				0	1	1		3.304,50
ANALISTA FINANCEIRO	CLT	220	08h às 18h		1	1	3.304,50	3.304,50
<b>ATENDIMENTO</b>				0	12	12		20.351,01
SUPERVISOR RECEPÇÃO NOTURNO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		2	2	4.000,00	8.000,00
RECEPCIONISTAS - PS	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		10	10	1.235,10	12.351,01
<b>MENOR APRENDIZ</b>				0	1	4		4.000,00
MENOR APRENDIZ - POSSO AJUDAR?	CLT	150	07h às 13h/13h às 19h			3	800,00	2.400,00
<b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO - S.A.U / OUVIDORIA</b>				0	1	1		1.600,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO SAU PS	CLT	220	08h às 18h		1	1	1.600,00	1.600,00
<b>SERVIÇO SOCIAL</b>				2	3	5		9.000,00
ASSISTENTE SOCIAL -	CLT /	150	07h às 13h/13h	2	3	5	3.000,00	9.000,00

421

PRONTO SOCORRO	CEDIDO		às 19h					
<b>NUCLEO DE MANUTENÇÃO GERAL - NMG</b>				<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>		<b>2.625,00</b>
OFICIAL DE MANUTENCAO	CLT	220	08h às18h		1	1	1.500,00	1.500,00
AUXILIAR DE MANUTENÇÃO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		1	1	1.125,00	1.125,00
<b>SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA - SHL</b>				<b>0</b>	<b>30</b>	<b>30</b>		<b>34.814,99</b>
AUXILIAR DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		30	30	1.160,50	34.814,99
<b>TRANSPORTE DE PACIENTES</b>				<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>		<b>5.802,50</b>
MAQUEIRO	CLT	180	07h às 19h/19h às 07h		5	5	1.160,50	5.802,50
<b>TOTAL CUSTO INDIRETO COM PESSOAS</b>		<b>0</b>		<b>2</b>	<b>83</b>	<b>98</b>	<b>1.666,89</b>	<b>163.355,24</b>

### **6.5.2.5 - PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NA ÁREA AMBULATORIAL**

#### **PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E EMERGÊNCIA. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)**

Visa sistematizar (direcionar, orientar, conduzir e humanizar) a assistência prestada ao usuário fazendo com que o cuidado seja planejado e organizado.

#### **RESOLUÇÃO COFEN 272/2002**

Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras.

Art. 1º - A implementação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem é privativo do profissional enfermeiro.

Art. 2º - A Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada

Art. 3º - A Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ser registrada formalmente no prontuário do cliente.

No HRPT (Hospital Regional Público da Transamazônica) adotamos a teoria de Wanda Horta de Aguiar “Necessidades Humanas Básicas” a qual eleva a competência técnica da equipe e padroniza o atendimento, proporcionando melhorias das condições de avaliação do serviço e identificação de problemas, permitindo assim os conhecimentos de prioridades para intervenção direta do enfermeiro no cuidado. A autora estabelece o processo de enfermagem em 5 fases: histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.

423

#### **ETAPAS PARA SISTEMATIZAÇÃO**

Para a implantação da assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas:

**Histórico:** conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando a adaptação do usuário à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.

**Exame físico:** o Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do usuário e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.

**Diagnóstico de enfermagem:** o Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e o grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade aos problemas, processo de vidas vigentes ou potencias.

**Prescrição de enfermagem:** é o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao usuário de forma



individualizada e continua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

**Evolução de enfermagem:** é o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do usuário. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes.

### **REGISTROS DE ENFERMAGEM**

Os registros que são realizados nos prontuários dos usuários fornecem informação da assistência prestada nas 24 horas, refletem o trabalho da equipe de enfermagem, tornam-se documento legal, de defesa dos profissionais, devendo, portanto ter autenticidade e significado legal.

- Evolução de Enfermagem: de responsabilidade exclusiva do Enfermeiro, complementando a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;
- Anotação de Enfermagem: de responsabilidade do Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, destinado ao registro, em prontuário do usuário, dos procedimentos e reações apresentadas pelo usuário, de acordo com o prescrito pelo enfermeiro, na SAE.

### **AMBULATÓRIO**

- Prioridade nos atendimentos: A ordem do atendimento nas consultas ambulatoriais tem idosos, portadores de deficiência, gestantes e crianças. Nos dias de especialidade ortopédica as prioridades são os usuários com consulta de retorno pós-operatório, devido a necessidade de realizar na maioria das vezes exames radiológicos. Na ocorrência dos casos citados acima os colaboradores explicam para os idosos, gestante e portadores de deficiência o motivo pelo qual os pós-operatórios são atendidos primeiro.

- Verificação dos Sinais Vitais/Verificação de Peso e Altura: Usuário abre a ficha via Recepção Central e é encaminhado pela recepcionista ao técnico de enfermagem o qual por sua vez chama o usuário pelo nome completo e realiza a verificação dos sinais vitais, peso e altura. Os dados são registrados no sistema para que o médico tenha acesso no momento da consulta.

- Curativos: Para usuários acompanhados pela Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas - CPTFE durante a internação, com necessidade de acompanhamento pós alta hospitalar, o médico assistente registra no resumo de alta a necessidade de acompanhamento ambulatorial do usuário pela CPTFE. No momento da alta, o resumo de alta é apresentado na recepção sendo então realizado o agendamento conforme cronograma pré-estabelecido. Os curativos são acompanhados por um dos enfermeiros da CPTFE. Este enfermeiro além de realizar os curativos de maior complexidade também é responsável por orientar os cuidados domiciliares, de acordo com a necessidade do usuário. Usuários em consulta médica ambulatorial têm seu curativo realizado na sala de curativos mediante avaliação médica. - Encaminhamento para exames de Radiologia: usuários em atendimento ambulatorial que na consulta necessitarem de exames radiológicos, são encaminhados ao setor de raio-X conforme sua necessidade em cadeira de rodas, maca ou deambulando, sempre acompanhados de um dos técnicos de enfermagem do setor.

Cuidados nas Intercorrências: Para atendimento nos casos de urgência e emergência proceder conforme PCS.ENF.001.

Em casos de queda, alterações da pressão arterial, taquicardia, dor, febre, síncope, desmaio ou qualquer alteração do quadro clínico do usuário, os colaboradores comunicam o médico assistencial, caso não haja médico na unidade acionar o enfermeiro responsável para avaliar o usuário e encaminhar ao setor de Urgência/Emergência, caso seja necessário

#### **UNIDADE DE SADT:**

- Métodos Gráficos: No setor de métodos gráficos são realizados os exames de eletroencefalograma (EEG), eletrocardiograma (ECG), HOLTER, monitorização arterial da pressão arterial (MAPA) e teste ergométrico.

- Endoscopia: O usuário faz seu cadastro com o recepcionista e este por sua vez o encaminha para o técnico de enfermagem responsável do setor. Na sala de acolhimento é realizada a ficha de avaliação para exames de Endoscopia, verificando sinais vitais e elaboração de breve histórico do usuário (alergias, cirurgias já realizadas, medicações em uso, jejum, entre outras coisas). O usuário é então encaminhado para a sala de endoscopia para a realização do exame, sendo instalado o monitor de múltiplos parâmetros para monitorização. O colaborador responsável do setor administra a medicação conforme prescrição médica no pré-exame e após realização o usuário é encaminhado para a sala de observação, na qual permanecerá até a total recuperação sedativa. Usuário é liberado pelo médico assistente mediante acompanhamento de familiar ou responsável. Sendo obrigatório o registro formal da alta pelo médico na ficha de procedimento do usuário.

425

- Radiologia: O usuário faz seu cadastro com o recepcionista do setor de Imagem e é encaminhado para o técnico de enfermagem responsável do setor que faz sua ficha de avaliação para exames Radiológicos/Tomográficos, verificando sinais vitais e colhendo um breve histórico do usuário (alergias, cirurgias já realizadas, medicações em uso, jejum, entre outras coisas). Após é encaminhado à sala de observação para a realização de punção venosa e administração de contraste quando necessário, conforme prescrição médica.

#### **NEFROLOGIA:**

- Usuário Ambulatorial: Na admissão e diariamente para o usuário em Programa de Hemodiálise, ou Diálise Peritoneal deve ser realizado o histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico, intervenções e evolução de enfermagem.

Usuário Internado: A condução do usuário segue o padrão, contudo, poderão ser acrescentadas intervenções específicas pelo enfermeiro especialista.

Mensalmente os usuários serão reavaliados usuários do Programa de Hemodiálise e Diálise Peritoneal– segundo RDC 154 e o protocolo multiprofissional sendo necessário o registro evolução de enfermagem em prontuário que permanece no setor de Nefrologia.

Além disso, semanalmente são realizadas abordagens da equipe Multiprofissional com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada e o bom andamento das atividades desenvolvidas no Serviço.

## **UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Na recepção da unidade de urgência e emergência a recepcionista abre a ficha de atendimento e entrega a equipe de enfermagem.

Ao admitir o usuário dentro da Unidade a equipe identifica o usuário através da pulseira elaborada pela recepcionista, a partir de então o usuário passa pelo atendimento do técnico de enfermagem, enfermeiro e do médico. O enfermeiro realiza o exame físico do usuário na unidade de urgência e emergência e registra as condições de recebimento do usuário na evolução de enfermagem. O técnico de enfermagem realiza a anotação de enfermagem. A evolução do enfermeiro e a anotação do técnico de enfermagem são realizadas no início de cada plantão e após qualquer procedimento ou intercorrência com o usuário. Ainda na unidade de emergência são realizadas as avaliações de risco para queda e aspiração.

Além da identificação e registro da presença ou não de úlceras de pressão.

## **UNIDADES DE INTERNAÇÃO – UI's E Unidades de Tratamento Intensivos - UTIs**

Ao admitir o usuário nas Unidades de Internação e UTIs o enfermeiro realiza avaliação do grau de complexidade, o histórico de enfermagem, exame físico, evolução de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, avaliação de risco para úlcera de pressão, risco de queda, risco de flebite e risco para aspiração, registra nos formulários padronizados, mantendo-os no prontuário.

Diariamente o enfermeiro realiza avaliação do grau de complexidade dos usuários e a partir desta avaliação realiza a SAE. Usuários classificados pelo grau de complexidade como cuidados mínimos serão avaliados quanto ao grau de complexidade diariamente e apenas evoluídos diariamente pelo enfermeiro assistencial.

426

Usuários com grau de complexidade intermediário, semi-intensivo ou intensivo deverão ser avaliados diariamente quanto ao grau de complexidade sendo que para estes todas as fases da sistematização da assistência deverão estar contempladas.

Nos casos de recebimento de usuários de outras unidades assistenciais (transferências internas) todas as fases da sistematização deverão ser realizadas durante a admissão do usuário na nova unidade. Para os usuários admitidos durante o período noturno nas Unidades de Internação, será realizada, prioritariamente, a evolução de enfermagem. Sendo prioridade no próximo turno (manhã) a avaliação do grau de complexidade e realização de todas as etapas da SAE, as próximas avaliações irão depender da complexidade do usuário, conforme descrito anteriormente.

Nas intercorrências o usuário deverá ser reavaliado e o enfermeiro deverá estar atento à necessidade de mudanças no plano de cuidado.

Obs: Priorizar os usuários com maior grau de complexidade (usuários com cuidados intensivos, usuários com cuidados semi-intensivos, usuários com cuidados intermediários).

Aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) para todos os usuários cirúrgicos, não sendo necessária a avaliação pré-operatória para os casos de intervenções cirúrgicas de urgência e emergência.

Em todas as unidades assistenciais o Enfermeiro deve identificar, na passagem de plantão, usuários não avaliados e repassar para o turno seguinte a realização da classificação e/ou alguma etapa da SAE.

### **PARTICULARIDADES DA SAE NAS UIs**

Nas UI's ocorrerão preferencialmente durante as 12h diurnas, dividindo de acordo com as atividades e demandas do setor nos referidos turnos.

Nas unidades de clínica pediátrica, ginecológica e obstétrica a rotina para a sistematização da assistência de enfermagem segue os moldes das demais unidades, porém com a adoção de impressos específicos. Os instrumentos de avaliação direcionam a assistência de enfermagem, contemplando as especificidades relacionadas ao perfil epidemiológico dos usuários internados em tais unidades.

### **PARTICULARIDADES DA SAE NAS UTIs**

A avaliação dos usuários internados nas UTIs ocorrerá dentro das 24h, dividida nos 3 turnos, de acordo com as atividades e demandas do setor nos referidos turnos.

Nas UTIs, no máximo a cada 12h, deve ser registrada a avaliação (evolução de enfermagem) do usuário internado.

Nas UTIs Pediátrica, Neonatal e na Unidade de Cuidados Intermediários a avaliação do grau de complexidade e SAE é executada avaliações direcionadas a atender as necessidades específicas dos usuários internados nestas unidades.

### **AVALIAÇÃO DO GRAU DE COMPLEXIDADE**

427

#### **AVALIAÇÃO DO GRAU DE COMPLEXIDADE ADULTO Segundo Márcia Perroca**

É um Sistema de Classificação de Pacientes - SCP – Este método é capaz de determinar, validar e monitorar o cuidado individualizado, através da identificação e classificação de usuários em grupos de cuidado ou categorias. Os dados obtidos no processo de classificação subsidiam a alocação de pessoal de enfermagem, o planejamento de custos da assistência e a manutenção de padrões de qualidade.

O SCP foi desenvolvido nos Estados Unidos, em 1960, e introduzido no Brasil, em 1972. A partir de então, outros instrumentos foram construídos e validados, considerando como mais utilizados: o SCP de Fugulin e o instrumento de classificação de usuários de Perroca.

Também pode ser entendido como uma forma de determinar o grau de dependência de um usuário em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido nos cuidados diretos e indiretos, bem como a quantidade de pessoal para atender às necessidades desse cliente. A identificação da média diária de usuários por grau de complexidade auxilia no processo decisório para alocação de pessoal de enfermagem, monitoramento da produtividade e dos custos assistenciais e manutenção dos padrões de qualidade pretendidos. Além disso, pode ajudar na negociação de pessoal adicional e na avaliação da carga de trabalho da equipe, consistindo na primeira etapa do método de dimensionamento de pessoal de enfermagem.

#### **As funções do SCP:**

- Agrupar usuários por complexidade assistencial, observando o perfil de cada grupo ou categorias previamente estabelecida;
- Distribuir os leitos para atendimento da demanda por grupos de usuários;
- Realocar recursos materiais e humanos;
- Detalhar a dinâmica operacional do sistema;
- Reorientar a equipe envolvida no processo assistencial;
- O SCP permite estabelecer o perfil de cada tipo de cuidado.

#### Score para avaliação do Grau de Complexidade

A classificação de usuários elaborados e validados por Perroca é composto por 13 áreas de cuidados. Cada área possui pontuação de um (menor nível de atenção de enfermagem) a cinco (nível máximo de complexidade assistencial). A pontuação mínima é de 13 e a máxima de 65 pontos.

Através do instrumento o usuário pode ser classificado em uma das quatro categorias de cuidados:

- Cuidados Mínimos (13-26 pontos): Cuidados a pacientes sob o ponto de vista clínico de enfermagem, e fisicamente auto-suficientes quanto às necessidades humanas básicas.
- Cuidados Intermediários (27-39 pontos): Cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico de enfermagem, com parcial dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.
- Cuidados Semi-Intensivos (40-52 pontos): Cuidados a pacientes crônicos, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.
- Cuidados Intensivos (53-65 pontos): Cuidados a pacientes graves, com risco iminente de vida, sujeitos a instabilidade de sinais vitais, que requerem assistência de enfermagem permanente e especializada.

428

A partir da avaliação diária dos usuários quanto ao grau de complexidade há o registro de dados na planilha Condensado do Grau de Complexidade.

#### **AVALIAÇÃO DO GRAU DE COMPLEXIDADE PEDIÁTRICO segundo Ariane Polidoro Dini**

No HRPT (Hospital Regional Público da Transamazônica) o Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP) escolhido para avaliação pediátrica foi o elaborado por Ariane Polidoro Dini, este instrumento é composto por onze indicadores de demanda de enfermagem. A cada indicador são atribuídas quatro situações de dependência de cuidado graduadas com um valor numérico de um a quatro pontos, de forma que, um ponto representa uma menor demanda de enfermagem e quatro pontos representa a maior demanda de enfermagem.

A classificação de um paciente consiste na avaliação do mesmo em relação a cada um dos onze indicadores e escolha da situação que melhor descrever sua condição. Em seguida procede-se com a soma do número de pontos obtido em cada indicador. O escore mínimo possível é de 11 pontos e o máximo é de 44 pontos, desta forma a pontuação entre 11 e 17 corresponde à categoria de cuidados Mínimos, entre 18 e 23 pontos de Cuidados Intermediários, entre 24 e 30 pontos de Alta Dependência, entre 31-36 pontos de cuidados Semi Intensivos e de 37 a 44 pontos corresponde à categoria de cuidados Intensivos.

- Cuidados Mínimos (11-17 pontos): Paciente pediátrico a partir de 12 anos, com desenvolvimento adequado à idade, estável sob o ponto de vista clínico, realizando todas as ações de auto-cuidado sob supervisão da enfermagem.
- Cuidados Intermediários (18-23 pontos): Paciente pediátrico a partir de 7 anos, com desenvolvimento adequado à idade, estável sob o ponto de vista clínico, que necessite de auxílio da enfermagem para seu auto-cuidado e/ou apoio para o enfrentamento da situação de doença e hospitalização.
- Cuidados de Alta-Dependência (24-30 pontos): Paciente pediátrico (de qualquer idade), estável sob o ponto de vista clínico, que dependa da enfermagem para atendimento de suas necessidades orgânicas/físicas, emocionais e sociais.
- Cuidados Semi-Intensivos (31-36 pontos): Paciente pediátrico (de qualquer idade), instável sob o ponto de vista clínico, sem risco iminente de morte, que, necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.
- Cuidados Intensivos (37-44 pontos): Paciente pediátrico (de qualquer idade), instável sob o ponto de vista clínico, com risco iminente de morte, que, necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

#### **AVALIAÇÃO DO GRAU DE COMPLEXIDADE RECÉM-NASCIDOS segundo Luciana**

Bochembuzio e Raquel Rapone Gaidzinski

O SCP para a área neonatal pode favorecer o estabelecimento do vínculo afetivo entre trinômio mãe-pai-filho, incentivar o aleitamento natural flexível, de acordo com as necessidades dos RNs, possibilitar a redução da incidência de infecção hospitalar, permitir que a mãe receba orientação adequada e desenvolva capacidades para cuidar de seu filho, considerando suas limitações e as do recém-nascido.

429

O instrumento constitui-se com 16 áreas e 3 níveis de cuidado por complexidade assistencial. Cada um dos níveis possui graduação de 1 a 3 apontando a intensidade crescente de complexidade, de forma que o valor 1 corresponde ao menor nível de atenção de enfermagem e o valor 3 ao nível máximo de complexidade assistencial.

- Cuidados Mínimos (16-26 pontos): recém-nascidos estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, que permanecem em observação para detecção de possíveis intercorrências ou de patologias que podem surgir nas primeiras horas de vida.
- Cuidados Intermediários (27-37): recém-nascidos estáveis do ponto de vista clínico e de enfermagem, sem risco de vida, mas que apresentam algumas intercorrências ou patologias que necessitam de cuidados médicos e de enfermagem específicos e permanentes para minimizar ou corrigir distúrbios hemodinâmicos decorrentes de suas patologias.
- Cuidados Intensivos (38-48 pontos): recém-nascidos instáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com distúrbios hemodinâmicos importantes, com risco iminente de vida, que necessitam de cuidados médicos e de enfermagem específicos e permanentes para sua estabilização.

Condensado do grau de complexidade e condensado da escala de braden



O condensado do Score do Grau de Complexidade e Escala de Braden são preenchidos diariamente para constituir indicadores assistenciais. Os dados do dia anterior são lançados diariamente pelas escriturarias para alimentar planilha EXCEL e mensalmente compilados para obtenção do perfil assistencial e riscos de cada unidade.

Os enfermeiros devem utilizar o condensado do grau de complexidade, gerado diariamente, para dimensionar a equipe de enfermagem necessária à assistência em cada um dos turnos de trabalho.

A partir do condensado do grau de complexidade o enfermeiro deverá programar e direcionar a equipe para execução das atividades no turno sob sua responsabilidade.

### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Durante a primeira avaliação na Unidade de Urgência e Emergência, o enfermeiro deverá classificar o risco para queda e risco para aspiração, através de instrumentos próprios de avaliação de riscos e protocolos institucionais. Os riscos deverão ser evidenciados na pulseira de identificação dos usuários das cores:

- **Vermelho: risco para aspiração**
- **Preto: risco para queda**

Ainda na Unidade de Urgência e Emergência, deve ser registrada em prontuário a admissão de usuários com presença de úlcera de pressão, identificando a pulseira com etiqueta de cor **AZUL. UNIDADES DE INTERNAÇÃO E UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

430

Nas unidades de internação os riscos avaliados são:

Risco para queda, risco para aspiração, risco para úlcera por pressão e risco para flebite.

- **Vermelho: risco para aspiração**
- **Preto: risco para queda**
- **Azul: risco para úlcera por pressão**
- **Amarelo: risco para flebite**

Para avaliação, identificação e gerenciamento de riscos nas unidades assistenciais o enfermeiro deve seguir as orientações contidas nos Protocolos de Gerenciamento de Riscos aplicado a cada uma das situações.

Dentro do gerenciamento dos riscos assistenciais em neonatologia definimos os seguintes riscos:

- **Risco para aspiração (vermelho):** devido ao processo de maturação dos sistemas orgânicos (sistema digestório/respiratório).
- **Risco para quedas (preto):** intrínseco a atividade do colaborador durante os cuidados e manipulação.
- **Risco para lesões de pele/lesão cutânea (azul):** são considerados como risco para lesão de pele todos os usuários com presença de DVE (drenagem ventricular externa), sonda orogástrica, tubo orotraqueal, eletrodos para monitorização, usuários com gastrostomia, drenos, colostomias, cateterismo umbilical, PICC (cateter central de inserção periférica), flebotomia, sensor de oximetria, uso de medicações irritantes



(fenitoína, anfotericina, bactrim, aciclovir, aminofilina, solução de potássio e SG 10%), uso de medicações vesicantes (bicarbonato de sódio 8,4%, dopamina, amiodarona, noradrenalina, solução de cálcio, nitroprussiato e solução de potássio).

Após terem sido classificados quanto ao risco, os recém-nascidos receberão a identificação por cores apenas na placa de identificação do leito.

Para todos os usuários admitidos nas Unidades de Internação e UTIs, a equipe de enfermagem deverá realizar o acolhimento do usuário e acompanhante, apresentar as instalações e informar as rotinas da unidade (apresentação do folder de orientações sobre o gerenciamento de riscos).

O enfermeiro da unidade deverá realizar a avaliação do grau de complexidade do usuário, realizar a SAE conforme descrito anteriormente. A avaliação dos riscos assistenciais, grau de complexidade da assistência e sistematização da assistência de enfermagem completa (obedecendo todas as fases) deverão ser realizados diariamente e para todos os usuários internados.

Os usuários deverão estar identificados de acordo com a classificação de riscos, para isso deverão ser colocadas etiquetas na placa de identificação do leito e na pulseira de identificação do usuário. Quando houver necessidade de alterar a classificação de riscos, a identificação por cores deverá ser alterada na pulseira de identificação e na placa de identificação do leito.

Atenção: Aplicar avaliação grau de complexidade, SAE e avaliação de riscos completa nos casos de admissão de usuários em decorrência de transferências de usuários entre unidades e/ou em situações pós intercorrências.

## **CENTRO CIRÚRGICO**

431

O gerenciamento de riscos no centro cirúrgico segue o padrão das demais áreas, com a mesma classificação de riscos por cores.

Existe aplicação do “time out”, roteiro para verificação cirúrgica. Usuários são admitidos na unidade mediante checagem dos itens de conferência pré-estabelecidos no SAEP (Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória).

Para ser admitido no centro cirúrgico o usuário deverá ter recebido orientação do cirurgião sobre o procedimento ao qual estará sendo submetido, e o termo de consentimento para realização do procedimento cirúrgico deverá estar devidamente assinado pelo cirurgião e usuário.

Nesta unidade é importante ressaltar a obrigatoriedade da demarcação da lateralidade onde o usuário sofrerá a intervenção cirúrgica. Essa ação é privativa do médico cirurgião, podendo ser delegada por ele a outro profissional médico, porém são da sua responsabilidade as consequências. Em hipótese alguma a equipe de enfermagem está autorizada a realizar essa ação.

A demarcação da lateralidade deve ser realizada no leito da unidade de internação do usuário e está dispensada em casos de cirurgias caracterizadas como urgência e emergência.

## UNIDADE DE SADT:

- **Métodos Gráficos:** Os riscos existentes neste setor se delimitam em Queda, Intercorrências e PCR. Na realização de teste ergométrico pode ocorrer queda do usuário na esteira, bem como de crianças na maca de realização de EEG. Para a prevenção de queda é rotina a presença de um técnico de enfermagem ao lado do usuário na realização do teste ergométrico orientando sobre alterações durante o exame. As crianças devem sempre estar acompanhadas de familiar os quais ficam sentados ao lado. Risco de PCR devido sedação oral por hidrato de cloral (em caso de crianças) e por esforços de usuários em esteira. Para atendimento à parada cardio-respiratória (PCR), no setor fica localizado um carro de emergência. Na presença de médico na unidade poderão ser iniciadas as manobras de reanimação cardiorespiratória e posterior encaminhamento à unidade de urgência e emergência. Na ausência de médico na unidade, a equipe de enfermagem inicia as manobras de reanimação e após comunicação, encaminha o usuário à unidade de urgência e emergência.

- **Endoscopia:** Os riscos com maior relevância no setor de Endoscopia são Queda, Aspiração, Intercorrências e PCR. Estes podem ser ocasionados pelo processo de utilização de sedativos. As medidas de prevenção são: utilização de maca com grades elevadas ou cadeira de rodas para o encaminhamento deste para a sala de observação enquanto sedado; profissional de enfermagem sempre ao lado do usuário durante o exame; aspiração de vias aéreas sempre que necessário; manter sempre o usuário monitorado durante o exame, evitando alterações percebidas nos sinais vitais; manter sempre o carro de emergência e maleta de psicotrópicos completos e ao alcance em caso de necessidade. Seguir orientações do PCS.ENF.001.

- **Radiologia:** Os riscos ao usuário neste setor são Queda, Intercorrências e PCR. Estes podem ser ocasionados pelo processo de utilização do contraste. As medidas de prevenção são: utilização de maca com grades elevadas enquanto o usuário encontrar-se em observação; profissional de enfermagem sempre que necessário ao lado do usuário durante a realização do exame; manter sempre o carro de emergência e maleta de psicotrópicos completos e ao alcance em caso de necessidade. Seguir orientações do PCS.ENF.001.

432

## AMBULATÓRIO

O setor de ambulatório destina-se às consultas de especialidades médicas. Entre os riscos gerenciados nesta unidade estão o risco de queda e intercorrências. Por serem usuários ambulatoriais a equipe não realiza a identificação do risco de queda, mas desenvolve ações com o objetivo de evitar tais ocorrências.

No momento da admissão do usuário ao identificar a presença de usuário com alto risco de queda a enfermagem realiza orientação ao usuário e /ou familiar quanto ao risco e entrega o folder de prevenção de quedas. O usuário ou familiar receberá o termo de ciência do risco de queda, o qual deverá ser assinado e anexado ao prontuário do usuário.

## CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE QUEDA PARA USUÁRIOS ADULTO E PEDIÁTRICO

Assinalar todos os itens de risco identificados. Considerar existência de risco quando assinalado X em um ou mais itens. Iniciar protocolo para prevenção de queda

- Idade < 5 anos
- Idade >= 60 anos
- Pós operatório imediato de neurocirurgia de média e alta complexidade – considerar 5 itens
- Apresentando quadro de confusão ou agitação – considerar 3 itens
- Com déficit sensitivo (visão, tato, audição) - considerar 3 itens
- Com distúrbios neurológicos (crises convulsivas, etc)
- Urgência urinária ou intestinal;
- Fazendo uso de sedativo ou pós-sedação
- Com dificuldade de marcha
- Fazendo uso de: anti-hipertensivos e/ou Psicotrópico,
- Com queda anterior no último ano

Se sim:

- No HRPT
  - Na residência ou comunidade
- ALTO RISCO
- 05 ou mais itens assinalados

## NEFROLOGIA

Entre os principais riscos identificados e gerenciados nesta unidade podemos citar:

433

- Risco de queda: gerenciado através da sinalização em folha de sala
- Risco de Contaminação do material: Seguindo IT.HEMO.006- Reprocessamento de Dialisador na sala de reuso atualizada e disponível;
- Troca de Prontuário: Conferência do nome da mãe em usuários homônimos, além do número do prontuário;
- Troca de material: gerenciado através da conferência do nome e prontuário do Usuário;
- Erro no cálculo de ultrafiltração: Cumprimento da manutenção preventiva dos equipamentos e Correta aferição e cálculo de peso.

## RISCO DE ERRO RELACIONADO AO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Em todas as unidades assistenciais existe a avaliação de enfermagem para risco de erro de administração de medicamentos. Diariamente o Enfermeiro supervisiona todo processo relacionado à administração de medicamentos, horário da realização das prescrições médicas, aprazamento, conferência no recebimento da medicação da farmácia e administração dos medicamentos.

Quando for identificada falha no processo de administração de medicamentos, deverá ser preenchida a ficha de notificação de erros de dispensação e administração de medicamentos, evidenciando o tipo de erro. Aplicar orientações à equipe caso seja identificado erro relacionado à administração de medicamentos.

Mensalmente os dados obtidos através da supervisão do processo de dispensação e administração de medicamentos são compilados para alimentar indicador do gerenciamento de riscos.

## 6.6 - IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

### 6.6.1 - INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL E FISIOTERAPIA COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS DEFINIDAS, AS ÁREAS DE ABRANGÊNCIAS, HORÁRIOS E EQUIPES MÍNIMAS.

A função da fisioterapia é tratar as enfermidades por meio de exercícios com movimentos e agentes físicos como frio, calor e eletricidade, por exemplo. No âmbito hospitalar, esse especialista é fundamental para a recuperação dos pacientes com diversas doenças. Sendo assim, o profissional faz parte de uma equipe multidisciplinar para a maior comodidade e melhor reabilitação dos internados.

A responsabilidade do fisioterapeuta no hospital é avaliar, desenvolver e pôr em prática os procedimentos para diferentes condições, como o pós-operatório. Qualquer condição que altere a mobilidade da pessoa tem maior probabilidade de ser revertido ou amenizado se a fisioterapia hospitalar conduzir os exercícios com regularidade.

O profissional de fisioterapia hospitalar

Quem trabalha com fisioterapia em hospitais tem que saber efetuar o diagnóstico terapêutico, além de interpretar exames e laudos complementares. O fisioterapeuta consegue assim verificar as chamadas alterações cinético-funcionais, que se debruça sobre o sistema musculoesquelético. Esse sistema é composto por ossos, músculos, tendões, ligamentos, nervos e cartilagens. A partir dos testes, o especialista é capaz de desenvolver as técnicas adequadas de tratamento fisioterapêutico. Portanto, saber aplicar eletro-termo-foto-mecanoterapia como coadjuvantes em vários estágios é indispensável.

Em determinadas situações, ele pode ordenar os procedimentos específicos, averiguando a quantidade de sessões e o tipo de conduta a ser seguida. Cabe ainda ao fisioterapeuta hospitalar observar a evolução de cada paciente e mudar a abordagem quando preciso. A alta fisioterapêutica só deve ser indicada pelo próprio profissional da área. Isso vale também para emissão de pareceres, atestados, relatórios e laudas relativas à fisioterapia. Por ser parte da equipe de saúde, esse especialista tem que debater casos clínicos e outros temas de interesse do hospital.

434

**Mesmo quando a pessoa recebe alta, por vezes é necessário continuar com as sessões de fisioterapia em hospitais, clínicas ou mesmo em casa. Outros setores que se beneficiam amplamente desse acompanhamento são a ortopedia, neurologia ou até mesmo clínica. É preciso que a fisioterapia vise à mobilidade do enfermo com a garantia o máximo de conforto possível. Em casos em que há um período maior de internação, mais uma vez o papel do fisioterapeuta é imprescindível. Isso porque ele evita uma série de complicações recorrentes do longo tempo passado no leito.**

Quando não existe um trabalho em conjunto, podem surgir lesões como úlcera de pressão e outras dores. A falta de uma imobilização correta compromete a resistência cardiovascular e o alinhamento mecânico, o que afeta os movimentos coordenados. Como resultado, a atuação do profissional de fisioterapia em relação à inatividade ou atividade reduzida do paciente ajuda a diminuir o tempo de permanência na UTI, bem como a taxa de mortalidade e o risco de infecção.

Do ponto de vista econômico do hospital, a fisioterapia propicia uma liberação mais rápida dos quartos, beneficiando a instituição e o público. Como a necessidade de antibióticos fica menor, o custo com medicamentos caros é menor para o centro de saúde.

É muito importante entender que, atualmente, para garantir seu espaço no mercado, o profissional de fisioterapia deve estar sempre atualizado e investindo em ações que aumentem a visibilidade de sua clínica ou consultório, através de uma estratégia de marketing e de um bom atendimento e relacionamento com o paciente.

### **Horário de funcionamento**

Ambulatório – em 03 (três) turnos nos horários de 07h00 às 11h00, 11h00 às 15h00 e de 15h00 às 19h00

UTI – 24hs

### **Dimensionamento De Pessoal**

<b>COLABORADORES</b>	<b>LOCAL</b>	<b>VINCULO</b>	<b>CH MÊS</b>	<b>QTDE</b>
Fisioterapeuta – UTI Aduldo	HPSZN	CLT	180	9
Fisioterapeuta – UTI Infantil	HPSZN	CLT	180	3
Fisioterapeuta – Ambulatório	HPSZN	CLT	150	20
<b>TOTAL</b>				<b>32</b>

## **ASSISTENTE SOCIAL**

O conjunto de orientações dispostas nesse documento visa sistematizar, contribuir e orientar alguns procedimentos realizados pelos Assistentes Sociais que atuam no Complexo Hospitalar Zona Norte, bem como nortear ações, possibilitar reflexões e padronizar alguns formatos de relatórios e formulários. O principal objetivo, portanto, é colaborar para disponibilização de maior qualidade nos serviços prestados à população atendida (pacientes, familiares e colaboradores), sistematizando e homogeneizando a linguagem de comunicação entre os profissionais que atuam nesses espaços.

### **ABRANGÊNCIA E COMPOSIÇÃO:**

O documento versa sobre a abrangência das atividades dos Assistentes Sociais, com a seguinte composição:

- Atribuições Regimentais
- Atividades do Assistente Social
- Padronização de Impressos
- Padronização de Relatórios
- Normatizações específicas

### **ATRIBUIÇÕES REGIMENTAIS**

As atribuições do Assistente Social vêm subsidiadas no contexto das legislações pertinentes às áreas de atuação de acordo com as situações problemas desencadeados pela clientela assistida.

436

### **ATIVIDADES DO ASSISTENTE SOCIAL:**

Considerando-se o disposto nas atribuições regimentais, que direcionam as ações profissionais no âmbito da atuação, constituem-se atividades do Assistente Social dentro do Serviço Social, nas unidades em que se encontram inserido. Para tanto, buscou-se considerar as particularidades gerais, as especificidades de cada regime e a realidade vivenciada.

Assim, a implantação deste documento intenciona estabelecer uma linguagem ética, técnica e prática a ser utilizada no desencadear das atividades do Assistente Social frente à clientela. Como suporte, apresentamos algumas terminologias técnicas usadas em nosso cotidiano:

Prontuário de Atendimento Social - documento utilizado para identificar e sistematizar informações relativas ao paciente e seu contexto social, onde contém as ações, os procedimentos e os recursos realizados em relação a ele e sua família;

Acompanhamento Social - trata-se do acompanhamento sistemático individual ou em grupo para a execução de procedimentos sociais de relevância ao contexto em que se encontra inserido;

Atendimento de Apoio/emergencial - é o atendimento não sistemático, prestado ao paciente, para atendimento de uma situação emergencial com finalidade específica e pontual.

Acolhimento – é o procedimento inicial de coleta de dados pessoais e familiares realizado com o paciente, visando subsidiar a construção do estudo social e os encaminhamentos pertinentes a sua realidade.

Estudo Social – É um instrumento utilizado nas mais diferentes áreas e modalidades de intervenção, cuja finalidade é a orientação do processo de trabalho do profissional.

Laudo Social – Contextualização de uma situação específica, condicionado à realidade vivenciada momento a momentos em que subsidiaram a realização da perícia social.

Parecer Social - Opinião fundamentada sobre a realidade analisada, contextualizando a situação social estudada e tendo como eixo organizador o teor da solicitação efetuada.

Comissão Técnica de Classificação onde os profissionais envolvidos contextualizam a realidade do paciente.

### **ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DAS(OS) ASSISTENTES SOCIAIS**

As atribuições e competências das(os) profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelas(os) profissionais, quanto pelas instituições empregadoras. No que se refere aos direitos das(os) assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética assegura:

- a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- b) livre exercício das atividades inerentes à profissão;
- c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais;
- d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
- f) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- g) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
- h) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- i) liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.



No que se refere aos deveres profissionais, o artigo 3º do Código de Ética estabelece:

- a) desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a Legislação em vigor;
- b) utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão;
- c) abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes.

Tendo em vista o disposto acima, o perfil do assistente social para atuar nas diferentes políticas sociais deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente.

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta perspectiva crítica pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos(as) trabalhadores(as) em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos.

438

As competências e atribuições das(os) assistentes sociais, nessa perspectiva e com base na Lei de Regulamentação da Profissão, requisitam do(a) profissional algumas competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção, a saber:

- apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
- análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
- compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
- identificação das demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996).

São essas competências que permitem ao profissional realizar a análise crítica da realidade, para, a partir daí, estruturar seu trabalho e estabelecer as competências e

atribuições específicas necessárias ao enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano.

A Lei de Regulamentação da Profissão estabelece no seu Artigo 4 como competências<sup>13</sup> da(o) assistente social:

- elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades;
- prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- planejamento, organização e administração de Serviço Social e de Unidade de Serviço Social;
- realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

439

No Artigo 5, apresenta como atribuições privativas<sup>14</sup> da(o) Assistente Social:

- coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
- assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social;
- realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação quanto pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
- dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço social;

- elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
- coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de serviço social;
- fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;
- dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

O Código de Ética Profissional (1993) também apresenta ferramentas fundamentais para a atuação profissional no cotidiano, ao colocar como princípios:

- reconhecimento da liberdade como valor ético central;
- defesa intransigente dos direitos humanos;
- ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização política e da riqueza socialmente produzida;
- posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- empenho na eliminação de todas as formas de preconceito;
- garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- opção por um projeto vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero;
- articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores;
- compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- exercício do Serviço Social sem discriminação.

440

A política de Saúde, reconhecida no texto Constitucional como “Direito de todos e Dever do Estado”, vem sendo implementada e efetivada através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma questão importante refere-se ao conceito de saúde contido no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e no caput do Artigo 3º da Lei 8.080/1990, que ressalta as expressões da questão social, e estas devem ser compreendidas, segundo Iamamoto (1982), como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam através das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e

ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CF, 1988)

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (Lei 8080/1990).

O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundamentação enquanto especialização do trabalho. Nessa perspectiva, a atuação profissional deve estar pautada em uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social que repercutem nos diversos níveis de complexidade da saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta densidade tecnológica.

O atendimento direto ao usuário se dá nesses espaços, que na estrutura da rede de serviços brasileira, ganham materialidade a partir dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades e hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal.

O assistente social tem ampliado sua ação profissional, transcendendo a ação direta com usuários e atuando também em planejamento, gestão, assessoria, investigação, formação de recursos humanos e nos mecanismos de controle social (conselhos e conferências). As atribuições a serem explicitadas podem ser desenvolvidas nos diversos espaços, havendo, entretanto, predominância de determinadas ações a partir das áreas de trabalho.

441

Nessa perspectiva, serão apresentadas, a seguir, as atribuições dos assistentes sociais na saúde, tanto na ação direta como nos demais níveis.

Considera-se que o profissional na saúde desenvolve suas ações profissionais nas seguintes dimensões, que são complementares e indissociáveis: Assistencial; em Equipe; Socioeducativa; Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional.

As principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social são:

- prestar orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção.
- realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;

- criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas;
- realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais;
- trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;
- criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional;
- registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social.

### **SERVIÇO SOCIAL NO COMPLEXO HPSZN**

Compete prestar assistência social aos usuários, acompanhante, visitantes e profissionais do COMPLEXO HPSZN, em uma abordagem educativa, respeitando os princípios éticos e técnicos da profissão como premissa do serviço. Acompanhar, orientar etc.

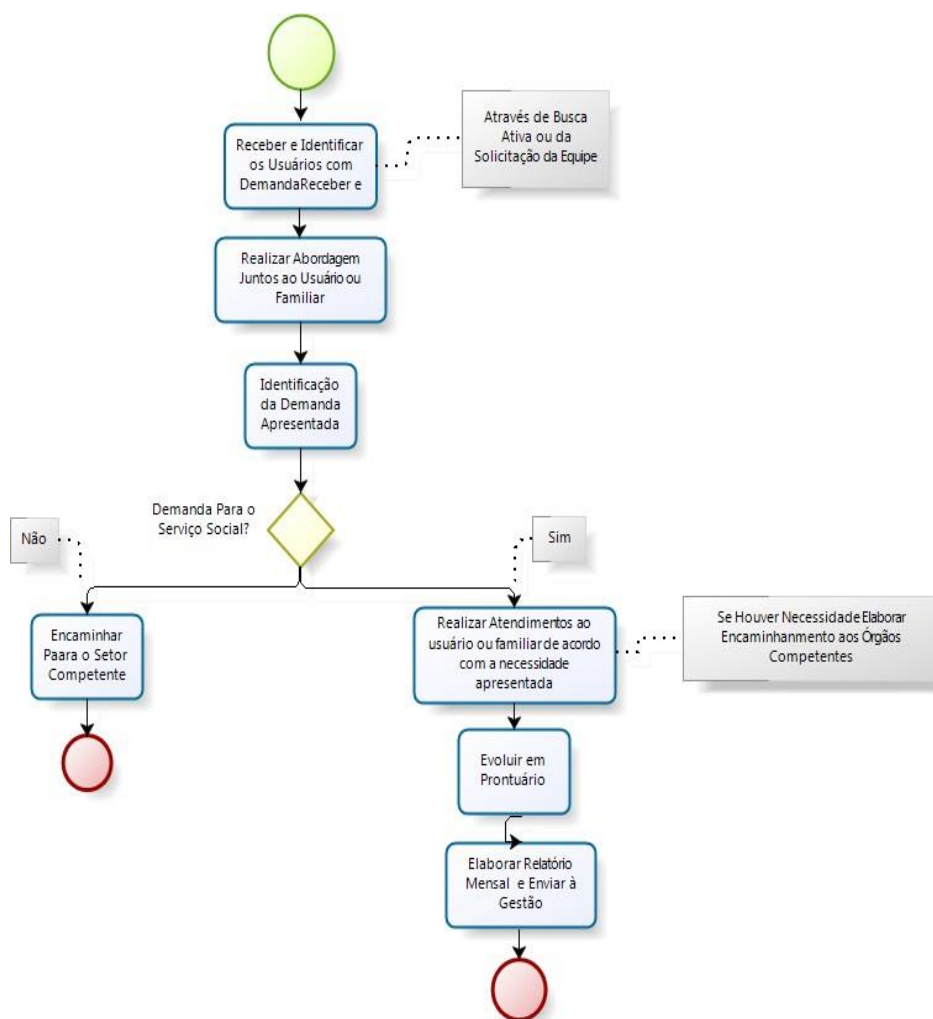
442

**Missão:** Realizar acolhimento/atendimento a usuários e acompanhantes, com o objetivo de orientar e garantir os seus direitos.

**Abrangência:** Compete ao Serviço Social atuar nas seguintes áreas: Transferência e Referência, Registro de Nascimento, Encaminhamento do Usuário a Rede de Serviços, Atendimento a Todo Tipo de Agressão, Acompanhamento e Visita aos Leitos, Acompanhamento a Óbitos.

### **ATRIBUIÇÕES:**

- marcação de consultas e exames;
- solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;
- emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social.
- montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órgãos, próteses e meios auxiliares de locomoção) bem como a dispensação destes.



#### DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES:

- 1) **Transferência e Referência:** Monitorar todo o processo de Transferência inter-hospitalar e referência do usuário internado do COMPLEXO HPSZN.
- 2) **Registro de Nascimento:** Garantir que toda e qualquer pessoa que tenha nascido possa ter seu direito e acesso a cidadania garantido através do principal documento de uma pessoa, o Registro de Nascimento.
- 3) **Encaminhamento do Usuário a Rede de Serviços:** Encaminhar o usuário ao serviço prescrito na Folha de Encaminhamento Social, fazendo com que este possa ter pleno acesso à rede de serviços disponível.
- 4) **Atendimento a todo tipo de agressão:** Atender o usuário que foi vítima de todo e qualquer tipo de violência, haja vista que a integridade, a moralidade e a dignidade devem ser respeitadas e preservadas, sendo assim faz-se necessário uma intervenção complexa e objetiva.
- 5) **Acompanhamento e Visita aos Leitos:** Descrever o formar que os usuários serão entrevistados, onde serão extraídas informações que poderão diminuir sua permanência nas dependências do COMPLEXO HPSZN. Através de uma



acolhida humanizada, a qual é fundamental para estabelecer uma boa relação e assim os usuários e acompanhantes serem atendidos com dignidade e ter o seu direito de cidadão garantido.

- 6) **Acompanhamento a Óbitos:** Acompanhar e orientar familiares acerca da retirada do usuário que evoluiu a óbito, onde os familiares desse paciente não têm condições financeiras de arcar com tal despesa (funerária).
- 7) **Protocolo de Identificação:** Atuação junto a usuários/pacientes que chegam do COMPLEXO HPSZN sem documentos de identificação, auxiliando assim no protocolo de segurança do paciente, pois é feita contato com possíveis familiares, postos de saúde, unidades de bairro e outros órgãos local de referência, afim de conseguir que o documento legal de identificação possa ser trazido para o COMPLEXO HPSZN e assim garantir o cadastro seguro.

#### INDICADORES DE DESEMPENHO:

Número de Atendimento em Sala

Ausência de Documentação Pessoal de Usuários Internos

Tratamento Fora de Domicílio – TFD

TFD Clínica Integrada

TFD UTI Adulto

TFD UTI Pediátrica

TFD UTI Neonatal

TFD Triagem

444

#### Horário de funcionamento

No HPSZN o serviço será mantido 24 horas/dia nos serviços de Urgências e Emergências, e Internação. No serviço Ambulatorial em 03 (três) turnos nos horários de 07h00 às 11h00, 11h00 às 15h00 e de 15h00 às 19h00.

Na UPA Campos Salles o serviço será da 07:00 às 19:00

#### Dimensionamento De Pessoal

HPSZN	Regime de Contratação	CARGA HORÁRIA/MÊS	CEDIDOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL
ASSISTENTE SOCIAL - AMBULATORIO	CLT	150		2	2
ASSISTENTE SOCIAL - HUMANIZAÇÃO	CLT	150		4	4
ASSISTENTE SOCIAL - INTERNAÇÃO	CLT	150		2	2
ASSISTENTE SOCIAL - PRONTO SOCORRO	CLT	150		6	6
ASSISTENTE SOCIAL - SUPERVISOR	CLT	220		1	1

UPA CAMPOS SALLES	Regime	CARGA HORÁRIA/MÊS	CEDIDOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL
ASSISTENTE SOCIAL	CLT / CEDIDO	150	2	3	5



## **6.6.2 - NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS DEFINIDAS, AS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA.**

### **Diretoria Geral Do Hospital**

É a autoridade funcional do Hospital, responsável pelo cumprimento das obrigações e metas previamente definidos em contrato, bem como pela implantação das diretrizes e políticas de gestão do hospital. Compete à Diretoria Geral cumprir e fazer cumprir o Manual de Gestão do serviço.

### **Horário de funcionamento**

De segunda à sexta feira das 8h às 18h.

### **Dimensionamento De Pessoal**

COLABORADORES	LOCAL	QTDE	CH MÊS	VINCULO
DIRETOR EXECUTIVO	HPSZN	01	220	CLT
DIRETOR APOIO	HPSZN	01	220	CLT
DIRETOR ADMINISTRATIVO FINANCEIRO	HPSZN	01	220	CLT
GERENTE ADMINIST	HPSZN	01	220	CLT
GERENTE DE APOIO	HPSZN	01	220	CLT
GERENTE DE ENFERMAGEM	HPSZN	01	220	CLT
SECRETÁRIA EXECUTIVA	HPSZN	02	220	CLT
DIRETOR TECNICO	HPSZN	01	180	PJ
DIRETOR TECNICO	UPA Campos Salles	01	180	PJ
GERENTE ADMINIST	UPA Campos Salles	01	220	CLT
SECRETÁRIA EXECUTIVA	UPA Campos Salles	01	220	CLT

445

### **Conselho de Administração**

O Conselho de Administração deve ser composto conforme Art. 7º do Decreto nº 1645-R de 27/03/2006 que regulamenta a Lei Complementar nº 158, de 01/07/1999 no tocante às Organizações Sociais. O Dirigente máximo da entidade deve participar das reuniões do Conselho, sem direito a voto.

O Conselho deve reunir-se ordinariamente, no mínimo, três vezes a cada ano e extraordinariamente, a qualquer tempo.

### **Diretorias do Hospital, Assessorias e Comissões**

#### **Diretoria Geral Do Hospital**

Cumprir e Executar todas as determinações do Manual de Gestão Hospitalar, as Políticas Sociais, Econômicas, Financeiras, Gestão de Pessoas e Gestão da Qualidade do Hospital. A Diretoria Geral deve fazer com que o Hospital execute seus trabalhos sempre visando o atendimento das exigências dispostas no Contrato de Gestão, assim como as legislações pertinentes a atividade hospitalar.

#### **Áreas em que estão subordinadas a sua diretoria**

- **Qualidade**

A Assessoria da Qualidade deve interagir com as diversas áreas e categorias do Hospital, visando ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços

prestados pelo Hospital, baseado em padrões de qualidade determinados pelo Sistema Brasileiro de Acreditação Hospitalar – ONA.

- **Serviço do Núcleo de Educação Permanente**

Este Serviço deve interagir com as diversas áreas e categorias do Hospital, visando à educação permanente que está subordinada diretamente a Direção Geral, obedecendo sempre ao preconizado pelo instrumento máximo desta instituição, o Manual de Gestão. É o serviço que busca experiências educativas no local de trabalho, de forma contínua e planejada na busca do aprimoramento do colaborador, desde o recrutamento até o desligamento do mesmo.

- **Terapia Ocupacional**

O serviço de Terapia Ocupacional é responsável pelo desenvolvimento de atividades lúdicas junto à brinquedoteca, atuando também na promoção de ações que visam à reabilitação dos usuários, assim como estimulando a independência dos mesmos. Outro propósito é de minimizar o impacto da hospitalização no dia a dia do usuário.

- **Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU**

Serviço subordinado diretamente à Diretoria Geral, sendo responsável pela captação de informações dos usuários sobre os serviços prestados pelo Hospital. O SAU deve estabelecer um contato intenso com os usuários, abrindo espaço para que os mesmos realizem reclamações e sugestões, para que diante destes relatos os responsáveis possam tomar medidas corretivas, almejando sempre atender as necessidades do cliente/usuário.

446

#### **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.

#### **Áreas em que estão subordinadas a sua diretoria**

- **Setor de Recrutamento e Seleção**

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Sua participação e a aplicação está diretamente ligada ao recrutamento e seleção de pessoas, considerando sempre as necessidades organizacionais para captação de profissionais com competências mais adequadas ao exercício de determinada função no Hospital.

- **Setor de Departamento de Pessoal**

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Cuida exclusivamente das admissões, do pagamento e das demissões da mão-de-obra do Hospital, de acordo com a legislação trabalhista vigente.

- **Setor Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina de Trabalho (SESMT)**

Este setor tem a finalidade de promover saúde e segurança ao colaborador no local de trabalho, realizando um monitoramento contínuo sobre as condições e de como são desenvolvidas as atividades, podendo assim aplicar medidas de proteção aos colaboradores. Terá como responsáveis profissionais devidamente qualificados, subordinados diretamente a Gestão de Pessoas, seguindo Normativas Regulamentadoras pertinentes ao setor.

- **Setor Financeiro**

Este serviço terá como responsável profissional qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. É responsável pela administração de recursos financeiros que tem por objetivo maximizar o valor da instituição e contribuir para a sua continuidade.

- **Setor Contabilidade e Custos**

Este setor terá como responsável profissional contabilista qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Responsável por todas as movimentações possíveis de mensuração monetária e por todos os coeficientes de rateio dos serviços, setores e produtos comuns a todo Hospital, que registrados contabilmente, em seguida, em forma de relatórios (demonstrações financeiras), demonstrarão o resultado econômico decorrente da gestão da riqueza patrimonial, subsidiando os gestores com informações úteis.

- **Serviço de Coordenação de Logística**

Este serviço terá como responsável profissional qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Coordenará todos os materiais que são entendidos como o conjunto de recursos não-humanos e não-financeiros, que engloba, portanto, materiais de consumo, matérias-primas, medicamentos, gêneros alimentícios, oxigênio, materiais importados, produtos em trânsito, produtos em processos, produtos acabados, materiais auxiliares, consignações e até ativos fixos, envolvendo assim todos os recursos patrimoniais conforme processo monitorado pela Central de Suprimentos.

- **Setor de Compras**

Este setor terá como responsável profissional qualificado, diretamente subordinado a Coordenação de Logística, estruturado em quantas unidades forem necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Este setor é responsável por todas as compras realizadas pela instituição, trabalhando parceria com a Central de Compras da INDSH. O setor de Compras deve desenvolver suas atividades acompanhando instruções de trabalho e a lista de padronização elaborada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, adotando a metodologia da curva ABC, além de aplicar critérios de qualificação dos fornecedores, visando sempre à aquisição do produto mais adequado, com o menor preço.

- **Setor de Almoxarifado**

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Coordenação de Logística, estruturado em quantas

unidades forem necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. O Almoxarifado tem a função de conferir a coerência e integridade de todos os suprimentos adquiridos pelo Hospital, assim como exercer o correto armazenamento, conforme legislações pertinentes, e dispensar os mesmos de forma eficaz. O Almoxarifado deve manter um contado direto com o setor de compras para a contínua troca de informações, visando garantir o correto abastecimento do Hospital, assim como avaliar o desempenho dos fornecedores.

- **Setor de Farmácia**

Este setor terá como responsável profissional farmacêutico qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado em quantas unidades forem necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Atuará como um importante centro de distribuição e controle de medicações, bem como a prevenção e acompanhamentos de reações adversas com interação expressa com o corpo clínico do Hospital e SCIH/CCIH, adotando mecanismos que garantam a rastreabilidade e integridade dos mesmos, além de atender a demanda dos serviços assistenciais em tempo hábil.

- **Setor de Documentações, Contratos e Comissões**

O setor de documentações é subordinado à diretoria Administrativa Financeira, devendo auxiliar a diretoria em seus propósitos conforme solicitações, bem como gerenciar documentações legais e contratos da Instituição.

- **Setor do Faturamento**

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado para a plena consecução dos objetivos do Hospital, sua participação e a aplicação dos objetivos e metas a ser alcançadas é de extrema relevância no dia a dia do Hospital. O Faturamento é responsável pelo processamento das faturas do hospital, tendo a finalidade de realizar o mapeamento e a consolidação das planilhas de produção para convertê-las em receitas, sob os valores da Tabela Unificada SUS.

448

### **Diretoria de apoio e SADT**

Administrar os serviços diretamente subordinados a sua Diretoria, assegurando a regularidade de seu funcionamento, obedecendo todos os termos do Manual de Gestão, contratos vigentes e demais normas e instruções formais de trabalho. Manter a qualidade dos serviços de apoio constitui em importante condição para a prevenção e controle de infecção hospitalar, considerando a infra-estrutura, em relação ao atendimento dos pré-requisitos para o controle de infecção hospitalar.

### **Áreas em que estão subordinada a sua diretoria**

- **Serviço de Gerência de Manutenção**

Este setor terá como responsável profissional devidamente habilitado, subordinado diretamente a Diretoria de Apoio e SADT, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital, sua participação e a aplicação dos objetivos e metas a ser alcançadas é de extrema relevância no dia a dia do Hospital. Responsável pela conservação de todos os equipamentos eletromecânicos, por meio de manutenções preventivas e corretivas, bem como garantir que a estrutura física

do hospital permaneça em perfeitas condições. Este setor deve interagir intensamente com o SCIH para a normatização de determinadas ações, conforme exigido pela ANVISA, assim como ao SESMT e SCIH/CCIH, visando trazer segurança aos colaboradores, durante os trabalhos em situações de risco.

- **Serviço de Coordenação em Nutrição e Dietética**

Este setor terá como responsável profissional Nutricionista devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria de Apoio e SADT, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Responsável por avaliar e efetuar tratamento nutricional dos usuários do Hospital, em parceria com a equipe clínica, produzindo refeições e dietas e prescrevendo nutrientes para a melhor recuperação do usuário.

- **Serviço de Coordenação em Higienização/Limpeza e Processamento de Roupas**

Este serviço terá como responsável profissional qualificado, subordinado diretamente a Diretoria de Apoio e SADT, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Primará por uma gestão participativa, exercendo liderança com competência, ética e humanização.

- **Setor de Processamento de Roupas**

Setor subordinado diretamente a Coordenação de Higienização e Limpeza e Processamento de Roupas, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital, responsável coleta, pelo processamento de lavagem, abastecimento às unidades, pelo bom uso do enxoval e controle de baixas para utilização segura e eficaz do mesmo, interagindo sempre com as orientações do SCIH quanto à utilização de produtos de lavagem e a realização de emendas e costuras do sítio cirúrgico e demais recomendações.

- **Setor de Higiene e Limpeza**

Setor subordinado diretamente a Coordenação de Higienização e Limpeza e Processamento de Roupas, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Responsável por primar pelo processamento de limpeza, pelo bom uso dos equipamentos e materiais, interagindo sempre com as orientações do SCIH quanto à utilização de produtos de limpeza. Manter a limpeza é um dos elementos primários e eficazes nas medidas de controle para romper a cadeia epidemiológica das infecções, pois está diretamente ligada à remoção da sujidade e contaminação dos artigos e das superfícies do hospital.

- **Serviço Psicossocial**

Serviço subordinado diretamente a Diretoria de Apoio e SADT, é formado por profissionais Psicólogos e Assistentes Sociais devidamente habilitados, destinados a prestar assistência psicológica e social a usuários do hospital, em uma abordagem educativa, respeitando os princípios éticos e técnicos da profissão é premissa básica deste serviço. Deve acompanhar e organizar os TFD's -Tratamento Fora Domicílio providenciando transporte, entre outras ações que visam o bem-estar dos mesmos conforme disposto em legislações pertinentes, onde suas atividades possuem participação fundamental na satisfação do usuário.

- **Serviço de Diagnóstico por Imagem**  
Serviço subordinado diretamente à Diretoria de Apoio e SADT, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital, formado por profissionais devidamente habilitados, este serviço é composto de Radiologia, Ultra-sonografia, Tomografia, Endoscopia, Mamografia e Densitometria óssea, devendo o responsável do setor, monitorar a realização dos exames, assim como buscar alternativas que viabilizem, legalmente, o cumprimento da demanda pré-estabelecida. Seus trabalhos devem ser realizados mediante solicitação de exames internos, bem como o atendimento dos usuários referenciados pela Central Regional de Regulação.
- **Serviço de Métodos Gráficos**  
Serviço subordinado diretamente à Diretoria de Apoio e SADT, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital, formado por profissionais devidamente habilitados, este serviço é composto de Holter, Mapa, Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma e Ergometria, devendo o responsável do setor, monitorar a realização dos exames, assim como buscar alternativas que viabilizem, legalmente, o cumprimento da demanda pré-estabelecida. Seus trabalhos devem ser realizados mediante solicitação de exames internos, bem como o atendimento dos usuários referenciados pela Central Regional de Regulação.
- **Setor de Laboratório de Análises Clínicas**  
Este Serviço responderá diretamente à Diretoria de Apoio e SADT, sendo responsável pela coleta, processamento e emissão de exames a usuários internos e externos. O Laboratório deve desenvolver seus trabalhos em busca do atendimento das metas pré-estabelecidas no Contrato de Gestão, seguindo legislações e interações de processo pertinentes ao setor, de forma a garantir a qualidade dos serviços prestados. O serviço do Laboratório é terceirizado, celebrado por contrato entre pessoas jurídicas, registrado em cartório, em que fique garantido ao Hospital o direito à fiscalização dos trabalhos.
- **Serviço de Fisioterapia**  
Este serviço terá como responsável profissional fisioterapeuta devidamente habilitado, subordinado diretamente a Diretoria de Apoio e SADT, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital, sendo este serviço responsável pela reabilitação de usuários internos, devendo executar seus trabalhos mediante a demanda de pedidos realizados pelo HOSPITAL.
- **Setor de Agência Transfusional**  
Este serviço terá como responsável profissional Médico ou Bioquímico, que responderá diretamente a Diretoria de Apoio e SADT. Estruturado em quantas unidades quantas necessárias, para a plena consecução dos objetivos do Hospital, sendo este serviço responsável pela guarda adequada dos componentes hemoterápicos e pelo monitoramento da prática hemoterápica destinados a usuários internos, devendo executar seus trabalhos mediante a demanda de pedidos realizados pelo HOSPITAL.
- **Setor de Hemodiálise**  
Serviço subordinado diretamente a Diretoria de Apoio e SADT, destinado a usuários portadores de doença renal crônica, tendo como responsável técnico, profissional médico nefrologista residindo no mesmo município, conforme



exigido pela RDC n154. Todos os usuários devem ser referenciados pela Central Regional de Regulação e os serviços deverão ser realizados seguindo padrões estabelecidos em instruções de trabalho e legislações pertinentes ao setor.

- **Serviço de Gerência de Apoio**

Este serviço terá como responsável profissional qualificado, subordinado diretamente a Diretoria de Apoio e SADT, estruturado em quantas unidades necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Coordenará os serviços de Tecnologia da Informação, Serviço de Prontuário do Usuário, Recepções, Telefonia, Expediente, Segurança Patrimonial e Serviço Administrativo da Imagem e Métodos Gráficos.

- **Setor de Tecnologia da Informação**

Este serviço terá como responsável profissional qualificado, subordinado diretamente a Diretoria de Apoio e SADT, responsável pela gestão tecnológica da Instituição. Instrumentará como fonte de informações sobre os indicadores do hospital, fornecendo dados importantes sobre a Instituição e apoiando o processo decisório e estratégico da gestão de apoio.

- **Recepções e Telefonia**

Este setor é responsável por todo serviço de recepção do Hospital, onde se caracteriza por desenvolver, abrir a documentação necessária e passar informações direcionando corretamente os clientes internos e externos de forma que o cliente se sinta acolhido e com suas dúvidas esclarecidas, bem como estabelece um contato contínuo com a Central de Regional de Regulação, gerenciando o agendamento de consultas, exames e transferência de usuários. Seu trabalho está diretamente subordinado à Gerência de Apoio, tendo participação ativa na satisfação do usuário, pelo fato de exercer o primeiro contato sobre os mesmos, proporcionando-os um atendimento humanizado.

- **Serviço de Prontuário do Usuário e Estatística**

Setor diretamente subordinado a Gerência de Apoio, caracteriza-se por desenvolver metodologia que assegure o fluxo e guarda do prontuário do usuário, conforme legislações e normativas preconizadas, além de elaborar o Plano Estatístico do Hospital, descrevendo em números todas as movimentações e volume de serviços realizados no período.

### **Setor de Expediente**

Setor diretamente subordinado a Gerência de Apoio, responsabiliza-se pelo recebimento, entrega e protocolo de documentos e correspondências, realização de fotocópias e encadernações e serviços de diligências externas ao ambiente hospitalar.

### **Setor de Segurança Patrimonial**

Este serviço terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria de Apoio e SADT, estruturado em quantas unidades forem necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. É responsável por todos os controles de inclusão, transferência e baixa dos bens patrimoniais próprios e do Estado, pela vigilância e segurança deste patrimônio bem como da garantia da integridade física de colaboradores e usuários quando nas dependências do hospital.



## **Diretoria de enfermagem**

A Diretoria de Enfermagem do Hospital está ligada administrativamente ao Diretor Geral, estruturada em tantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital, e responsável direto de Comissões direcionadas a melhoria contínua da assistência. É responsável por administrar os Serviços de Enfermagem do Hospital, assegurando a regularidade do seu funcionamento nas 24hs, seguindo os critérios do Manual de Gestão e garantindo assistência ao usuário/cliente de forma eficiente e eficaz em todos os serviços do Hospital.

- **Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas**

Esta comissão deve ser designada pela Diretoria Enfermagem e devem ser considerados membros natos dessa Comissão representante indicado pela: Diretoria Clínica, Representante SCIH, Enfermagem UTI, Prontos Socorro, Clínica Médica, Gestão de Suprimentos e Representante da Comissão de Humanização, bem como, outros profissionais que se fizerem necessários.

- **Comissão de Ética de Enfermagem**

Esta comissão deve ser designada pela Diretoria de Enfermagem, tendo como membros profissionais que representem todas as categorias existentes na área de enfermagem do Hospital. Esta comissão tem por objetivo discutir questões referentes à assistência de enfermagem à luz dos conceitos do Código de Ética de Enfermagem, onde suas competências estarão descritas na Ata de Abertura do livro Ata.

- **Auditoria de Enfermagem**

A Auditoria de Enfermagem tem o papel de identificar problemas com preenchimento dos prontuários, assim como buscar medidas para solucioná-los. Este serviço deve ser composto por enfermeiro e equipe devidamente habilitada e capacitada vinculados ao processo de revisão de prontuários, contando ainda com o apoio da Comissão de Prontuários.

- **Coordenação do Serviço de Enfermagem de Transplante**

Este serviço terá como responsável profissional Enfermeiro devidamente habilitado. A Coordenação responderá pelas atividades de enfermagem do serviço de transplante, devendo desenvolver seus trabalhos visando o melhor desempenho possível de toda equipe de enfermagem disposta nas Unidades de Internação, acompanhando o desempenho dos colaboradores, além de garantir abastecimento das unidades e boas condições dos equipamentos e da área física, visando um atendimento com qualidade e segurança ao usuário.

- **Coordenação de Enfermagem**

Este serviço terá como responsável profissional Enfermeiro devidamente habilitado, subordinado diretamente à Diretoria de Enfermagem. A Coordenação responderá pelas atividades de enfermagem das unidades de SADT, internação, pronto atendimento, ambulatório, bloco cirúrgico e unidades de terapia intensiva, devendo desenvolver seus trabalhos visando o melhor desempenho possível de toda equipe de enfermagem disposta nas Unidades de Internação, acompanhando o desempenho dos colaboradores, além de garantir abastecimento das unidades e boas condições dos equipamentos e da área física, visando um atendimento com qualidade e segurança ao usuário.

- **Unidades de Internação de Clínica Médica**

Destinada ao atendimento de usuários com idade superior a 18 (dezoito) anos, portadores de patologias crônicas, agudas e clínicas. Nesta unidade são

recebidos usuários referenciados de outros serviços na busca de atendimento de média e alta complexidade, especificamente em tratamentos não-cirúrgicos, visando à recuperação e reabilitação da saúde. Esta unidade está diretamente subordinada à Coordenação de Enfermagem.

- **Unidades de Internação Clínica Cirúrgica**

Destinada ao atendimento de usuários portadores de necessidades cirúrgicas compatíveis com o perfil do Hospital. São recebidos nessas unidades, usuários referenciados de outros serviços na busca de atendimento de média e alta complexidade, especificamente pós-operatórios, visando à recuperação e reabilitação da saúde. Esta unidade está diretamente subordinada à Coordenação de Enfermagem.

- **Clínica Pediátrica**

Destinada ao atendimento de usuários entre 29 (vinte e nove) dias e 13 (treze) anos portadores de patologias crônicas, agudas, clínicas e pós-operatórias. Nesta unidade são recebidos usuários referenciados de outros serviços na busca de atendimento de média e alta complexidade, visando à recuperação e reabilitação da saúde. Esta unidade está diretamente subordinada à Coordenação de Enfermagem.

- **Clínica Ginecológica**

Destinada ao atendimento de usuários parturientes em gestação de alto risco e pós-cirúrgicos compatíveis com o perfil do hospital. São recebidos nessas unidades, usuários referenciados de outros serviços na busca de atendimento de média e alta complexidade, especificamente pós-operatórios, visando à recuperação e reabilitação da saúde. Esta unidade está diretamente subordinada à Coordenação de Enfermagem.

453

- **Unidades Terapia Intensiva**

São unidades especializadas e diferenciadas, destinadas ao atendimento de usuários que necessitam de cuidados intensivos e contínuos de equipe multidisciplinar especializada e capacitada. São recebidos nessas unidades, usuários referenciados de outros serviços na busca de atendimento de média e alta complexidade, que buscam recuperação e reabilitação da saúde. Esta unidade está diretamente subordinada à Coordenação de Enfermagem.

- **Centro Cirúrgico**

Serviço destinado a realização de cirurgias de média e alta complexidade a usuários referenciados pela Central Regional de Regulação, bem como aos encaminhados pelas unidades internas do hospital. Este setor deve funcionar 24 horas/dia, dispondo de médico cirurgião, anestesista e enfermeiro durante todo período de funcionamento, de forma a atender às cirurgias programadas, assim como as de urgência, seguindo legislações pertinentes. Esta unidade está diretamente subordinada à Coordenação de Enfermagem.

- **Central de Material e Esterilização (serviço realizado pela Abengoa)**

Serviço responsável pela coleta, limpeza, desinfecção/esterilização e distribuição de todos os materiais e instrumentais cirúrgicos utilizados pelas unidades do Hospital. Este setor deve manter contato contínuo com o SCIH, assim como cumprir legislações e instruções de trabalho pertinentes, de forma a garantir esterilização dos materiais. Esta unidade está diretamente subordinada à Coordenação de Enfermagem.

- **Ambulatório**  
É o serviço destinado ao atendimento de consultas de especialidades médicas diversas, de referência e contra referência. São recebidos nessas unidades, usuários referenciados pela Central Regional de Regulação, na busca de atendimento de média e alta complexidade, que buscam recuperação e reabilitação da saúde. Esta unidade está diretamente subordinada à Coordenação de Enfermagem.
- **Pronto Atendimento**  
É o serviço destinado ao atendimento de usuários referenciados pela Central Regional de Regulação, que necessitem de atenção imediata de média e alta complexidade, sendo também responsável pela admissão dos usuários à internação, devendo haver equipe formada por profissionais habilitados para atendimentos de urgência e emergência. Esta unidade está diretamente subordinada à Coordenação de Enfermagem.
- **Serviço Auxiliar de Diagnóstico por Imagem**  
Este serviço deve desenvolver seus trabalhos visando o melhor desempenho possível de toda equipe de enfermagem disposta nesta unidade, acompanhando o desempenho dos colaboradores, além de garantir abastecimento da unidade e boas condições dos equipamentos e da área física, visando um atendimento com qualidade e segurança ao usuário. Esta unidade está diretamente subordinada à Coordenação de Enfermagem.

#### **Diretoria Técnica**

Cabe ao Diretor Técnico administrar os Serviços Médicos do Hospital, assegurando a regularidade do seu funcionamento nas 24hs, seguindo os critérios do Manual de Gestão e garantindo assistência ao usuário de forma eficiente e eficaz em todos os serviços do Hospital, seguindo os preceitos do CFM, sendo suas atribuições definidas em Regimento do Corpo Clínico.

454

A Direção Geral indicará e contratará um médico para ser o Diretor Técnico Médico da instituição, cargo remunerado, que administrará os serviços médicos.

O Diretor Clínico é o representante do Corpo Clínico junto à Diretoria do Hospital e propugnará pelo aperfeiçoamento pessoal e profissional de seus membros, bem como pelo cumprimento das disposições do CRM, da legislação pertinente.

#### **Comissão de Ética Médica**

O Corpo Clínico constituirá uma comissão de ética médica, nos termos da resolução CFM-CRM, estando suas atribuições definidas no Regimento do Corpo Clínico.

#### **Corpo Clínico**

O Corpo Clínico do Hospital é fechado constituído por médicos e Buco Maxilos credenciados a desenvolverem atividades profissionais no âmbito do Hospital.

### **6.6.3 - INSTRUÇÃO NORMATIVA PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS (LICITAÇÃO), OBSERVADAS AS FASES DE CONSTRUÇÃO DE BANCO DE DADOS E FORNECEDORES, CONSULTAS DE PREÇOS, AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO NAS UNIDADES DE SERVIÇO NO PRONTO SOCORRO.**

O INDSH preconiza que qualquer contratação de serviços ou aquisição de bens sejam conforme seu **REGULAMENTO INSTITUCIONAL DE COMPRAS, CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS E AQUISIÇÃO DE BENS COM EMPREGO DE RECURSOS PROVENIENTES DO PODER PÚBLICO.**

Por ser uma Organização Social, não realiza compras através de licitação, e sim pelo seu regulamento interno devidamente inserido no item 6.6.5 Termo de Referência para a contratação de Terceiros.

Utiliza a ferramenta de compra Bionexo, que consulta preços nacionalmente, e consegue cotações diversas, sendo a rentabilidade e economicidade garantida pelo volume de compras global feitas pelo INDSH mensalmente.

Descreveremos abaixo os procedimentos e rotinas do setor:

#### **AQUISIÇÃO DE MATERIAS E MEDICAMENTOS**

**Quando forem compras programadas:**

- **Receber Solicitação** – Receber a Solicitação de Compra no sistema conferindo se os itens não fazem parte dos grupos atendidos pela central de Compras e se todas as especificações do(s) item(ns) solicitadas estão devidamente informadas, após esta análise liberar ao comprador responsável.
- **Fazer contato com Fornecedor (es)** – Entrar em contato com Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando da necessidade do Hospital, solicitando o envio de uma proposta para fornecimento.
- **Receber proposta** - Receber a proposta e orçamentos do Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis.
- **Analisar propostas** - Analisar as informações enviadas pelo Fornecedor, se o produto cotado está correto, se a quantidade solicitada está correta e compara se o preço informado é igual ao da última compra.
- **Emitir Ordem de Compra** - Emitir Ordem de Compra com todas as informações acordadas com o Fornecedor, e anexar a esta todos os documentos relativos ao processo de compra: Solicitação de Compra, Orçamentos, e todo e qualquer outro documento que se relaciona ao processo.
- **Analisar e Aprovar as Ordens de Compra** – 1) Coordenador Compras; 2) Dir. Apoio; 3) Dir. Financeiro.
- **Confirmar a aquisição** - Entrar em contato com Fornecedor informando os itens a serem adquiridos, dentro das condições acertadas nas cotações e orçamentos, identificando o número da Ordem de Compra a que se refere a aquisição, enviando uma cópia da OC para o Fornecedor.
- **Controlar Processo** - Arquivar todo o processo de aquisição, junto com uma cópia da OC em arquivo no Setor de Compras.
- **Encaminhar ao Setor de Recebimento** - Entregar no Setor de Recebimento a OC. e Ficha de Inspeção.
- **Verificar conclusão do processo de Compra** - Receber, todo o dia pela manhã, encaminhado pelo responsável do setor de Recebimento, Ficha de Inspeção e as Ordens de Compra que estiverem com o prazo de entrega vencido, e entrar em contato com os Fornecedores para regularizar a situação.

### Compras de consumo direto/estoque:

- **Receber Solicitação via Sistema** - Receber a Solicitação de Compra, verificando se todas as especificações do (s) item (ns) solicitadas estão devidamente informadas.
- **Definir prioridade da Solicitação e Liberar no sistema ao comprador Responsável pelo grupo** - Definir com o Comprador a prioridade de atendimento da Solicitação dentro da rotina diária dos pedidos.
- **Contatar Fornecedor (es)** - Entrar em contato com fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando da necessidade do Hospital, (produto, marca, quantidade, preço, prazo de pagamento, e prazo de entrega) e solicitando o envio de uma proposta para fornecimento. Este contato será realizado nas seguintes condições:
  - Até R\$200,00, não é necessária a formalização de nenhuma cotação de preços, sendo o comprador autorizado a fazer a aquisição de forma direta.
  - De R\$200,01 até R\$999,99 é necessário documentar através de uma cotação de preços, com no mínimo 3 fornecedores, para que o comprador efetue a aquisição.
  - De R\$1.000,00 em diante é necessário anexar ao processo de compras além da cotação de preços, os orçamentos enviados pelos fornecedores para documentar o processo.
- I. Nos casos de urgência, devidamente documentados no documento de Solicitação de Compras, pelo responsável pela solicitação, o comprador estará dispensado de formalizar a compra através de cotação ou orçamentos.
- **Receber propostas** - Receber as propostas e orçamentos dos fornecedores, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, inserindo as informações no Mapa de Cotação.
- **Analisar propostas** - Analisar as informações enviadas pelos fornecedores, escolhendo a melhor proposta, levando em conta preço, prazo de entrega e prazo de pagamento.
- **Confirmar a aquisição** - Entrar em contato com Fornecedor informando os itens a serem adquiridos, dentro das condições acertadas nas cotações e orçamentos, identificando o número da Ordem de Compra a que se refere a aquisição.
- **Emitir a Ordem de Compra** - Emitir Ordem de Compra com todas as informações acordadas com o Fornecedor, e anexar a este todos os documentos relativos ao processo de compra: Solicitação de Compra, Mapa de Cotação, Orçamentos, e todo e qualquer outro documento que se relaciona ao processo.
- **Aprovar Ordem de Compra** – Analisar e aprovar a Ordem de Compra, o processo de compra e a sua documentação. 1) Coordenador de Compras; 2) Diretor de Apoio.
- **Encaminhar ao Setor de Recebimento (Farmácia e Almoxarifado)** - Arquivar no Setor de Recebimento (Farmácia, SND, Eng.º Clínica e Hospitalar ou Almoxarifado) a Ordem de Compra, no arquivo de Ordem de Compras do Setor, arquivando as mesmas por data de recebimento.
- **Verificar conclusão do processo de Compra** - Verificar, todo o dia pela manhã, a existência de Ordens de Compra que estiverem com o prazo de entrega vencido, e entrar em contato com os Fornecedores para regularizar a situação.

### Compra de órteses, próteses e materiais

- **Solicitar novos materiais** - Sempre quando há necessidade de novos materiais para procedimentos, o cirurgião deve entrar em contato com a coordenadora do Centro Cirúrgico, a mesma deverá fazer uma solicitação por escrito com a descrição dos materiais que serão usados no procedimento e entregar ao setor de Compras/Consignados para providencias junto a Central de Compras e Fornecedores.



**Nota:** Nos casos em que for necessário o uso de OPMs em procedimentos cirúrgicos, deverá ser fornecido pelo Setor de Consignados do Hospital, ficando terminantemente proibido ao Cirurgião, paciente internado ou aos seus familiares a compra de órtese, prótese, medicamentos e materiais cirúrgicos necessários ao seu tratamento, bem como a cobrança de qualquer valor financeiro para atendimento, uma vez que o hospital é uma instituição pública de atendimento e gratuito.

- **Entrar em contato com a Central de Compras** - Após receber a solicitação de compra autorizada pelo Diretor de Apoio, o Coordenador de Compras deverá entrar em contato com a Central de Compras, que irá negociar o menor preço (de preferência os que estão de acordo com a tabela SUS). Depois de fechada a negociação informará ao setor de compras do hospital a empresa que irá fornecer os materiais, bem como prazo de entrega.
- **Realizar previsão de Material** - De acordo com o aviso de cirurgias, verificar quantidade de material de acordo com cada procedimento. Caso não se tenha material suficiente para o procedimento contatar cirurgião responsável pelo procedimento e repassar ao mesmo o material disponível. Se não houver material suficiente, o cirurgião deverá informar se vai haver a cirurgia ou não
- **Conferir o material antes e após as cirurgias** - Antes de o Cirurgião abrir a caixa, verificar na etiqueta preenchida pelo CME os materiais que foram entregues. Em caso de divergência entrar em contato com a Coordenação do setor e ao término do procedimento, conferir os materiais com base na descrição dos médicos.
- **Solicitar Reposição de OPM** - Verificar no sistema de controle o estoque atual, colocar o que tem e o que falta em cada caixa, quando uma delas é usada, conferir tudo o que tem dentro e se basear de acordo com as informações contidas nessa pasta e, automaticamente o que está faltando nessa análise é o que foi usado no procedimento. Após conferir os materiais que faltam nas caixas, preencher por completo o pedido de acordo com a empresa fornecedora, pegar a assinatura e o carimbo do cirurgião responsável pelo procedimento que usou a OPM e logo em seguida enviá-lo por fax.
- **Receber Reposição de OPM** - Após receber o material, conferir se realmente bate com a quantidade discriminada e se o valor de cada item está de acordo com a tabela SUS. Verificar se está identificado com o nome do paciente que usou o material e a data da cirurgia, número série, lote juntamente com o nome do médico e enviar para o CME.
- **Preparar processo de compra para pagamentos das Notas Fiscais** - Fazer o processo da ordem de compra, com a discriminação dos materiais, bem como seus valores, nome do paciente, da empresa que irá fornecer, nº do pedido, data da cirurgia, e nome do médico que realizou o procedimento, além da assinatura do comprador do material, do coordenador de compra e do Diretor Financeiro, e por fim, enviar a 1ª via à contabilidade, e a 2ª via para o faturamento.

#### **Compra de emergência de medicamentos e material médico**

- **Receber Solicitação** - Receber a Solicitação de Compra no Sistema verificando se todas as especificações do(s) item(s) solicitadas estão devidamente informadas, após esta análise liberar ao comprador responsável.
- **Fazer contato com Fornecedores local** - Entrar em Contato com Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando a necessidade do Hospital.
- **Fazer contato com Hospital local (Parceiros)** - Entrar em contato com Diretor e/ou Responsável por suprimentos e/ou Farmácia dos Hospitais parceiros.
- **Efetuar a Compra e/ou empréstimo** - Em caso de empréstimo este deverá ser solicitado através Documento de Empréstimo através sistema ou em caso de compras seguir o procedimento esse procedimento no item "COMPRAS PROGRAMADAS".

**Nota:** Quando realizado empréstimo atentar-se para a reposição do produto antes da virada do mês.

## Recebimento E Guarda

### Recebimento de Itens solicitados via hospital:

- **Receber Nota Fiscal e conferir com a Ordem de compra** – O almoxarifado recebe a nota fiscal do fornecedor e confere com a ordem de compras encaminhado anteriormente pelo setor de compras devidamente autorizada e assinada. Nunca receber uma nota fiscal sem a ordem de compra. Qualquer divergência na ordem de compras entrar em contato com o setor de compras para que imediatamente sejam realizadas alterações.
- **Conferir o produto** – O almoxarifado comunica o setor solicitante para realizar a conferência em conjunto, devendo ser observado: volumes entregues verificando o estado da embalagem dos produtos; setores solicitantes conferem os produtos quanto: espécie, quantidade, lote e validade. Após a conferência, assinar o canhoto da Nota Fiscal informando a data e o responsável pelo recebimento e concordando com a entrega. Carimba a Nota Fiscal com o carimbo de Recebimento, informando a data do recebimento, o nome do Colaborador responsável pelo recebimento da NF.
- **Verificar divergências** - Verificar a existência de divergência entre a Ordem de Compra/Pedido de Compra e a Nota Fiscal.
- **Verificar na NF valor inferior ou superior ao constante na Ordem de Compra/Pedido de Compra** - Verificar a existência de divergência de valor na NF em relação a OC/PC. Verificar se a quantidade de produtos constantes na NF e na OC/PC está correta. Sendo as quantidades constantes da NF inferior a da OC/PC, anotar quais os itens e/ou quantidades estão divergentes/faltantes na própria OC/PC, tirar cópia da OC/PC, manter esta cópia com os itens faltantes no arquivo de Ordem de Compra do setor, aguardando a entrega posterior dos itens faltantes. Comunicar esta situação ao Setor de Compras.
- **Classificar os itens da Nota Fiscal** - Carimbar com o carimbo de classificação Contábil, no verso da Nota Fiscal, e classificar conforme os grupos contábeis, os valores dos itens constantes na NF.
- **Registrar e emitir documentos** – O auxiliar administrativo realiza a entrada e emite: relatório de entrada do produto, relatório contábil de entrada de produto e quando necessário o relatório de pendências. Em caso de Nota fiscal de medicamentos da Portaria 344/98 uma cópia deve ser entregue para a farmacêutica para ser arquivada.
- **Enviar o processo a contabilidade** – O auxiliar administrativo do almoxarifado encaminha o processo completo (NF e OC) para a contabilidade, protocolando a entrega. No caso de produtos do setor de almoxarifado serão conferidos e permanecerão na área de recebimento até a realização da entrada e liberação para armazenamento.
- **Arquivar 2ª via NF** - Arquivar por mês a 2ª via da NF em arquivo próprio.
- **Preencher Formulário de Inspeção de Recebimento** - Preencher o Formulário de Inspeção de Recebimento, informando as divergências e não conformidades que ocorreram no processo.

**Armazenar (exceto para itens da farmácia e nutrição)** – Após a liberação do auxiliar administrativo, os materiais e medicamentos do setor de farmácia deverá ser encaminhado para a farmácia e os produtos de nutrição deverão ser enviados para a nutricionista, para todos os demais produtos ao armazenar seguir o armazenamento utilizando a data de vencimento para a organização das prateleiras de forma a facilitar a dispensação.



### Distribuição

- **Receber Requisição** – Receber a requisição de materiais. As requisições serão recebidas diariamente de acordo com cronograma entregue aos setores. Serão recebidas via sistema até às 10:30h e atendidas no mesmo dia. Solicitações feitas após esse horário serão entregues no dia seguinte.
- **Separar os itens para entregar aos Setores** - Separar os itens a serem entregues, conforme a solicitação feita pelos setores do Hospital.
- **Lançar baixa de Requisição de Material no Sistema Informatizado** - Registrar no Sistema Informatizado, a saída/consumo dos itens solicitados pelos setores e entregues pelo Almoxarifado.
- **Entregar produtos nos Setores** - Entregar nos Setores os produtos solicitados no Almoxarifado, acompanhados por uma cópia da Requisição de Materiais para conferência no setor solicitante.
- **Receber e conferir entrega dos produtos** - Receber e conferir, com base na cópia da solicitação os produtos entregues no setor e assinar recebimento.

## 6.6.4 - MANUAL PARA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO HOSPITALARES.

### A padronização dos medicamentos e materiais através da COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS.

A Comissão tem como objetivo recomendar a implantação de políticas de utilização de medicamentos e materiais hospitalares considerando sua avaliação, seleção e emprego terapêutico na UNIDADE, promovendo a adoção dos mesmos critérios científicos, nos quais se baseia a própria produção e controle por órgãos oficiais e por parte dos profissionais de saúde que venham a fazer uso dos mesmos.

Também deve recomendar a implantação dos programas de reciclagem e atualização em temas relacionados com a terapêutica, utilização e seleção de medicamentos e materiais médico-hospitalares.

Terá como objetivos auxiliar na implantação de políticas de utilização de medicamentos e materiais médico-hospitalar, além de avaliar as solicitações de medicamentos e materiais, levando em consideração os critérios de eficiência, relação custo/benefício, e outros fatores envolvidos na utilização dos mesmos, previamente pesquisados e estudados pelos solicitantes e contribuir na a implantação dos programas de reciclagem e atualização em temas relacionados com a terapêutica, utilização e seleção de materiais.

A relação de medicamentos / materiais padronizados primária a ser inserida na Unidade será (Essa relação poderá e deverá ser modificada conforme a necessidade da unidade):

Medicamentos	Unid	Via adm
Acetazolamida 250mg comprimido	Comp	Vo/sng
Acetilcisteína 100mg/ml solução injetável ampola 3 ml	Amp	Im
Aciclovir 250mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Iv
Ácido acetilsalicílico 100mg comprimido	Comp	Vo/sng
Ácido ascórbico 200mg/ml solução oral frasco 20 ml	Fr	Vo/sng
Ácido ascórbico 500mg/5 ml solução injetável ampola 5ml	Amp	Im/iv
Ácido fólico 5mg comprimido	Comp	Vo/sng
Ácido tranexâmico 50mg/ml solução injetável ampola 5ml	Amp	Im/iv
Ácido valproico 250mg comprimido	Comp	Vo/sng
Ácido valproico 250mg/5ml solução oral frasco 100ml	Fr	Vo/sng
Ácidos graxos essenciais frasco 100 ml	Fr	Topico
Adenosina 3mg/ml solução injetável ampola 2ml	Amp	Iv
Água esteril para injeção ampola 10ml	Amp	Iv
Água esteril para injeção bolsa 1000ml	Und	Iv
Água esteril para injeção bolsa 100ml	Und	Iv
Água esteril para injeção bolsa 500ml	Und	Iv
Albendazol 400mg comprimido	Comp	Vo/sng
Albendazol 40mg/ml suspensão oral frasco 10ml	Fr	Vo/sng
Albumina humana 20% 20mg/ml solução injetável frasco 20ml	Fr	Iv
Alfentanila 0,544mg/ml solução injetável ampola 5ml	Amp	Iv
Ambroxol 15mg/5ml xarope pediátrico frasco 120ml	Fr	Vo/sng
Ambroxol 30mg/5ml xarope adulto frasco 120ml	Fr	Vo/sng
Amicacina 100mg/2ml solução injetável ampola 2ml	Amp	Im/iv

460

Amicacina 500mg/2ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Amido hidroxidoetilico+cloreto de sodio 500 ml solucao injet		Vo/sng
Aminofilina 200mg comprimido	Comp	Vo/sng
Aminofilina 24mg/ml solucao injetavel ampola 10ml	Amp	Iv
Amiodarona 200mg comprimido	Comp	Vo/sng
Amiodarona 50mg/ml solucao injetavel ampola 3ml	Amp	Iv
Amitriptilina 25mg comprimido	Comp	Vo/sng
Ampicilina 500mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Anfotericina b 50mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Iv
Anlodipino 5mg comprimido	Comp	Vo/sng
Atenolol 25mg comprimido	Comp	Vo/sng
Atropina 0,25mg/ml solucao injetavel ampola 1ml	Amp	Sc/im/iv
Atropina 0,5% solucao oftalmica frasco 5ml	Fr	Topico
Azatioprina 50mg comprimido	Comp	Vo/sng
Azitromicina 500mg comprimido	Comp	Vo/sng
Bamifilina 300 mg comprimido	Comp	Vo/sng
Benzilpenicilina benzatina 1.200.000 ui po liofilizado		Im/iv
Benzilpenicilina potassica 5.000.000 ui po liofilizado		Im/iv
Betametasona diprop 5mg+fosf dissod betametaz ampola 2 ml	Amp	Im
Bromoprida 4mg/ml solucao oral frasco 20ml	Fr	Vo/sng
Bromoprida 5mg/ ml solucao injetavel ampola 2ml	Amp	Im/iv
Budesonida 0,25mg/ ml suspensao para nebulizacao frasco 2ml	Fr	Inalação
Bupivacaina 0,5% 5mg/ ml+glicose 80mg/ml sol injet amp 4ml		
Captopril 25mg comprimido	Comp	Vo/sng
Carbamazepina 100 mg/5ml suspensao oral frasco 100ml	Fr	Vo/sng
Carbamazepina 200mg comprimido	Comp	Vo/sng
Carvao ativado po envelope 30 gr		Vo/sng
Carvedilol 6,25mg comprimido	Comp	Vo/sng
Cefalexina 250mg/5ml solucao oral frasco 60ml	Fr	Vo/sng
Cefalexina 500mg capsula		Vo/sng
Cefalotina 1g po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Cefazolina 1g po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Cefepima 1g po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Ceftazidima 1g po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Ceftriaxona 1g po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Cetamina 50mg/ml solucao injetavel ampola 2ml	Amp	Im/iv
Cetamina 50mg/ml solucao injetavel frasco-ampola 10ml	Fr	Im/iv
Cetilperidino 25mg/ ml frasco 250 ml	Fr	Oral/bucal
Cetoconazol 20mg/g creme topico bisnaga 30g		Topico
Cetoprofeno 100mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Ciclofosfamida 1000mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Iv
Ciclofosfamida 50 mg dragea		Vo/sng
Ciclopentolato 1% sol oftamica frasco 5 ml	Fr	Topico
Cilostazol 100mg comprimido	Comp	Vo/sng
Ciprofloxacino 0,35% pomada oftalmica 3,5 g		Topico
Ciprofloxacino 2mg/ml solucao injetavel bolsa 100ml	Und	Iv

Ciprofloxacino 3mg/ml+dexametasona 1mg/ml solucao oftalmica		Topico
Ciprofloxacino 500mg comprimido	Comp	Vo/sng
Cisatracurio 10mg/5ml solucao injetavel ampola 5ml	Amp	Iv
Claritromicina 500mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Iv
Clindamicina 300mg/2ml solucao injetavel ampola 2ml	Amp	Im/iv
Clindamicina 600 mg/4ml solucao injetavel ampola 4ml	Amp	Im/iv
Clonazepam 2,5mg/ml solucao oral frasco 20ml	Fr	Vo/sng
Clonidina 0,100mg comprimido	Comp	Vo/sng
Clopidogrel 75mg comprimido	Comp	Vo/sng
Clorexedina 0,12% solucao colutoria frasco 250ml	Fr	Oral/bucal
Clorpromazina 25mg comprimido	Comp	Vo/sng
Clorpromazina 25mg/5ml solucao injetavel ampola 5 ml	Amp	Im
Colagenase 0,6 ui/gr bisnaga 30 gr	Und	Topico
Deltametrina 0,02% solucao topica frasco 100 ml	Fr	Topico
Desmopressina solucao frasco 2,5 ml - spray nasal	Fr	Topico
Dexametasona 4mg comprimido	Comp	Vo/sng
Dexametasona 4mg/ml solucao injetavel ampola 2,5 ml	Amp	Im/iv
Dexclorfeniramina 2mg comprimido	Comp	Vo/sng
Diazepan 5mg comprimido	Comp	Vo/sng
Diazepan 5mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Digoxina 0,25mg comprimido	Comp	Vo/sng
Dimenidrato 30mg+piridoxina 50mg+glicose 1g+frutose 1g 10 ml		Iv
Dimenidrato 100mg comprimido	Comp	Vo/sng
Dipirona 500 mg/ml solucao oral frasco gotejador 20 ml	Fr	Vo/sng
Dipirona 500mg comprimido	Comp	Vo/sng
Dipirona 500mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Dobutamina 250mg/ml solucao injetavel ampola 20 ml	Amp	Iv
Domperidona 1mg/ml suspensao oral frasco 100 ml	Fr	Vo/sng
Dopamina 5mg/ml solucao injetavel 10 ml		Iv
Droperidol 2,5 mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Im/iv
Efedrina 50mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Im/iv
Enoxaparina 20mg/0,2ml sol injet seringa pre-embalada	Und	Sc
Enoxaparina 40mg/0,4ml sol injetavel seringa pre-embalada	Und	Sc
Enoxaparina 60mg/0,6 ml sol injetavel seringa pre-embalada	Und	Sc
Epinefrina 1mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Sc/im
Ergometrina 0,2mg/ml 1 ml	Amp	Im
Escopolamina 10mg/ml solucao oral frasco 20 ml	Fr	Vo/sng
Escopolamina 20mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Sc/im/iv
Espironolactona 100mg comprimido	Comp	Vo/sng
Espironolactona 25mg comprimido	Comp	Vo/sng
Estreptoquinase 1.500.000 ui		Iv
Etomidato 2 mg/ml solucao injetavel ampola 10 ml	Amp	Iv
Fenilefrina 10% solucao oftalmica frasco 5 ml	Fr	Topico

Fenitoina 100mg comprimido	Comp	Vo/sng
Fenitoina 100mg/5ml solucao oral frasco 100 ml	Fr	Vo/sng
Fenitoina 50mg/ml solucao injetavel ampola 5 ml	Amp	Im/iv
Fenobarbital 100mg comprimido	Comp	Vo/sng
Fenobarbital 100mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Fenobarbital 4% 40mg/ml solucao oral frasco 20 ml	Fr	Vo/sng
Fenoterol 5mg/ml solucao para inalacao frasco 20 ml	Fr	Vo/inalação
Fentanila 0,05mg/ml solucao injetavel ampola 10 ml	Amp	Im/iv
Fentanila 0,05mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Fitomenadiona 10mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Sc/im
Fluconazol 150mg capsula	Cps	Vo
Fluconazol 2mg/ml solucao injetavel bolsa 100 ml	Und	Iv
Fludrocortisona 0,1 mg comprimido	Comp	Vo/sng
Flumazenil 0,5mg/ml solucao injetavel ampola 5 ml	Amp	Iv
Fluoriscaina 10mg/ml solucao oftalmica frasco 3 ml	Fr	Topico
Fluoxetina 20mg capsula	Cps	Vo/sng
Fosfato sodio monofasico+fosf dibasico 130ml+canula lubrific	Und	Retal
Furosemida 10mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Furosemida 40mg	Comp	Vo/sng
Gatifloxacino 3% solucao oftalmica frasco 5 ml	Fr	Topico
Gel hidratante com alginato de calcio e sodio 85 g	Und	Topico
Gentamicina 80 mg/2 ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Glibenclamida 5mg comprimido	Comp	Vo/sng
Glicerina supositorio (infantil)	Und	Retal
Gluconato de calcio 10% (100mg/ ml) sol injet ampola 10 ml	Amp	Iv
Haloperidol 1mg comprimido	Comp	Vo/sng
Haloperidol 2mg/ml solucao oral frasco 20 ml	Fr	Vo/sng
Haloperidol 5mg comprimido	Comp	Vo/sng
Haloperidol 5mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Im/iv
Heparina 5000 ui/ml solucao injetavel frasco 5 ml	Fr	Iv
Hidralazina 50mg dragea		Vo/sng
Hidrato de cloral 20% solucao oral frasco 100 ml	Fr	Vo/sng
Hidroclorotiazida 25mg comprimido	Comp	Vo/sng
Hidrocortisona 100mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Hidrocortisona 500mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Hidroxido de aluminio 62mg/ ml suspensao oral frasco 240 ml	Fr	Vo/sng
Hidroxido de ferro 100mg/5 ml solucao injetavel ampola 5 ml	Amp	Iv
Hipromelose 2% seringa 2 ml	Und	Topico
Imipenem 500mg+cilastatina 500mg po liofilizado frasco ampol	Fr	Iv

Imunoglobulina antitetanica ampola 2 ml	Amp	Im
Imunoglobulina humana anti-rh 300mcg/2 ml sol injet amp 2ml	Amp	Im
Insulina nph humana 100 ui/ml solucao injetavel frasco ampol	Fr	Sc
Insulina regular humana 100ui/ml solucao injetavel frasc amp	Fr	Sc
Ipratropio 0,25mg/ml solucao para inalacao frasco 20 ml	Fr	Inalação
Isoflurano solucao inalatoria frasco 100 ml	Fr	Inalação
Isossorbida (mononitrato) 20 mg comprimido	Comp	Vo/sng
Isossorbida 10mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Iv
Isoxsuprina 5mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Iv
Lactulose 667mg/ml xarope frasco 120 ml	Fr	Vo/sng
Levobupivacaina 0,5% s/ epinefrina sol injet frasco 20 ml	Fr	
Levobupivacaina 0,5%+epinefrina 5mcg/ml sol injet 20 ml	Fr	
Levobupivacaina isobarica 5 mg/ml ampola 4 ml	Amp	
Lidocaina 2% + epinefrina solucao injetavel tubete 1,8 ml		
Lidocaina 10% spray topico frasco 50 ml	Fr	Topico
Lidocaina 2% solucao injetavel tubete 1,8 ml		
Lidocaina 2% geleia topica bisnaga 30g		Topico
Lidocaina 2% solucao injetavel frasco-ampola 20 ml	Fr	Sc/im/iv
Lidocaina 2%+epinefrina 0,005mg/ml sol injet frasco amp 20ml	Fr	
Losartana 50mg comprimido	Comp	Vo/sng
Meropenem 500mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Iv
Metformina 500mg comprimido	Comp	Vo/sng
Metilcelulose 2% sol oftalmica frasco 30 ml	Fr	Topico
Metildopa 250mg	Comp	Vo/sng
Metilprednisolona 500 mg frasco ampola	Fa	Im
Metoclopramida 10mg comprimido	Comp	Vo/sng
Metoclopramida 4mg/ml solucao oral frasco 10 ml	Fr	Vo/sng
Metoclopramida 5mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Metoprolol 5mg/5 ml sol injetavel	Fr	Iv
Metronidazol + nistatina creme vaginal bisnaga 50 mg	Und	Topico
Metronidazol 400mg comprimido	Comp	Vo/sng
Metronidazol 5mg/ml solucao injetavel bolsa 100 ml	Und	Iv
Midazolam 15mg comprimido	Comp	Vo/sng
Midazolam 5mg/ml solucao injetavel ampola 10 ml	Amp	Im/iv
Midazolam 5mg/ml solucao injetavel ampola 3 ml	Amp	Im/iv
Minoxidil 10 mg comprimido	Comp	Vo/sng
Misoprostol 100 mcg comprimido	Comp	Vo/sng
Mitomicina c 5 mg frasco ampola	Fa	
Morfina 0,2mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Sc/im/iv



Morfina 10 mg comprimido	Comp	Vo/sng
Morfina 1mg/ml solucao injetavel ampola 2ml	Amp	Sc/im/iv
Naloxona 0,4mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Sc/im/iv
Neostigmina 0,5mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Sc/im/iv
Nifedipino 10mg comprimido	Comp	Vo/sng
Nifedipino retard 20 mg comprimido	Comp	Vo/sng
Nimesulida 50mg/ ml solucao oral frasco 15 ml	Fr	Vo/sng
Nimodipino 30mg comprimido	Comp	Vo/sng
Nistatina + oxido de zinco pomada	Und	Topico
Nistatina 100.000ui/ml suspensao oral frasco 50 ml	Fr	Vo/sng
Nitrofurasona 2mg/g bisnaga 30g	Und	Topico
Nitroglicerina 5mg/ml ampola 10 ml	Amp	Iv
Nitroprussiato de sodio 25mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Iv
Norepinefrina 8mg/ml solucao injetavel ampola 4 ml	Amp	Iv
Oleo mineral frasco 100 ml	Fr	Vo/sng
Omeprazol 20mg capsula		Vo/sng
Omeprazol 40mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Iv
Ondasetrona 2mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Iv
Oxacilina 500mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Oxitocina 5ui/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Iv
Palmitato de retinol+colecalfcefirol+oxido de zinco pomada	Und	Topico
Papaina gel 10% bisnaga	Und	Topico
Paracetamol 200mg/ml solucao oral frasco 15 ml	Fr	Vo/sng
Paracetamol 500mg comprimido	Comp	Vo/sng
Permanganato de potassio 100 mg topico comprimido	Comp	Vo/sng
Petidina 100 mg solucao injetavel ampola de 2 ml	Amp	Iv
Pilocarpina 4% solucao oftalmica frasco 10 ml	Fr	Topico
Piperacilina 4g+tazobactam 0,5g po liofilizado frasco ampola	Fa	Iv
Poliestirenosulfonato de calcio 30g envelope	Und	Vo/retal
Polimixina b 500.000 ui frasco	Fr	Iv
Prednisona 20mg	Comp	Vo/sng
Prednisona 5mg	Comp	Vo/sng
Prometazina 25 mg comprimido	Comp	Vo/sng
Prometazina 50mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Propofol 10mg/ml emulsao injetavel frasco-ampola 20 ml	Fr	Iv
Propranolol 40mg comprimido	Comp	Vo/sng
Protamina 1000ui/ml solucao injetavel ampola 5 ml	Amp	Iv
Proximetacaina 5mg/ml solucao oftalmica frasco 5 ml	Fr	Topico
Ranitidina 150mg comprimido	Comp	Vo/sng



Ranitidina 25mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Retinol + associacoes 3,5 g (vitamina a + associacoes)	Und	Topico
Rocuronio 10mg/ml solucao injetavel frasco ampola 5 ml	Fa	Iv
Sevoflurano solucao inalatoria frasco 250 ml	Fr	Inalação
Simeticona 75mg/ml solucao oral frasco 10 ml	Fr	Vo/sng
Sinvastatina 10mg	Comp	Vo/sng
Solucao acida polieletrolitica dialise 3,5 meq/l 5 lt	Und	
Solucao acida polieletrolitica dialise ca 2,5meq/l 5 lt	Und	
Solucao cloreto de sodio 20% injetavel ampola 10 ml	Amp	
Solucao de bicarbonato de sodio 8,4% polieletról dialise 5 lt	Und	
Solucao de bicarbonato de sodio 8,4% sol injet ampola 10 ml	Amp	Sc/iv
Solucao de bicarbonato de sodio 8,4% sol injet bolsa 250 ml	Und	Iv
Solucao de cloreto de potassio 10% injetavel ampola 10 ml	Amp	Iv
Solucao de cloreto de potassio 19,1% injetavel ampola 10 ml	Amp	Iv
Solucao de cloreto de sodio 0,9% injetavel ampola 10 ml	Amp	Iv
Solucao de cloreto de sodio 0,9% injetavel bolsa 100 ml	Und	Iv
Solucao de cloreto de sodio 0,9% injetavel bolsa 1000 ml	Und	Iv
Solucao de cloreto de sodio 0,9% injetavel bolsa 250 ml	Und	Iv
Solucao de cloreto de sodio 0,9% injetavel bolsa 500 ml	Und	Iv
Solucao de cloreto de sodio 10% injetavel ampola 10 ml	Amp	Iv
Solucao de dialise peritonial 1,5 % bolsa 2,5 lt+equipo em y	Und	-
Solucao de dialise peritonial 2,5% bolsa 2,5 lt+equipo em y	Und	-
Solucao de dialise peritonial 4,25% bolsa 2,5 lt+equipo em y	Und	-
Solução de glicose 10% bolsa 500 ml	Und	Iv
Solucao de glicose 10% injetavel bolsa 250 ml	Und	Iv
Solucao de glicose 25% ampola 10 ml	Amp	Iv
Solucao de glicose 5% injetavel bolsa 100 ml	Und	Iv
Solucao de glicose 5% injetavel bolsa 250 ml	Und	Iv
Solucao de glicose 5% injetavel bolsa 500 ml	Und	Iv
Solucao de glicose 50% injetavel ampola 10 ml	Amp	Iv
Solucao de manitol 20% injetavel bolsa 250 ml	Und	Iv
Solução de ringer com lactato injetavel bolsa 500 ml	Und	Iv
Solucao de ringer simples injetavel bolsa 500 ml	Und	Iv
Solucao salina balanceada bolsa 500 ml	Und	
Succinilcolina 100 mg solucao injetavel frasco ampola 5 ml	Fa	Iv
Sufentanila 50 mcg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Im/iv
Sufentanila 5mcg/ ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Sulfadiazina de prata 1% creme topico bisnaga 50g	Und	Topico
Sulfadiazina de prata 1% creme topico pote 400g	Und	Topico

Sulfametoxazol 200mg+trimetropima 40mg/5ml sol oral 100ml	Fr	Vo/sng
Sulfametoxazol 400mg + trimetropima 80mg comprimido	Comp	Vo/sng
Sulfametoxazol 400mg+trimetropima 80mg ampola 5 ml	Amp	
Sulfato de magnesio 1 mcg/ ml solucao injetavel ampola 10ml	Amp	Im/iv
Sulfato ferroso 125mg/ml solucao oral frasco 30 ml	Fr	Vo/sng
Teicoplanina 400mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Tenoxicam 20mg comprimido	Comp	Vo/sng
Tenoxicam 20mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Terbutalina 0,05mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Sc/iv
Tetracaina 10 mg/ml+fenilefrina 1mg/ml+ac borico sol oftal	Und	Topico
Tiamina 100mg solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Iv
Tiocolchicosideo 4 mg solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Tiopental 1g po liofilizado frasco ampola	Fa	Iv
Tobramicina + dexametasona solucao oftalmica frasco	Fr	Topico
Tobramicina 0,3% solucao oftalmica frasco 5 ml	Fr	Topico
Tramadol 50mg comprimido	Comp	Vo/sng
Tramadol 50mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Im/iv
Tramadol 50mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Tropicamida 1% solucao oftalmica frasco 5ml	Fr	Topico
Vancomicina 500mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Iv
Varfarina 5mg comprimido	Comp	Vo/sng
Vitamina a+d frasco 10 ml	Fr	Vo/sng
Vitamina do complexo b comprimido	Comp	Vo/sng
Vitamina do complexo b solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im
Basilixmabe 20 mg	Amp	Transplante
Imunoglobulina (coelho) antitimócitos 25 mg	Amp	Transplante
Micofenolato de sodio 180 mg	Comp	Transplante
Micofenolato de sodio 360 mg	Comp	Transplante
Tacrolimus 1 mg	Comp	Transplante
Tacrolimus 5 mg	Comp	Transplante

467

Material	Unidade
Abaixador língua espátula de madeira. Descartável	Pct
Absorvente feminino em abas	Pct
Agulha de puncao de fistula arterio-venosa 16g	Unidade
Agulha de puncao de fistula arterio-venosa 17g	Unidade
Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 13 x 4.5. Estéril	Unidade
Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 20 x 5.5. Estéril.	Unidade
Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 25 x 7.0. Estéril.	Unidade
Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 25 x 8.0. Estéril	Unidade
Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 30 x 8.0. Estéril	Unidade
Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 40 x 12.0 estéril	Unidade
Agulha para anestesia raquidiana. 17g x 3.1/2 polegadas	Unidade
Agulha para anestesia raquidiana. 18g x 3.1/2 polegadas	Unidade
Agulha para anestesia raquidiana. 22g x 3.1/2 polegadas	Unidade
Agulha para anestesia raquidiana. 25 g. 3.1/2 polegadas	Unidade
Agulha para anestesia raquidiana. 27g x 3.1/2 polegadas	Unidade
Algodão hidrófilo rolo com 500 gramas	Unidade
Algodao hidrofilo, em bolas, pacote com 100 gramas	Unidade
Almotolia em plástico rígido âmbar. 500 ml bico reto longo	Unidade
Almotolia em plástico rígido transparente 500 ml bico reto longo	Unidade
Aparelho de tricotomia descartável	Unidade
Atadura tipo algodão ortopédico. 10cm x 1.0m	Unidade
Atadura tipo algodão ortopédico. 12cm x 1.0m	Unidade
Atadura tipo algodão ortopédico. 15cm x 1.0m	Unidade
Atadura tipo algodão ortopédico. 20cm x 1.0m	Unidade
Atadura tipo crepom. Medindo 06cm x 4.5m	Unidade
Atadura tipo crepom. Medindo 08cm x 4.5m	Unidade
Atadura tipo crepom. Medindo 10cm x 4.5m	Unidade
Atadura tipo crepom. Medindo 12cm x 4.5m	Unidade
Atadura tipo crepom. Medindo 15cm x 4.5m	Unidade
Atadura tipo crepom. Medindo 20cm x 4.5m	Unidade
Atadura tipo gessada rápida. Medindo 10cm x 3m	Unidade
Atadura tipo gessada rápida. Medindo 12cm x 3m	Unidade
Atadura tipo gessada rápida. Medindo 15cm x 3m	Unidade
Atadura tipo gessada rápida. Medindo 20cm x 3m	Unidade
Avental descartável em não tecido	Unidade
Bisturi descartável p/ microcirurgia incisão corneana 15°	Unidade
Bisturi descartável p/ microcirurgia incisão corneana 2.7mm	Unidade
Bisturi descartável p/ microcirurgia incisão corneana 5.2mm	Unidade
Bolsa de colostomia adulto peça única drenavel	Unidade
Bolsa de colostomia descartável 30mm	Unidade
Bolsa de colostomia descartável 50mm	Unidade
Bolsa de colostomia infantil peça única drenavel	Unidade
Bolsa de colostomia para neonatologia	Unidade

Cadarço sarjado achatado branco 12mm x 10m	Unidade
Cal sodada em granulos alta capacidade de absorção de co2	Unidade
Cânula de guedel. Nº 4	Unidade
Cânula de guedel. Nº 5	Unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 00	Unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 01	Unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 02	Unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 03	Unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 04	Unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 05	Unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 06	Unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 07	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 2.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 2.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 3.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 3.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 4.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 4.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 5.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 5.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 6.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 6.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 7.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 7.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 8.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 8.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 9.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 3.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 3.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 4.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 4.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 5.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 5.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 6.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 6.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 7.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 7.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 8.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 8.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 9.0	Unidade
Canula p/ aspiração de medula ossea c/ empunhadora ergonomica	Unidade
Cânula para biópsia de tecidos moles, de guilhotina, com disparo semi-automático,tamanho 16g x 150mm	Unidade
Cânula para biópsia de tecidos moles, de guilhotina, com disparo semi-automático,tamanho 18g x 200mm	Unidade

Capa descartável para proteção de equipamento de laparoscopia	Unidade
Capa para colchão anti - escaras tipo caixa de ovo	Unidade
Carga para grampeador linear cortante tlc 75mm (azul- tecido nomal)	Unidade
Cateter curto periferico nº 14	Unidade
Cateter curto periferico nº 16	Unidade
Cateter curto periferico nº 18	Unidade
Cateter curto periferico nº 20	Unidade
Cateter curto periferico nº 22	Unidade
Cateter curto periferico nº 24	Unidade
Cateter duplo lumen para hemodiálise curvo 11,5fr x 15cm	Unidade
Cateter duplo lumen para hemodiálise curvo 11,5fr x 20cm	Unidade
Cateter duplo lumen para hemodiálise reto 11,5fr x 15cm	Unidade
Cateter duplo lumen para hemodiálise reto 11,5fr x 20cm	Unidade
Cateter para diálise peritoneal com 1 cuff 30cm	Unidade
Cateter para diálise peritoneal com 1 cuff 42cm	Unidade
Cateter para diálise peritoneal com 2 cuffs 09fr x 31cm	Unidade
Cateter para diálise peritoneal com 2 cuffs 12fr x 37cm	Unidade
Cateter para diálise peritoneal com 2 cuffs 42cm	Unidade
Cateter para embolectomia arterial com cuff nº 4.0	Unidade
Cateter para embolectomia arterial com cuff nº 5.0	Unidade
Cateter para embolectomia arterial com cuff nº 7.0	Unidade
Cateter para oxigênio tipo óculos.	Unidade
Cateter para punção venosa central. Nº 16	Unidade
Cateter para punção venosa central. Nº 19	Unidade
Cateter para punção venosa central. Nº 22	Unidade
Cateter triplo lumen, para hemodiálise curvo 12fr x 20 cm	Unidade
Cateter triplo lumen, para hemodiálise reto 12fr x 20 cm	Unidade
Cateter umbilical numero 3.5	Unidade
Cera para osso - envelope com 2.5 gramas	Unidade
Clamp para bolsa de colostomia. Descartável. Plástico	Unidade
Clamp umbilical tipo pinça tamanho único	Unidade
Colar cervical philadelphia tamanho g	Unidade
Colar cervical philadelphia tamanho m	Unidade
Colar cervical philadelphia tamanho p	Unidade
Colchão anti - escaras tipo caixa de ovo	Unidade
Coletor de material perfurocortante. Capacidade 13 litros	Unidade
Coletor de material perfurocortante. Capacidade 7 litros	Unidade
Coletor de urina 24h retangular 2000ml	Unidade
Coletor de urina estéril 50ml	Unidade
Coletor de urina infantil unissex	Unidade
Coletor de urina não estéril 50ml	Unidade
Coletor de urina para uso em incontinência nº 04	Unidade
Coletor de urina para uso em incontinência nº 05	Unidade
Coletor de urina para uso em incontinência nº 06	Unidade

Coletor de urina sistema aberto com barbante 2000ml	Unidade
Coletor de urina. Sistema aberto frasco de 1200ml	Unidade
Coletor de urina. Sistema fechado estéril bolsa de 2000ml	Unidade
Compressa cirúrgica. Campo operatório. Não descartável 45cm x 50cm	Unidade
Compressa de gaze aberta tipo queijo 91 cm x 91 m	Unidade
Compressa de gaze hidrófila esterilizada 7.5cm x 7.5cm pacote com 10 unidades.	Unidade
Compressa de gaze hidrófila não estéril. 7.5cm x 7.5cm pacote com 500 unidades.	Unidade
Curativo de carboximetilcelulose sódica 10cm x 10cm	Unidade
Curativo de carboximetilcelulose sódica 15cm x 15cm	Unidade
Curativo de filme transparente de poliuretano 10cm x 12cm	Unidade
Curativo de filme transparente de poliuretano 6cm x 9cm	Unidade
Curativo de filme transparente de poliuretano 7cm x 8.5cm	Unidade
Curativo de filme transparente de poliuretano 8.5cm x 10.5cm	Unidade
Curativo de hidrocolóide sem borda 10cm x 10cm	Unidade
Curativo de hidrocolóide sem borda 20cm x 20cm	Unidade
Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f10	Unidade
Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f5	Unidade
Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f6	Unidade
Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f7	Unidade
Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f7 - uso único	Unidade
Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f8	Unidade
Dispositivo de circuncisão descartável plastibell -1.2cm	Unidade
Dispositivo de circuncisão descartável plastibell -1.5cm	Unidade
Dispositivo de circuncisão descartável plastibell -1.7cm	Unidade
Dosador oral 10ml com tampa	Unidade
Dosador oral 3ml com tampa	Unidade
Dosador oral 5ml com tampa	Unidade
Dreno de kher nº 10 3.5mm	Unidade
Dreno de kher nº 12 4.0mm	Unidade
Dreno de kher nº 14 4.5mm	Unidade
Dreno de kher nº 16 5.5mm	Unidade
Dreno de kher nº 18 6.0mm	Unidade
Dreno de penrose nº 01	Unidade
Dreno de penrose nº 02	Unidade
Dreno de penrose nº 03	Unidade
Dreno de penrose nº 04	Unidade
Dreno de sucção estéril 3.2mm x 1.8 sist. Fechado de aspiração sanfonado c/ pinça clamp - 500ml	Unidade
Dreno de sucção estéril 4.8mm x 1.16 sist. Fechado de aspiração sanfonado c/ pinça clamp - 500ml	Unidade
Dreno de sucção estéril 6.4mm x 1.16 sist. Fechado de aspiração sanfonado c/ pinça clamp - 500ml	Unidade
Dreno tubular torácico nº 12	Unidade
Dreno tubular torácico nº 14	Unidade



Dreno tubular torácico nº 16	Unidade
Dreno tubular torácico nº 18	Unidade
Dreno tubular torácico nº 20	Unidade
Dreno tubular torácico nº 22	Unidade
Dreno tubular torácico nº 24	Unidade
Dreno tubular torácico nº 26	Unidade
Dreno tubular torácico nº 28	Unidade
Dreno tubular torácico nº 30	Unidade
Dreno tubular torácico nº 32	Unidade
Dreno tubular torácico nº 34	Unidade
Dreno tubular torácico nº 36	Unidade
Dreno tubular torácico nº 38	Unidade
Dreno tubular torácico nº 40	Unidade
Eletrodo de monitor cardíaco adulto	Unidade
Eletrodo de monitor cardíaco infantil	Unidade
Eletrodo de monitor cardíaco redden neonatal	Unidade
Eletrodo temporario bipolar p/ marcapasso	Unidade
Equipo macrogotas com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral para bomba de infusão - brasino k102	Unidade
Equipo macrogotas com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral para bomba de infusão - hartmann	Unidade
Equipo macrogotas p/ bomba de infusão celm	Unidade
Equipo macrogotas para infusão de soluções fotossensíveis com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral	Unidade
Equipo microgotas com pinça rolete e injetor em y	Unidade
Equipo microgotas. Câmara graduada de capacidade igual ou acima de 150 ml e injetor lateral	Unidade
Equipo para administração de dietas enterais com câmara de gotejamento flexível	Unidade
Equipo para medida de pressão venosa central com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral	Unidade
Equipo para transfusão sangüínea	Unidade
Escova dupla face para anti-sepsia das mãos e ante-braços, com pvpi	Unidade
Escova dupla face para anti-sepsia das mãos e ante-braços, sem pvpi	Unidade
Esfigmomanômetro adulto	Unidade
Esfigmomanômetro infantil	Unidade
Esparadrapo impermeável 10cm x 4,5m	Unidade
Estetoscópio tipo duo sonic - adulto	Unidade
Estetoscópio tipo duo sonic - pediátrico	Unidade
Extensão st para bomba de seringa 60 cm	Unidade
Faixa smarch não estéril tam. 08cm	Unidade
Faixa smarch não estéril tam. 10cm	Unidade
Faixa smarch não estéril tam. 12cm	Unidade
Faixa smarch não estéril tam. 15cm	Unidade
Filtro com barreira total a bacteria e a virus	Unidade
Filtro de ar para incubadora vision 2186	Unidade



Fio cirurgico algodão branco (fita) diam. O comp. 0,35 x 80cm	Unidade
Fio cirurgico algodão torcido azul diam. 0/0 sem agulha	Unidade
Fio cirurgico algodão torcido azul diam. 2/0 sem agulha	Unidade
Fio cirurgico algodão torcido azul diam. 3/0 sem agulha	Unidade
Fio cirurgico catgut cromado 1/0 70cm ag.1/2 círc romba 90mm	Unidade
Fio cirurgico catgut cromado 1/0 75cm ag.1/2 círc robusta 40mm	Unidade
Fio cirurgico catgut cromado 2/0 comp. 70cm agulha 1/2 círc	Unidade
Fio cirurgico catgut cromado 3/0 comp. 75cm agulha 3/8 círc	Unidade
Fio cirurgico catgut cromado 4/0 comp. 75cm agulha 1/2 círc	Unidade
Fio cirurgico catgut cromado diam. 0 comp. 70 c / ag 1/2 circ	Unidade
Fio cirurgico catgut cromado diam. 1 comp. 70 c / ag 1/2 circ	Unidade
Fio cirurgico catgut simples 3/0 comp. 75cm agulha 3/8 círc	Unidade
Fio cirurgico catgut simples 4/0 comp. 75cm agulha 1/2 círc	Unidade
Fio cirurgico catgut simples laçado 2/0 comp. 150cm 1/2 círc	Unidade
Fio cirurgico linho 0/0 comp. 75cm agulha 3/8 círc	Unidade
Fio cirurgico linho 2/0 comp. 70cm agulha 3/8 círc	Unidade
Fio cirurgico linho 3/0 comp. 75cm agulha 3/8 círc	Unidade
Fio cirurgico monosyn* incolor 3/0 comp. 70cm agulha 1/2 círc	Unidade
Fio cirurgico monosyn* incolor 4/0 comp. 45cm ag 3/8 triang	Unidade
Fio cirurgico monosyn* incolor 4/0 comp. 70cm agulha 1/2 círc	Unidade
Fio cirurgico monosyn* incolor 5/0 comp. 45cm ag. 3/8 triang	Unidade
Fio cirurgico monosyn* incolor 5/0 comp. 70cm agulha 1/2 círc	Unidade
Fio cirurgico nylon monofilamentar preto diam. 10/0 comp. 30 c/ ag 3/8 círculo espátula 6,2 mm	Unidade
Fio cirurgico nylon preto 0/0 comp. 45cm agulha 3/8 triang.	Unidade
Fio cirurgico nylon preto 2/0 comp. 45cm agulha 3/8 círc triang	Unidade
Fio cirurgico nylon preto 3/0 comp. 45cm agulha 3/8 circ triang	Unidade
Fio cirurgico nylon preto 4/0 comp. 45cm agulha 3/8 circ triang	Unidade
Fio cirurgico nylon preto 5/0 comp. 45cm agulha 3/8 círc triang	Unidade
Fio cirurgico nylon preto 6/0 comp. 45cm agulha 1/2 círc triang	Unidade
Fio cirurgico nylon preto 8/0 comp. 30cm agulha 1/4 círc	Unidade
Fio cirurgico polipropileno azul diam. 10/0 comp. 30cm com 2xag reta espátula 16mm	Unidade
Fio cirurgico premicron* poliester verde 5/0 75cm ag.1/2 cir	Unidade
Fio cirurgico premilene* azul 0/0 comp. 75cm agulha 1/2 circ	Unidade
Fio cirurgico premilene* azul 2/0 comp. 50 ag 3/8 circular	Unidade
Fio cirurgico premilene* azul 2/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 círc.	Unidade
Fio cirurgico premilene* azul 3/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 círc	Unidade
Fio cirurgico premilene* azul 4/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 círc.	Unidade
Fio cirurgico premilene* azul 5/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 círc.	Unidade
Fio cirurgico premilene* azul 6/0 comp. 75cm 2xag. 3/8 círc	Unidade
Fio cirurgico premilene* azul 7/0 comp. 60cm 2xag. 3/8 círc	Unidade
Fio cirurgico safil quinck* incolor 4/0 70cm ag. 1/2 círc	Unidade
Fio cirurgico safil violeta 4/0 ag 15mm 1/2 triang 45cm	Unidade
Fio cirurgico safil* incolor 4/0 45cm ag. 3/8 círc triang	Unidade

Fio cirurgico safil* incolor 5/0 45cm ag. 3/8 círc. Triang.	Unidade
Fio cirurgico safil* violeta 0 70cm ag. 3/8 círc. Cil.	Unidade
Fio cirurgico safil* violeta 0/0 90cm ag. 1/2 círc. Cil.	Unidade
Fio cirurgico safil* violeta 1 90cm ag. 1/2 círc. Cil.	Unidade
Fio cirurgico safil* violeta 2/0 70cm ag. 1/2 círc. Cil.	Unidade
Fio cirurgico safil* violeta 2/0 70cm ag. 1/2 círc. Triang.	Unidade
Fio cirurgico safil* violeta 2/0 70cm ag. 3/8 círc. Triang.	Unidade
Fio cirurgico safil* violeta 3/0 70cm ag. 1/2 círc. Cil.	Unidade
Fio cirurgico safil* violeta 5/0 70cm ag. 1/2 círc. Retang.	Unidade
Fio cirurgico safil* violeta 6/0 45cm ag. 1/4 círc. Esp.	Unidade
Fio cirurgico seda preta 0/0 75cm ag. 3/8 círc. Cil.	Unidade
Fio cirurgico seda preta 2/0 comp. 70cm ag. 3/8 círc. Cil.	Unidade
Fio cirurgico seda preta 3/0 comp. 45cm ag. 1/2 círc. Triang.	Unidade
Fio cirurgico seda preta 3/0 comp. 75cm ag. 3/8 circ. Cil.	Unidade
Fio cirurgico seda preta 4/0 comp. 45cm ag. 3/8 círc. Cil.	Unidade
Fio cirurgico seda preta diam. 1/0 comp. 10x75cm sem agulha	Unidade
Fio cirurgico seda preta diam. 2/0 comp. 10x75cm sem agulha	Unidade
Fio cirurgico synthofil* poliéster verde 1/0 75cm ag. 1/2 triang.	Unidade
Fio cirurgico synthofil* poliéster verde 2/0 75cm ag 1/2 triang.	Unidade
Fio cirurgico vicryl incolor diam. 7/0 comp. 45cm com 2xag 3/8 círculo espátula 65mm,	Unidade
Fio de aço diam. 0, c/ ag. 26mm 1/2 circulo cilindrica	Unidade
Fio de aço diam. 2, sem agulha, 3 x 60cm	Unidade
Fio de aço diam. 5 ccs (8)fios, c/ ag. 48mm 1/2 triang. 45cm	Unidade
Fio monocryl incolor 4/0 comp. 45 cm ag. 3/8 triang. 16mm	Unidade
Fio pds ii violeta diam. 6/0 comp. 70 cm ag. 1/2 cilind.	Unidade
Fio prolene azul 2 comp 50cm ag. 3/8 triangular 75mm	Unidade
Fita adesiva hospitalar branca. 19mm x 50m	Unidade
Fita microporosa 1,2cm x 10m	Unidade
Fita microporosa 10cm x 10m	Unidade
Fita microporosa 2,5cm x 10m	Unidade
Fita microporosa 5cm x 10m	Unidade
Fralda descartável adulto tamanho g	Unidade
Fralda descartável adulto tamanho m	Unidade
Fralda descartável adulto tamanho p	Unidade
Fralda descartável infantil tamanho g	Unidade
Fralda descartável infantil tamanho m	Unidade
Fralda descartável infantil tamanho p	Unidade
Frasco p/ dieta enteral transparente, capacidade 300ml	Unidade
Frasco p/ dieta enteral transparente, capacidade 500ml	Unidade
Grampeador circular curvo 33mm (verde)	Unidade
Grampeador linear cortante tlc 75mm ( c/ carga azul- tecido nomal)	Unidade
Haste flexível em polipropileno. Com algodão hidrófilo nas extremidades	Caixa
Hemostático absorvível aproximadamente 5,5cm x 7,5cm	Unidade

Infusor 2 vias com clamp	Unidade
Infusor neo 2 vias com clamp	Unidade
Isolador condutor de pressão para hemodiálise	Unidade
Kit cateter para nefrostomia em silicone, 5ml 4,0mm, nº12fr	Unidade
Kit cesarea com pga	Kit
Kit de gastrostomia percutânea 20fr x 3,5cm	Unidade
Kit para anestesia epidural em aço inoxidável. Calibre 16g	Kit
Kit para anestesia epidural em aço inoxidável. Calibre 18g	Kit
Lâmina de bisturi em aço inoxidável nº 11	Caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável nº 15	Caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável nº 20	Caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável nº 22	Caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável nº 23	Caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável nº 24	Caixa
Lanterna clinica em metal	Unidade
Lençol descartável. Em papel	Unidade
Linha arterial 8mm com catabolhas para hemodiálise	Unidade
Linha venosa 8mm com catabolhas para hemodiálise	Unidade
Luva cirúrgica estéril nº 6.0	Par
Luva cirúrgica estéril nº 6.5	Par
Luva cirúrgica estéril nº 7.0	Par
Luva cirúrgica estéril nº 7.5	Par
Luva cirúrgica estéril nº 8.0	Par
Luva cirúrgica estéril nº 8.5	Par
Luva de procedimento em plástico	Par
Luva de procedimento. Tamanho grande	Caixa
Luva de procedimento. Tamanho médio	Caixa
Luva de procedimento. Tamanho pequeno	Caixa
Luva de vinil transparente, tamanho p	Caixa
Madeira plastica c/ adaptador ao seio p/ retirada de leite	Unidade
Malha tubular em tecido 08cm x 15m	Unidade
Malha tubular em tecido 10cm x 15m	Unidade
Malha tubular em tecido 12cm x 15m	Unidade
Malha tubular em tecido 15cm x 15m	Unidade
Malha tubular em tecido 20cm x 15m	Unidade
Manta térmica para o controle de temperatura	Unidade
Máscara cirúrgica. Descartável pct. C/ 100 und	Pct
Máscara descartável específica para isolamento	Unidade
Perfurador de membrana amniótica	Unidade
Protetor de cateter do tipo luer - lock	Unidade
Protetor ocular para fototerapia tam. G	Unidade
Protetor ocular para fototerapia tam. M	Unidade
Protetor ocular para fototerapia tam. P	Unidade
Pulseira identificação paciente adulto na cor branca.	Unidade

475

Pulseira identificação paciente infantil na cor branca.	Unidade
Pulseira identificação paciente recém nascido na cor branca.	Unidade
Saco para óbito tamanho grande 0.90cm x 2.10m	Unidade
Saco para óbito tamanho médio 0.60cm x 1.50m	Unidade
Saco para óbito tamanho neo 0.30cm x 0.60cm	Unidade
Saco para óbito tamanho pequeno 0.50cm x 1.00m	Unidade
Sapatilha descartável pacote c/ 100 und	Pct
Scalp nº 19.	Unidade
Scalp nº 21	Unidade
Scalp nº 23	Unidade
Scalp nº 25.	Unidade
Scalp nº 27	Unidade
Seringa descartável 10ml	Unidade
Seringa descartável 1ml	Unidade
Seringa descartável 20ml	Unidade
Seringa descartável 3ml	Unidade
Seringa descartável 5ml	Unidade
Seringa descartável 60 ml	Unidade
Serra de gígle. Em aço inoxidável. Com 50 cm para cirurgia ortopédica. Com excelente corte.	Unidade
Sistema para drenagem mediastina de 2000ml	Unidade
Sistema para drenagem mediastina de 500ml	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 06	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 08	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 10	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 12	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 14	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 16	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 18	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 20	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 22	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 24	Unidade
Sonda folley 3 vias com cuff nº 16	Unidade
Sonda folley 3 vias com cuff nº 18	Unidade
Sonda folley 3 vias com cuff nº 20	Unidade
Sonda folley 3 vias com cuff nº 22	Unidade
Sonda folley 3 vias com cuff nº 24	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 02	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 04	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 06	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 08	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 10	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 12	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 14	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 16	Unidade

Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 18	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 20	Unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 04	Unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 06	Unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 07	Unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 08	Unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 10	Unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 12	Unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 14	Unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 16	Unidade
Sonda para nutrição enteral com fio guia 08fr	Unidade
Sonda para nutrição enteral com fio guia 10fr	Unidade
Sonda para nutrição enteral com fio guia 12fr	Unidade
Sonda uretral nº 02	Unidade
Sonda uretral nº 04	Unidade
Sonda uretral nº 06	Unidade
Sonda uretral nº 08	Unidade
Sonda uretral nº 10	Unidade
Sonda uretral nº 12	Unidade
Sonda uretral nº 14	Unidade
Sonda uretral nº 16	Unidade
Sonda uretral nº 20	Unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 12mm x 180mm	Unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 12mm x 250mm	Unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 16mm x 180mm	Unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 16mm x 250mm	Unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 19mm x 180mm	Unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 19mm x 250mm	Unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 26mm x 180mm	Unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 26mm x 250mm	Unidade
Tampa para recirculação	Unidade
Termômetro clínico analógico	Unidade
Termômetro clínico digital	Unidade
Termometro digital com alarme maxima e minima	Unidade
Tira reagente para teste de glicemia caixa com 50 unidades	Caixa
Torneira descartável de três vias	Unidade
Touca cirúrgica descartável pacote c/ 100 und	Pct
Tubo de silicone nº 204 pacote com 15 metros	Pct
Tubo endotraqueal sem cuff nº 2.5	Unidade

477

Tubo endotraqueal sem cuff nº 4.0	Unidade
Tubo endotraqueal sem cuff nº 4.5	Unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 4.0	Unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 4.5	Unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 5.0	Unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 5.5	Unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 6.0	Unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 6.5	Unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 7.0	Unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 7.5	Unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 8.0	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 3.0	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 3.5	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 4.0	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 4.5	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 5.0	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 5.5	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 6.0	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 6.5	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 7.0	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 7.5	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 8.0	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 8.5	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 9.0	Unidade
Tubo endotraqueal duplo lúmen (robert shaw), nº 37	Unidade
Tubo endotraqueal sem cuff nº 3.0	Unidade
Tubo endotraqueal sem cuff nº 3.5	Unidade
Vessel loop - cadarço vascular (1x406mm) envelope com 2 und	Unidade



## **6.6.5 - TERMOS DE REFERÊNCIA PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS SERVIÇOS CONTRATADOS (EX: LIMPEZA, VIGILÂNCIA, E OUTROS).**

### **Apresentação De Critérios Para A Contratação De Terceiros.**

O INDSH preconiza que qualquer contratação de serviços ou aquisição de bens sejam conforme seu **REGULAMENTO INSTITUCIONAL DE COMPRAS, CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS E AQUISIÇÃO DE BENS COM EMPREGO DE RECURSOS PROVENIENTES DO PODER PÚBLICO.**

### **CAPÍTULO I – DA INTRODUÇÃO**

Art. 1º - O presente regulamento tem por finalidade estabelecer normas e critérios para compras e contratação de obras e serviços e aquisição de bens com emprego de recursos provenientes do Poder Público do INDSH - Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano, associação civil de caráter beneficente de promoção social à saúde, sem fins lucrativos, pessoa jurídica de direito privado, doravante denominada simplesmente Organização Social.

Parágrafo único. Este Regulamento se aplica a todos os dispêndios financeiros da Organização Social, inclusive os realizados por unidades descentralizadas.

Art.2º - Todos os dispêndios feitos pela Organização Social reger-se-ão pelos princípios básicos da moralidade e boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação aos objetivos da entidade.

Art. 3º - O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas que atendem aos princípios do artigo anterior, a mais vantajosa para a Organização Social.

479

Art. 4º - Todo o processo de compras, contratações de obras e serviços, aquisição de bens e locações de que trata este regulamento deve estar devidamente documentado, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização dos Contratos de Gerenciamento.

### **CAPÍTULO II - DAS COMPRAS**

#### **Título I – Definição**

Art. 5º - Para fins do presente regulamento, considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir o hospital com os bens e materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

#### **Título II - Do procedimento de compras**

Art. 6º - O procedimento de compras compreende o cumprimento das etapas a seguir especificadas:

- I – Solicitação de compras;
- II – Qualificação de fornecedores;
- III – Coleta de preço; IV – apuração da melhor oferta;
- V – Emissão de ordem de compra.



Art. 7º - A qualificação do fornecedor candidato é composta pela verificação dos documentos legais e dos diplomas técnicos abaixo relacionados que deverão ser encaminhados via Correios ou entregues diretamente no departamento de compras de cada Hospital ou na Central de Compras do INDSH, atualizados e dentro do prazo de validade.

- I. CNPJ;
- II. Inscrição Estadual;
- III. Contrato Social com as alterações ou Estatuto;
- IV. Autorização de Funcionamento Municipal;
- V. CCM – Comprovante de Contribuintes Municipal.

Parágrafo único. Para o fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos são necessários também os documentos listados abaixo:

- I. Cópia autenticada do registro no Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União – obrigatório para fabricante e distribuidor;
  - II. Cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos, no caso de distribuidora ou representante;
  - III. Licença de Funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária;
  - IV. Certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe, ou o protocolo de assunção desta responsabilidade técnica - obrigatório para fabricante e distribuidor;
  - V. Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – obrigatório para fabricante;
  - VI - Cópia autenticada da autorização especial para medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS – obrigatório para fabricante e distribuidor.
- Art. 8º – A coleta de preço será realizada por email ou fax, podendo também ser utilizado o Portal Eletrônico da Central de Compras do INDSH, com a participação de, no mínimo, 3 (três) fornecedores previamente qualificados pelo Hospital.

480

Parágrafo Primeiro – O sistema de coleta de preço, que trata o caput deste artigo, e a qualificação de fornecedores, que trata o artigo 7.º, serão dispensadas nos casos em que haja carência de fornecedor, exclusividade ou singularidade do objeto, necessidade emergencial de aquisição ou contratação de obra e/ou serviço e, ainda, no caso de ordem de compra ou contrato de pequeno valor, assim considerada aquela que não ultrapassar o valor de R\$ 8.000,00 (oito mil reais).

Parágrafo Segundo - Considera-se de urgência a aquisição de material/medicamento ou inexistente no estoque ou cuja quantidade não atende ao estoque de segurança fixado para o item, com imediata necessidade de utilização.

Art. 9º - A melhor oferta será apurada considerando menor preço ou melhor técnica e preço, custo de transporte e seguro até o local de entrega, condição de pagamento, prazo de entrega, custo para operação do produto e disponibilidade para eventual necessidade de treinamento de pessoal.

Art. 10 - A ordem de compra ou contrato formal efetuado com o fornecedor encerra o procedimento de compras, devendo representar fielmente todas as condições realizadas na negociação.

## **CAPÍTULO III - DA CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS**

### **TÍTULO I - Definição**

Art. 11 - Para fins do presente Regulamento considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse da Organização Social, realizada por terceiros: demolição, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade e seguro, consultoria, assessoria, hospedagem, alimentação, serviços técnicos profissionais especializados, produção artística, serviços gráficos, bem como obras civis, englobando construção, reforma, recuperação ou ampliação.

### **TÍTULO II - Da contratação**

Art. 12 - Aplicam-se à contratação de serviços, no que couberem, todas as regras estabelecidas nos artigos 6.º a 10 do presente Regulamento, com exceção dos serviços técnicos profissionais especializados que ficam dispensados das exigências estabelecidas nos artigos 7.º e 8.º do presente Regulamento.

Art. 13 - Os contratos deverão estabelecer com clareza e precisão as condições de execução, aplicando-lhes as normas de direito civil, os princípios da teoria geral de contratos e as disposições do direito privado. Art. 14 - A venda ou fornecimento de bens e serviços para a Organização Social implica a aceitação integral e irrevogável dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados pela Organização Social, bem como a observância deste Regulamento e normas aplicáveis.

Parágrafo único. Para todas as compras de bens e serviços deverão ser emitidas, pelo fornecedor, nota fiscal de venda ou nota fiscal/fatura de prestação de serviços.

Art. 15 - A critério da Organização Social poderão ser exigidas garantias de execução do contrato na modalidade de caução ou fiança bancária.

Art. 16 - A Organização Social caberá fiscalizar a execução dos contratos, podendo aplicar as sanções previstas contratualmente, quando descumpridas as cláusulas pactuadas.

Parágrafo único. A inexecução total ou parcial do contrato poderá acarretar a sua extinção, respondendo a parte que a causou com as consequências contratuais e as previstas em lei.

### **TÍTULO III - Dos Serviços Técnicos Profissionais Especializados**

Art. 17 - Para fins do presente 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, jurídicas e auditorias financeiras;
- IV - Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
- V - Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
- VI - Treinamento E aperfeiçoamento de pessoal;
- VII - prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;
- VIII - informática, inclusive quando envolver aquisição de programas.

Art. 18 - A Diretoria deverá selecionar criteriosamente o prestador de serviços técnicos profissionais especializados, que poderá ser pessoa jurídica ou física, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

#### **CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 19 - Para fins do presente Regulamento consideram Diretoria o profissional contratado para administrar a Organização Social de Saúde do INDSH - Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano de cada Hospital, do Escritório Regional no Estado ou na Sede Social/Administrativa do INDSH.

Art. 20 - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pela Diretoria, com base nos princípios gerais de direito.

Art. 21 - O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação

## 6.6.6 – SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

O HPSZN deverá dispor de Serviço de Verificação de Óbitos, que compõe a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento de Causa Mortis, integrante do sistema de Vigilância em saúde, que é especializado na investigação de causas de óbitos naturais mal definidos.

Diferente dos Institutos Médicos Legais (IML), que investigam óbitos por causas externas a pedido de autoridade policial, o SVO esclarece óbitos por causas naturais mal definidas por requisição médica, após consentimento de familiares.

O serviço ofertado será de abrangência regional, sob forma ininterrupta, com plantão de 12 horas de duração, com previsão para a realização de 20 (vinte) necropsias/mês. Deve contar com serviço próprio de remoção de cadáver ou com um serviço de remoção contratado ou conveniado com outro Ente Público devidamente organizado, para viabilizar o fluxo e cumprimento das competências do serviço.

### PORTARIA Nº 183, DE 30 DE JANEIRO DE 2014

***Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação.***

### CAPÍTULO III

#### DO SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO (SVO)

Art. 16. Para a execução de ações de SVO, o estabelecimento de saúde atenderá aos seguintes requisitos:

I - ter equipe composta por médico especialista em patologia como responsável técnico e auxiliar em patologia; e

II - contar com suporte laboratorial para exames complementares.

#### O SERVIÇO SERÁ ORGANIZADO POR :

SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS	Regime de Contratação	CARGA HORÁRIA (total de horas mês)	Quantidade
MÉDICO PATOLOGISTA	PJ	180	5
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180	5
TÉCNICO EM PATOLOGIA	CLT	180	5
EMPRESA DE REMOÇÃO DE CADÁVERES	PJ	24HRS	1

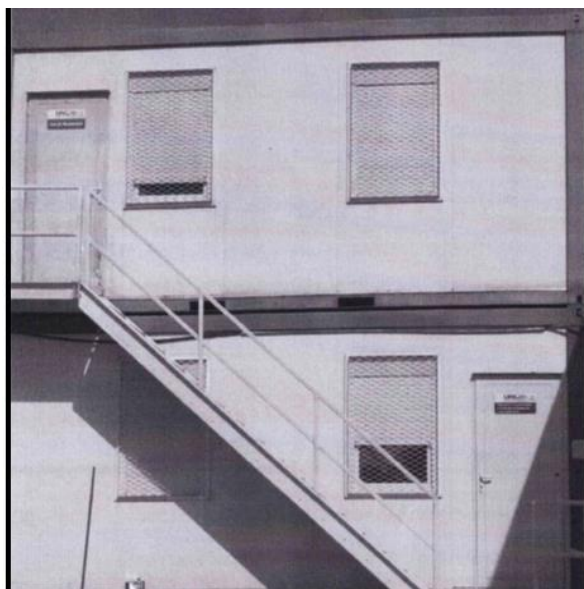
### **6.6.7 - COMPLEMENTO DE ESTRUTURA PARA UPB**

Durante Visita Técnica na Unidade de Pronto Atendimento Campos Salles, verificamos que existe uma deficiência quanto a estrutura, sendo que algumas salas são utilizadas com outras finalidades além dos atendimentos, uma para Arquivo e outra para o almoxarifado.

Pensando em uma solução para viabilizar o aumento da meta de atendimentos de 10.000 para 20.000 atendimentos, observamos que o terreno tem espaço para comportar um Container de dois andares conforme modelo da figura 1.

No primeiro andar será instalada a Farmácia que tem uma movimentação maior e de fácil acesso e no segundo andar será instalado o arquivo, os dois andares serão climatizados para conservação dos materiais e medicamentos e maior conforto para os funcionários.

**Figura 1**



## 6.6.8 – SERVIÇOS DE INFORMÁTICA COM SISTEMA PARA GESTÃO HOSPITALAR;

O Sistema de Gestão Hospitalar, é um ERP - *Enterprise Resource Planning*, que “integra as atividades de processamento das transações das áreas funcionais de toda empresa” e promove a excelência na gestão de instituições de saúde de todos os portes, além de clínicas, UPA’s, etc.

Por ser modularizado e adaptável, é capaz de se adequar perfeitamente aos diversos modelos de gestão, resultando em uma solução efetiva. O SGH, propicia o controle de forma inteligente e dinâmica de áreas como atendimento à pacientes, administração, finanças, logística e médica.

FINANÇAS E CONTROLE	OPERAÇÕES/LOGÍSTICA	RECURSOS HUMANOS
• Contabilidade financeira	• Suprimentos	• Recrutamento
• Contas a pagar	• Administração de materiais	• Seleção de pessoal
• Contas a receber	• Gestão da qualidade	• Treinamento
• Tesouraria	• Planejamento e controle da produção	• Medicina e segurança do trabalho
• Ativo imobilizado	• Custos de produção	• Desenvolvimento de pessoal
• Orçamentos	• Previsão de vendas	• Benefícios
• Contabilidade gerencial	• Entrada de pedidos	• Remuneração (salários)
• Custos	• Faturamento	• Folha de pagamentos
• Análise da rentabilidade	• Fiscal	
	• Gestão de projetos	

### Sistema em módulos

O desenvolvimento do Sistema de Gestão Hospitalar, proporcionou o sistema a trabalhar de forma modular, sendo possível adquirir os módulos básicos e posteriormente, adquirir outros módulos que facilitaram a sua eficiência e a gestão da informação.

485

Conforme visita técnica o Complexo Zona Norte já possui e está implantado o sistema da Agfa HealthCare que oferecem os seguintes benefícios:

- Configuração personalizada do totem de autoatendimento, conforme o padrão definido pela instituição (por porta de entrada, especialidade, priorização de acordo com a idade, etc);
- Integração da gestão de filas com sistema de classificação de risco (triagem do paciente);
- Cadastro do paciente com controle sobre pendências: guias e suas validades, assinatura do termo de responsabilidade, débitos anteriores dos pacientes;
- Criação de listas de atendimento de pacientes conforme especialidade médica, classificação de risco, filas de prioridade, agilizando o processo de atendimento.
- Gerenciamento da produtividade médica, seja por horário, profissional ou especialidade.

- Agilidade no processo de obtenção de autorização para procedimentos, de forma automática, atuando diretamente no tempo de espera entre a solicitação e autorização por parte da fonte pagadora;
- Automação no processo de coleta de informações, utilizando leitura com código de barras, importantes no processo de rastreabilidade dos medicamentos, implementando as definições de farmacovigilância estabelecidas pela ANVISA;
- Controle e fornecimento de informações estatísticas e gerenciais: curva ABC do consumo, das compras e do estoque atual, comparativo entre consumo e faturamento;
- Disponibilização de relatórios de apuração e saldos finais, baseados no inventário/balanço;
- Geração automática de cotação a partir da sugestão eletrônica de compra;
- Gestão das doenças de notificação compulsória, através da adoção do CID 10;
- Gerencia o processo completo do faturamento: geração da fatura, auditoria, pré glosa, remessa, nota fiscal (convênio e particular), guia, XML (padrão TISS) e envio de informações para o SUS;
- Aderência às boas práticas e medicina baseada em evidência, com a adoção de protocolos clínicos;
- Registro e monitoramento da evolução do paciente, através de cálculos predefinidos classificando o estado clínico de acordo com escalas e índices;
- Visualização rápida e amigável do prontuário do paciente;
- Integração com dados provenientes de outros sistemas, em especial laboratoriais e de imagem;
- Certificação da SBIS, com nível de garantia de segurança – NGS 2 (assistencial ambulatorial);
- Priorização do atendimento, de acordo com a gravidade definida na classificação de risco.
- Implantação de fluxos, protocolos de atendimento, triagem e classificação de risco.
- Segurança nos processos, aumentando a confiabilidade das informações armazenadas, através da adoção de ferramentas de suporte a decisão.



## Soluções da Agfa HealthCare para prontos atendimentos e prontos socorros

PROPORCIONA GANHO EM PRODUTIVIDADE E MELHOR ATENDIMENTO AO PACIENTE, UTILIZANDO-SE DE UMA SOLUÇÃO QUE CONTEMPLA TODOS OS PROCESSOS, TANTO ADMINISTRATIVOS COM ASSISTENCIAIS, E PERMITINDO O GERENCIAMENTO DAS INFORMAÇÕES PARA ASPECTOS ESTRATÉGICOS.

Os serviços de emergência (prontos atendimentos e prontos socorros) necessitam de ferramentas que melhorem a capacidade da organização e gerenciamento do fluxo de pacientes e, respectivamente, dos recursos disponíveis, viabilizando a gestão e humanização do atendimento.

Todos os processos são integrados, evitando retrabalho e trazendo para todos os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, na assistência do paciente maior produtividade.

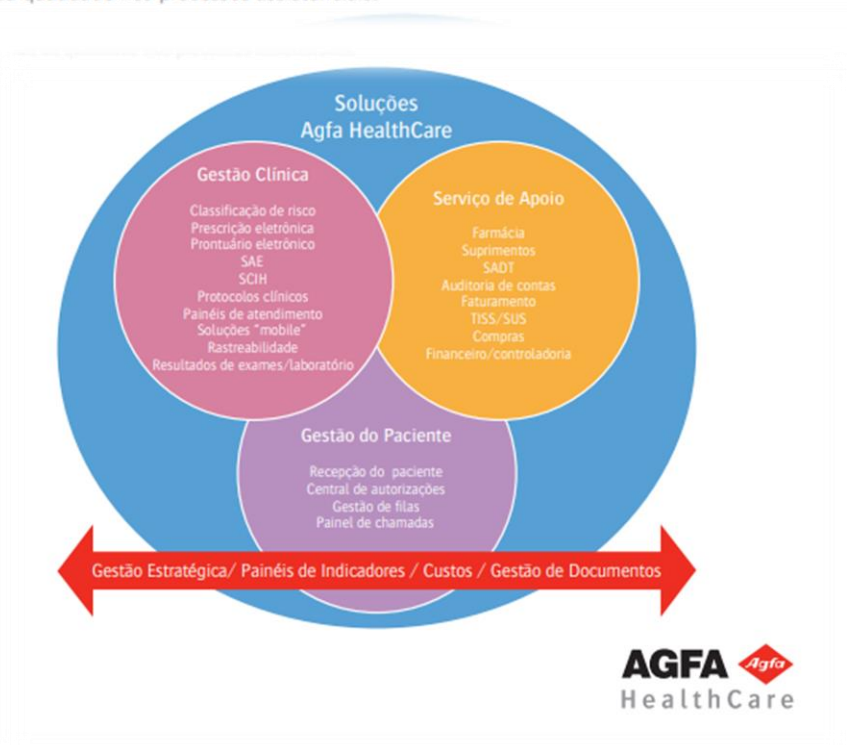
O alto grau de flexibilidade reflete-se na abrangência dos mais diversos níveis de complexidade, atendendo a necessidade dos mais diversos tipos de serviços de urgência e emergência, bem como o segmento público e privado.

Desenvolvido com foco nas melhores práticas do mercado, assegura a precisão das informações e padronização dos processos, permitindo aos envolvidos tomarem decisões em tempo real. Desta forma, provoca a inovação e busca da melhoria contínua da qualidade nos processos assistenciais.

Aderente aos processos de acreditação e programas de qualidade, possibilita a implementação da classificação de risco, atuando como instrumento reorganizador do fluxo de trabalho bem como apoiando as diretrizes de acolhimento. Amplia a resolutividade clínica ao incorporar critérios de avaliação de riscos, estratificando melhor os pacientes no binômio gravidade/doença e direcionando na priorização do atendimento.

A solução da Agfa HealthCare proporciona as organizações de Saúde benefícios tanto tangíveis (redução no tempo de atendimento, melhor alocação de recursos, controle de custos, entre outros) bem como aumento no processo de segurança do paciente como um todo, aspectos estes que se refletem em indicadores de qualidade, como satisfação do cliente e motivação dos profissionais envolvidos, através da padronização e integração dos processos, garantindo completa gestão da informação, o que viabiliza a excelência em resultados.

487



## 6.7 - CIÊNCIA E TECNOLOGIA

### 6.7.1 - CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ENTIDADES DE ENSINO PARA DESENVOLVIMENTO DE ESTÁGIOS CURRICULARES, TREINAMENTOS E RESIDÊNCIAS.

#### CONVÊNIO COM ENTIDADES DE ENSINO PARA DESENVOLVIMENTO DE ESTÁGIOS CURRICULARES, TREINAMENTOS E RESIDÊNCIAS

<b>Instituição de Ensino:</b> Rede Pública Estadual de Ensino nas Escolas Tecnológicas do Estado do Pará	
<b>Objeto:</b> Operacionalização de Programas de Estágio Curricular Obrigatório para alunos regularmente matriculados e frequentando a Rede Pública Estadual de Ensino nas Escolas Tecnológicas do Estado do Pará.	
<b>Data da assinatura:</b> 07/12/2017	<b>Vigência até:</b> 06/12/2019

<b>Instituição de Ensino:</b> Centro Educacional Eliã Ltda.	
<b>Objeto:</b> Estabelecer convênio de cooperação técnica para o desenvolvimento de atividades conjuntas, visando operacionalização de programas de Estágio curricular para alunos regularmente matriculados e cursando cursos Técnicos Profissionalizantes do Centro Educacional Eliã em: enfermagem, radiologia, recursos humanos e segurança no trabalho, de interesse curricular, obrigatório, entendido o estágio como estratégia de profissionalização em seus diversos aspectos, na forma da Lei 11788/2008.	
<b>Data da assinatura:</b> 25/01/2017	<b>Vigência até:</b> 25/01/2020

<b>Instituição de Ensino:</b> HOL e Universidade do Estado do Pará - UEPA	
<b>Objeto:</b> Programa de Residência Médica PRM no Hospital Jean Bitar nas seguintes especialidades: cirurgia geral, endoscopia e clínica médica, que engloba também: endocrinologia, dermatologia e neurologia.	

488

**Obs.: Documentação vide Anexo XIII**

## 6.7.2 - PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA NA ÁREA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU DE SAÚDE PÚBLICA.

### PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA NA ÁREA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU DE SAÚDE PÚBLICA

<b>Instituição:</b> IBSP (Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente)	
<b>Objeto:</b> Cooperação e intercâmbio técnico, científico, pedagógico, cultural, formação de parcerias, visando o desenvolvimento e execução de programas e projetos educacionais para a promoção e melhoria da assistência aos usuários dos serviços de saúde, aprimoramento qualificação e valorização dos profissionais da saúde, bem como o estabelecimento de mecanismos para realização e desenvolvimento de projetos de pesquisa na área de assistência hospitalar e da saúde pública e privada.	
<b>Data da assinatura:</b> 05/02/2016	<b>Vigência até:</b> 05/02/2021

<b>Instituição:</b> Universidade Federal do Pará - UFPA	
<b>Objeto:</b> Promover a mútua cooperação técnico-científica entre a conveniente e a conveniada, com vistas ao desenvolvimento de programas, projetos e atividades no campo da pesquisa, ensino, desenvolvimento tecnológico, informação técnico-científica e ações comunitárias.	
<b>Data da assinatura:</b> 02/01/2017	<b>Vigência até:</b> 02/01/2022

**Obs.: Documentação vide Anexo XIV**

### **6.7.3 - TERMO DE REFERÊNCIA PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE COM VISTA À CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DA UNIDADE.**

---

O termo de referencia de Educação Permanente pode ser visto também no item 5.1.8, da proposta de trabalho.

Mediante busca por aperfeiçoamento e desenvolvimento, temos como setor o Núcleo de Educação Permanente (NEP), que atua junto aos gestores através do Levantamento de Necessidade de Treinamento (LNT), transformando este no Plano Anual de Treinamento (PAT). O papel no NEP é buscar/ofertar a qualificação e capacitação dos profissionais da UNIDADE, visando a melhoria constante no resultado dos trabalhos.

#### **Tipos de Treinamento**

**TREINAMENTO DE INTEGRAÇÃO:** São aqueles que buscam ambientar e integrar os novos colaboradores e prestadores de serviço à empresa, tais como:

#### **TREINAMENTO INSTITUCIONAL:**

É a primeira parte do Treinamento de integração é ministrada pelo RH, NQSP, TI, SESMT, SCIH, SAU, Humanização e NEP, com temas como: História da empresa, produtos e serviços, benefícios, legislação trabalhista, código de conduta, aspectos da qualidade, entre outros.

#### **TREINAMENTO AMBIENTAÇÃO SETORIAL:**

É a segunda parte do treinamento e é ministrada pela chefia imediata, visando integrar e conscientizar o novo colaborador no seu ambiente de trabalho de maneira que possa assimilar as atividades a serem executadas no exercício de suas atividades e a importância de como elas contribuem para atingir os objetivos da empresa.

490

OBS: Todo treinamento deve ser registrado e repassado junto com relatórios, lista de presença, materiais e avaliações conforme IT (instrução de Trabalho) e IP (interação de processo) ao NEP, entregar até o dia 30 de cada mês para lançamento dos relatórios.

**Todo treinamento entregue ao NEP após esta data não será considerado válido para fins de lançamento para a UNIDADE/ INDSH e relatório do Estado e seria uma não conformidade para o setor solicitante.**

**Em casos extraordinários o NEP avaliará juntamente com a diretoria responsável.**

#### **TREINAMENTO NA UNIDADE DE TRABALHO:**

São aqueles realizados na empresa, no próprio ambiente de trabalho pela chefia imediata, (mas conhecido como treinamento interno), visando o treinamento na execução de tarefas (rotinas operacionais), conformes definidas pela instituição e instruções de trabalho (ITS).

**Estes treinamentos devem fazer parte da LNT, programado e realizado pelos responsáveis/ facilitadores, de acordo com a necessidade, frente à documentação podendo ser:**

- Aquisição, manutenção ou atualização de uso de novos equipamentos, quando necessário;
- Elaboração e/ou mudanças significativas de normas, procedimentos e/ou rotinas;
- Mudanças significativas na documentação;
- Contratação de novos colaboradores ou transferências internas;

**OBS: Estes procedimentos são considerados treinamentos na unidade de trabalho e deve obedecer rigidamente ao formulário padronizado, sem rasuras e devidamente assinados.**

#### **TREINAMENTOS NORMATIVOS:**

São aqueles treinamentos que são sob forma de cumprimento de legislação, a qual sua realização é regida por norma regulamentadora o qual visa atender a competência/segurança patrimonial e pessoal:

**Ex: NR 10, NR 32, NR 35, as RDCs**

#### **TREINAMENTOS EXTERNOS:**

São aqueles realizados fora das dependências da empresa ministrados por entidades externas, como: cursos, congressos, seminários, sempre sob aprovação prévia da diretoria através do formulário padronizado do NEP.

OBS: Em caso de convocação imediata do INDSH e demais órgãos para treinamentos, ou qualquer procedimento que caracterizamos de aprendizado com necessidade de multiplicação ou aplicações futuras e tenham sido realizadas através das DIRETORIAS sem o procedimento de fluxo normal, deve ser comunicado ao NEP e posteriormente, com a volta do colaborador, o mesmo deve apresentar relatório (conforme padrão) e apresentar os dados (horas e custos) que o NEP mensalmente registra e encaminha aos interessados.

O NEP não se responsabilizará por dados que não tenham sido oficialmente passados ao setor.

491

#### **TREINAMENTO EXTRA-PAT:**

Podem ocorrer necessidades imediatas de treinamento nas áreas, as quais serão consideradas como treinamentos Extra - PAT.

São aqueles realizados nas dependências da empresa ou fora dela, ministrados por entidades externas ou por facilitadores internos, cursos, congressos, seminários, sob aprovação prévia da diretoria através do formulário padronizado do NEP.

Para estas serão exigidos também o formulário de solicitação, os quais devem ser encaminhados ao NEP no mínimo 10 dias antes da data de realização do treinamento.

#### **Avaliações De Treinamento**

É a etapa final do processo de treinamento, objetivando a eficácia e medição dos resultados obtidos, tendo como meta de eficácia a ser evidenciada nos registros a serem disponibilizados.

#### **AValiaÇÃO DE TREINAMENTO (REAÇÃO):**

É realizado ao término do treinamento e preenchido pelo participante.

### **AVALIAÇÃO DE APRENDIZADO (PRÉ E PÓS TESTE):**

Aplicada a determinados treinamentos onde se exige a prática do que foi abordado durante o curso, para um melhor aproveitamento das informações.

A abordagem teórica - prática conta com aplicação de testes pré e pós-treinamento realizada nos setores durante o horário de trabalho dos colaboradores.

### **AVALIAÇÃO DE TREINAMENTO (RESULTADOS/EFICÁCIA):**

É aplicada após 60 ou 90 dias do término do treinamento, devendo ser preenchida pela chefia imediata do setor onde foi realizado o treinamento.

OBS: O Período não poderá ultrapassar 15 (quinze) dias para preenchimento pelo responsável da área solicitante e produção do relatório final da eficácia, sendo o NEP responsável por essa última etapa do processo.

### **TABELA DE GRAU DE EFICÁCIA DO TREINAMENTO.**

<b>Ótimo</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Insatisfatório</b>
<b>9 a 10</b>	<b>7 a 8</b>	<b>5 a 6</b>	<b>0 a 4</b>

Caso o resultado da avaliação esteja abaixo do grau de eficácia dos treinamentos (média abaixo ou igual a 6) o NEP deverá notificar a área solicitante do treinamento avaliado, sobre a ação corretiva ou plano de ação a ser realizado e fazer o registro.



## 6.7.4 - CERTIFICAÇÃO DE HOSPITAL DE ENSINO

Hospitais de Ensino são estabelecimentos de saúde que pertencem ou são conveniados a uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, que servem de campo para a prática de atividades de ensino na área da saúde e que são certificados conforme o estabelecido na legislação do Programa de Certificação de Hospitais de Ensino.

Esses hospitais se caracterizam por serem unidades de referência em procedimentos de maior densidade tecnológica (complexidade), são centros de formação, ensino e atuação de importantes especialidades de saúde, em especial dos profissionais médicos especialistas e contribuem nos processos de inovação assistencial e incorporação tecnológica em saúde.

Desde a sua instituição, 202 estabelecimentos hospitalares mediante publicação de portarias, aderiram ao Programa Interministerial de Certificação dos Ministérios da Saúde e Educação.

### Objetivos

- Garantir, de forma progressiva e planejada, a melhoria da qualidade da atenção à saúde, do ensino, da pesquisa e da gestão oferecidos pelos HE.
- Garantir a qualidade da formação de novos profissionais de saúde e da educação permanente em saúde para os profissionais já atuantes, priorizando as áreas estratégicas do SUS.
- Estimular a inserção da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na gestão de tecnologias em saúde, de acordo com as necessidades do SUS.
- Garantir a inserção dos HE na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com participação efetiva nas políticas prioritárias do SUS.
- Estimular a participação dos HE nos programas e projetos que visam à ampliação da oferta de profissionais médicos no SUS.
- Integrar os HE nos programas e projetos que visam à ampliação da oferta de profissionais médicos no SUS.
- Apoiar as demandas de mudanças do perfil da formação médica ao nível de graduação e residência médica, conforme previsto no Programa Mais Médicos.

493

O Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano, por meio da Comissão de Ensino e Pesquisa e em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, irá desenvolver um plano estratégico de alcance para a CERTIFICAÇÃO DE HOSPITAL DE ENSINO, de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e da Educação.

### Legislação Vigente

Portaria Interministerial MEC/MS nº 285, de 24 de março de 2015.



## 6.8 - POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

### 6.8.1 - APRESENTAR PROJETO PARA DEFINIÇÃO DA POLÍTICA DE SEGURANÇA NO TRABALHO E PREVENÇÃO DE ACIDENTES. CRIAÇÃO DE COMISSÃO ESPECÍFICA.

---

#### MANUAL DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO - SESMT

##### INTRODUÇÃO

O SESMT-Segurança e Medicina do Trabalho é responsável por garantir a segurança, saúde e qualidade de vida no trabalho dos profissionais da Instituição, garantindo o cumprimento das normas regulamentadoras, reportando-se diretamente a Gerencia Administrativa.

A política de Segurança do Trabalho, praticada pela instituição, é pautada nos valores institucionais e organizacionais e desenvolvida através de estratégias que garantem seu funcionamento, sendo norteadores a ética, confiabilidade e sigilo das informações pertinentes ao setor.

A premissa básica do SESMT é o envolvimento de todos os níveis da Instituição no reconhecimento da importância da “Segurança e Saúde no Trabalho” nas atividades cotidianas. Promovendo o interesse de todos em participar da observação e detecção de problemas existentes nos locais de trabalho (riscos de acidente, ergonômicos, físico, químico, biológico).

Desenvolver a cultura prevencionista de forma consciente e voluntária em todos os níveis da hierárquicos, buscando a participação do maior número de colaboradores no processo preventivo institucional de forma conjunta identificando os riscos, propondo soluções e aderindo à ideia de desenvolver suas atividades laborais de forma segura.

494

A prerrogativa e responsabilidade dos profissionais de segurança e saúde no trabalho envolve a análise das condições do ambiente de trabalho, instalações físicas, condições sanitárias do local e das adjacências, equipamentos de proteção individual e coletivos (EPI/EPC), atendimento a legislação federal e regulamento e normas estaduais e municipais, além dos cuidados na prevenção de incêndio e outros sinistros, com atenção a preservação do meio ambiente.

##### Objetivo

O manual de Segurança do Trabalho, é um documento corporativo, que orienta quanto as diretrizes institucionais que visam estabelecer conceitos para o macroprocesso de segurança, garantindo a segurança, a saúde e qualidade de vida no trabalho, e o cumprimento da legislação.

##### Objetivos Específicos

- Integrar os programas de prevenção e saúde do trabalhador (Programa de Prevenção Riscos Ambientais e Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional);
- Promover a integração entre os setores envolvidos nos programas, como SCIH e as demais lideranças;
- Identificar e antecipar os riscos ambientais detectados no âmbito interno da instituição;

- Controlar, orientar e responder pela definição e adoção dos EPI adequados aos riscos laborais, inclusive verificando o CA-Certificado de Aprovação
- Inspecionar as áreas, orientando para a correção de eventuais falhas concorrentes contra a segurança e proteção;
- Definir metas preventivas em conjunto com a direção, cumprir as metas estabelecidas do programa;
- Controlar os exames médicos e ASO, admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, mudança de função e demissionais de forma a garantir o histórico laborar do trabalhadores da unidade;
- Controlar o status vacinal dos trabalhadores conforme previsto no PCMSO;
- Analisar as ocorrências de Acidente do Trabalho, objetivando a identificação e eliminação das causas;
- Elaborar cronograma de treinamentos e palestras de acordo com as atividades da Unidade e determinações legais previstas nas Normas Regulamentadoras;
- Emitir relatórios informando as condições insalubres e inseguras no ambiente laboral;
- Inspecionar periodicamente os setores;
- Orientar e acompanhar a CIPA;
- Atentar para surgimento de novos riscos, e adotar medidas preventivas e corretivas para eliminar, neutralizar ou controlar os riscos.;
- Inspecionar e controlar equipamentos de combate à incêndios (hidrantes, mangueiras, extintores, etc.)
- Treinar e orientar a Brigada de incêndio;

Observar os critérios do Plano de atuação da Brigada de Incêndio

- Promover ações de prevenção contra incêndios;
- Treinar os trabalhadores para o uso correto de EPI, higienização, guarda e conservação;
- Manter-se atualizado sobre as normas de segurança saúde do MTE, RDC, legislação ambiental, previdenciária, e demais norma aplicáveis a segurança do trabalhador.
- Desenvolver indicadores de segurança e saúde, aplicando suas análises em melhoria contínua dos aspectos preventivos.

495

#### Ferramentas administrativas e de gestão:

O SESMT do INDSH, dispõe de IT - Instruções de Trabalhos, FO - Formulários e FLU - Fluxos previstos na Política de Segurança Corporativa, citados nesse manual, e deve aplicá-los como ferramentas de apoio ao sistema de gestão de segurança e saúde.

Os resultados das análises devem ser comunicados a Diretoria, Gestores e todos os trabalhadores da unidade, usando a profundidade e linguagem adequada, valendo-se dos meios de comunicação consagrados na unidade.

#### **NORMAS REGULAMENTADORAS,**

A tarefa preventiva executada pelo SESMT, deve ter como fio condutor, primordialmente o cumprimento estrito da lei (*Compliance*) observando os critérios legais e normativos, de forma a garantir a segurança e saúde dos trabalhadores, a

redução dos riscos, a redução dos passivos trabalhistas, as decisões estratégicas da Instituição, o cumprimento de metas preventivas e de qualidade de vida no trabalho.

Para concretizar a implantação da política de segurança e saúde, é imperativo ao SESMT utilizar-se deste manual, que direciona à concretização da ideologia do INDSH aplicáveis às suas unidades.

## **INSTRUMENTOS LEGAIS**

Ao SESMT cabe a função de administrar o cumprimento das Normas Regulamentadoras, tornando possível à Unidade instrumentalizar o processo de segurança do trabalho garantindo o cumprimento da legislação e o processo de melhoria contínua.

- Normas Regulamentadoras aplicáveis e de observância obrigatória em agenda de trabalho anua são:
- NR 1 - Disposições Gerais: Estabelece o campo de aplicação de todas as Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho urbano, bem como os direitos e obrigações do Governo, dos Empregadores e dos Empregados, envolvendo as Ordens de Serviços-OS.
- NR 4 – Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho SESMT: Estabelece a obrigatoriedade das empresas públicas e privadas, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT, de organizarem e manterem em funcionamento, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.
- NR 5 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA: Estabelece a obrigatoriedade de as empresas públicas e privadas organizarem e manterem em funcionamento, por estabelecimento, uma comissão constituída exclusivamente por empregados com o objetivo de prevenir infortúnios laborais.
- NR 6 - Equipamentos de Proteção Individual - EPI: Estabelece e define os tipos de EPI que as empresas estão obrigadas a fornecer a seus empregados, sempre que as condições de trabalho o exigirem, a fim de resguardar a saúde e a integridade física dos trabalhadores.
- NR 7 - Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional: Estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO.
- NR 8 - Edificações: Dispõe sobre os requisitos técnicos mínimos que devem ser observados nas edificações para garantir segurança e conforto aos que nelas trabalham.
- NR 9 - Programas de Prevenção de Riscos Ambientais–PPRA: Estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, visando à preservação da saúde e da integridade física dos trabalhadores.

- NR 10 - Segurança em Instalações e Serviços em Eletricidade: Estabelece os requisitos e condições mínimas objetivando a implementação de medidas de controle e sistemas preventivos, de forma a garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores que, direta ou indiretamente, interajam em instalações elétricas e serviços com eletricidade.
- NR 11 - Transporte, Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Materiais: Estabelece os requisitos de segurança a serem observados nos locais de trabalho, no que se refere ao transporte, à movimentação, à armazenagem e ao manuseio de materiais, tanto de forma mecânica quanto manual, objetivando a prevenção de infortúnios laborais.
- NR 13 - Caldeiras e Vasos de Pressão: Estabelece todos os requisitos técnicos e legais relativos à instalação, operação e manutenção de caldeiras e vasos de pressão, de modo a se prevenir a ocorrência de acidentes do trabalho.
- NR 15 - Atividades e Operações Insalubres: Descreve as atividades, operações e agentes insalubres, inclusive seus limites de tolerância, definindo assim, as situações que, quando vivenciadas nos ambientes de trabalho pelos trabalhadores, ensejam a caracterização de atividades insalubres, com o respectivo adicional.
- NR 16 - Atividades e Operações Perigosas: Regulamenta as atividades e as operações legalmente consideradas perigosas e seu respectivo adicional.
- NR 17 - Ergonomia: Estabelece parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às condições psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente.
- NR 23 - Proteção Contra Incêndios: Estabelece as medidas de proteção contra Incêndios, que devem dispor os locais de trabalho, visando à prevenção da integridade física dos trabalhadores e do patrimônio. Devendo observar a legislação local aplicável.
- OBS: Os SESMT devem observar as particularidades da legislação Estadual aplicáveis a prevenção e combate à incêndios.
- NR 24 - Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho: Disciplina os preceitos de higiene e de conforto a serem observados nos locais de trabalho, especialmente no que se refere a: banheiros, vestiários, refeitórios, cozinhas, alojamentos e água potável, visando a higiene dos locais de trabalho e a proteção à saúde dos trabalhadores.
- NR-26 - Sinalização de Segurança: Estabelece a padronização das cores a serem utilizadas como sinalização de segurança nos ambientes de trabalho, de modo a proteger a saúde e a integridade física dos trabalhadores.
- NR 27 - Registro Profissional do Técnico de Segurança do Trabalho no Ministério do Trabalho: Estabelece os parâmetros para a função de técnico de segurança do trabalho, em especial no que diz respeito ao seu registro profissional como tal, junto ao Ministério do Trabalho. Obs.: Portaria N.º 13, de 20 de Dezembro de 1995.

497

- NR 28 – Fiscalização e Penalidades: Estabelece as penalidades aplicáveis face ao descumprimento das determinações das Normas Regulamentadoras, com valor das multas variando e 1 a 10 vezes a inicial.
  - NR-32 - Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde: Estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em estabelecimentos de assistência à saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.
  - RDC 306- Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.
  - Portaria 453 ANVISA, de 01 de junho de 1998
  - RDC 220- STA-Serviço de Terapia Antineoplásica
  - RDC 50- de 21 de fevereiro de 2002
  - CNEN 3.01 Diretrizes Básicas de Proteção Radiológica
  - CNEN- 6.05 Gerência de Rejeitos Radioativos
  - Lei Nº 8.213, de 24 de julho de 1991.
  - Decreto Nº 3.048 - DE 06 de maio de 1999
  - Portaria N.º 3.275, de 21 de setembro de 1989 – Atividades do Técnico de Segurança do Trabalho
- Obs: Esta lista não é exaustiva.**

498

## **PROGRAMAS: PPRA, PCMSO, PPR**

### **PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais**

O PPRA é parte integrante do conjunto mais amplo de iniciativas da Instituição, no campo da preservação da saúde e da integridade física dos trabalhadores.

### **Objetivos do PPRA**

- PPRA tem como objetivo a prevenção da saúde e a integridade física dos trabalhadores, estando articulado, e atendendo as obrigatoriedades legais previstas nas demais Normas Regulamentadoras, através do desenvolvimento das seguintes etapas:
- Antecipação;
- Reconhecimento;
- Avaliação e controle dos riscos ambientais existentes nos locais de trabalho.

### **Responsabilidades**

#### **DO EMPREGADOR:**

- O empregador é o responsável por estabelecer, implementar e assegurar o cumprimento do PPRA, como atividade permanente da empresa.
- Informar aos trabalhadores sobre os riscos ambientais e meios disponíveis de proteção.

### **DOS TRABALHADORES:**

- Os trabalhadores têm como responsabilidade colaborar e participar na implementação e execução do PPRA.
- Seguir as orientações recebidas nos treinamentos oferecidos dentro do PPRA; e informar ao seu superior hierárquico direto as ocorrências que, a seu julgamento, possam implicar em riscos à saúde dos trabalhadores.

### **DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO – SESMT:**

- Elaborar o PPRA observando os critérios de avaliação qualitativa e quantitativa dos riscos, atendendo a todas as áreas de trabalho da Instituição e articular com o PCMSO
- Assessorar as unidades do estabelecimento na efetiva implantação do PPRA e em todos os demais assuntos relacionados com a segurança e medicina do trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física dos funcionários.
- Realizar anualmente junto com a administração do estabelecimento a reavaliação do PPRA.
- Apresentar o PPRA e a análise global do programa à CIPA.

### **INTEGRAÇÃO COM A CIPA**

- Os empregados participarão do programa, através dos seus representantes da CIPA dando sugestões e informando a administração sobre condições que julgarem de risco, observando que o PPRA é documento técnico não subjetivo.,
- O documento base, suas alterações e complementações serão apresentados e discutidos na CIPA, de acordo com a nr-5, permanecendo à disposição para consulta, não são permitidas cópias sem autorização da direção da Unidade.

499

### **DEFINIÇÕES IMPORTANTES**

#### **HIGIENE OCUPACIONAL**

- É a ciência e arte dedicada à prevenção, reconhecimento, avaliação e controle dos riscos existentes ou originados nos locais de trabalho, os quais podem prejudicar a saúde e o bem-estar das pessoas no trabalho, enquanto considera os possíveis impactos sobre o meio ambiente em geral.

#### **RISCOS AMBIENTAIS**

- Para efeito da NR – 9, que trata do PPRA, são considerados riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, forem capazes de causar dano a saúde do trabalhador.

#### **AGENTES FÍSICOS**

- São as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores.
- Devem ser considerados durante as avaliações, os agentes físicos que se apresentam nas seguintes formas de energia: ruído; vibração; pressões anormais; temperaturas extremas; radiações ionizantes e radiação não ionizantes que ofereçam riscos aos trabalhadores, estejam no limite de ação ou acima dos limites de tolerância estabelecidos.

#### **AGENTES QUÍMICOS**

- São substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, ou pela natureza da atividade de exposição possam ter contato através da pele ou serem absorvidos pelo organismo por ingestão,



exemplos: poeiras, fumos, névoas, neblina, gases e vapores, que ofereça riscos aos trabalhadores.

### **AGENTES BIOLÓGICOS**

São Agentes Biológicos os microrganismos, geneticamente modificados ou não; as culturas de células; os parasitas; as toxinas e os príons.

Os agentes biológicos são classificados em:

- Classe de risco 1: baixo risco individual para o trabalhador e para a coletividade, com baixa probabilidade de causar doença ao ser humano.
- Classe de risco 2: risco individual moderado para o trabalhador e com baixa probabilidade de disseminação para a coletividade. Podem causar doenças ao ser humano, para as quais existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.
- Classe de risco 3: risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade de disseminação para a coletividade. Podem causar doenças e infecções graves ao ser humano, para as quais nem sempre existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.
- Classe de risco 4: risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade elevada de disseminação para a coletividade. Apresenta grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro. Podem causar doenças graves ao ser humano, para as quais não existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.

### **ESTRATÉGIA E METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO**

- Devem ser avaliados os agentes ambientais, quando necessários, deverão ser utilizadas as normas da FUNDACENTRO e da ABHO e ABNT consagradas nas normas de higiene do trabalho.
- Devem ser observados as convenções coletivas.
- Devem ser acompanhados das súmulas do TST e precedentes normativos.

### **ESTRUTURA DO PPRA**

- O PPRA descrito no documento base deve conter os aspectos estruturais do programa, tais como:
- O planejamento anual com o estabelecimento das metas a serem cumpridas e com os prazos para a sua implantação;
- A estratégia e a metodologia de ação;
- A forma de registro;
- Manutenção e divulgação dos dados;
- Periodicidade e forma de avaliação do seu desenvolvimento.
- Desenvolvimento do PPRA
- Análise Global do Programa

500

### **Antecipação**

Esta etapa envolve:

- A análise de novos projetos;
- Instalações;
- Produtos;
- Métodos ou processos de trabalho ou de modificação das já existentes;
- O objetivo é a identificação dos riscos potenciais e a introdução das medidas de controle necessárias, antecipando-se a exposição ao risco ambiental.

### **Reconhecimento**

Esta etapa envolve a identificação e a explicitação, dos riscos existentes nos ambientes de trabalho.

As informações necessárias nesta etapa são:

- A determinação e localização das possíveis fontes geradoras;
- Trajetórias e meios de propagação;
- Caracterização das atividades e do tipo de exposição;



- Identificação das funções e determinação do número de trabalhadores expostos ao risco;
- Obtenção de dados existentes na empresa;
- Indicativos de possível comprometimento da saúde decorrentes do trabalho;
- Possíveis danos à saúde relacionados aos riscos identificados.
- A descrição das medidas de controle já existentes na empresa e das possíveis alterações para aumentar a sua eficiência na redução ou eliminação dos riscos ambientais e informações obtidas nos seguintes documentos:
- Levantamentos de riscos nos postos de trabalho.

### **ANÁLISE PRELIMINAR DE RISCOS – APR.**

A análise preliminar de riscos é aplicável às tarefas não corriqueiras e esporádicas que ofereçam riscos aos trabalhadores e ao ambiente, e devem conter:

- Avaliação dos riscos
- Identificação dos perigos
- Equipamentos de proteção adequados ao trabalho
- Responsáveis pela execução
- Responsáveis pela supervisão.
- Determinação da intensidade dos agentes;
- Observar FO.INDSH.SESMT.053 V001 - Permissão para trabalho

### **CONTROLE DOS RISCOS AMBIENTAIS**

- Envolve a adoção de medidas necessárias e suficientes para a eliminação ou redução dos riscos ambientais;
- Devem ser adotadas medidas de controle quando forem identificados os riscos potenciais na fase de antecipação;
- Quando forem constatados riscos evidentes a saúde na fase de reconhecimento;
- Quando os resultados das avaliações quantitativas forem superiores aos valores limites previstos na NR15 ou na *ACGIH (American Conference Of Governmental Industrial Hygienists)* e,
- Quando, através do controle médico da saúde, ficar caracterizado o nexo causal entre danos observados na saúde e dos trabalhadores e a situação de trabalho a que eles ficam expostos.

501

### **NÍVEL DE AÇÃO**

É o valor acima do qual deverão ser iniciadas as medidas preventivas de forma a minimizar a probabilidade de que as exposições a agentes ambientais ultrapassem os limites de exposição tais como:

- ✓ Medições periódicas dos agentes de riscos;
- ✓ Treinamento dos trabalhadores;
- ✓ Acompanhamento médico com monitoramento biológico apropriado.
- ✓ Os níveis adotados são os previstos na NR – 9.
- ✓ Agentes químicos: metade dos limites de exposição ocupacionais adotados.
- ✓ Ruído: dose de 0.5 (50% de dose) do limite de tolerância previsto para a jornada de trabalho

### **PERIODICIDADE, FORMA DE AVALIAÇÃO E REVISÃO DO PPRA**

O PPRA será revisado sempre que necessário e pelo menos uma vez ao ano com o objetivo de avaliar o seu desenvolvimento e realizar os ajustes necessários, bem como o monitoramento ou reavaliação para verificação da eficácia das medidas de controle implementadas.

## **ESTABELECIMENTO DO PLANO DE AÇÃO, METAS, PRIORIDADE E CRONOGRAMA**

- ✓ Devem ser relacionadas em cronograma, as metas estabelecidas bem como o planejamento para o cumprimento destas metas.
- ✓ O objetivo destas recomendações é a minimização ou a eliminação da exposição dos trabalhadores aos riscos ambientais

## **REGISTRO, MANUTENÇÃO E DIVULGAÇÃO DE DADOS**

- ✓ O registro dos dados contidos no documento-base do PPRA devem ser mantidos arquivado pelo empregador por um período mínimo de 20 anos., incluindo os documentos complementares, como os laudos técnicos de avaliação de riscos ambientais, cronogramas e Análise Global.

Cabe ainda ao SESMT definir as áreas de riscos estabelecendo as regras e restrições para uso de vestimentas específicas e proibições de adornos observando IT -VESTIMENTAS E ADORNOS

## **LTCAT – ANÁLISE AMBIENTAL**

Para os agentes quantitativos que não possuam limites de tolerância estabelecidos pela NR.15 do MTE, deverão ser utilizados os limites de tolerância da última edição da ACGIH ou aqueles que venham a ser estabelecidos em negociação coletiva de trabalho, desde que mais rigorosos do que os critérios técnicos-legais estabelecidos, nos termos da alínea 'c', item 9.3.5.1 da NR.09 do MTE. A partir da publicação da IN INSS/DC nº99, de 5 de setembro de 2003, para as empresas obrigadas ao cumprimento das Normas Regulamentadoras do MTE, nos termos do item 1.1 da NR-01 do MTE, o LTCAT será substituído pelos programas de prevenção PPRA, PGR e PCMAT.

As demais empresas poderão optar pela implementação dos programas referidos no caput, em substituição ao LTCAT.

Os documentos referidos no caput deverão ser atualizados pelo menos uma vez ao ano, quando da avaliação global, ou sempre que ocorrer qualquer alteração no ambiente de trabalho ou em sua organização, por força dos itens 9.2.1.1 da NR-09, 18.3.1.1 da NR-18 e da alínea 'g' do item 22.3.7.1 e do item 22.3.7.1.3, todas do MTE.

As empresas desobrigadas ao cumprimento das NR do MTE, nos termos do item 1.1 da NR-01 do MTE, que não fizeram opção pelo disposto no parágrafo 1º do artigo anterior, deverão elaborar LTCAT, respeitada a seguinte estrutura:

- I - Reconhecimento dos fatores de riscos ambientais;
- II - Estabelecimento de prioridades e metas de avaliação e controle;
- III - avaliação dos riscos e da exposição dos trabalhadores;
- IV - especificação E implantação de medidas de controle e avaliação de sua eficácia;
- V - Monitoramento da exposição aos riscos;
- VI - registro E divulgação dos dados;
- VII - avaliação global do seu desenvolvimento, pelo menos uma vez ao ano ou sempre que ocorrer qualquer alteração no ambiente de trabalho ou em sua organização, contemplando a realização dos ajustes necessários e estabelecimento de novas metas e prioridades.

1º - Para o cumprimento do inciso I, deve-se contemplar:

- a) a identificação do fator de risco;
- b) a determinação e localização das possíveis fontes geradoras;
- c) a identificação das possíveis trajetórias e dos meios de propagação dos agentes no ambiente de trabalho;
- d) a identificação das funções e determinação do número de trabalhadores expostos;

502

- e) a caracterização das atividades e do tipo da exposição;
- f) a obtenção de dados existentes na empresa, indicativos de possível comprometimento da saúde decorrente do trabalho;
- g) os possíveis danos à saúde, relacionados aos riscos identificados, disponíveis na literatura técnica;
- h) a descrição das medidas de controle já existentes.

Quando não forem identificados fatores de riscos do inciso I, o LTCAT poderá resumir-se aos incisos I, VI e VII, declarando a ausência desses.

O LTCAT deverá ser assinado por engenheiro de segurança do trabalho, com o respectivo número da Anotação de Responsabilidade Técnica-ART junto ao Conselho Regional de Engenharia e Arquitetura-CREA ou por médico do trabalho, indicando os registros profissionais para ambos.

Considera-se o LTCAT atualizado aquele que corresponda às condições ambientais do período a que se refere, observado o disposto no parágrafo 2º do artigo 186 e inciso VII do artigo 187.

São consideradas alterações no ambiente de trabalho ou em sua organização, entre outras, aquelas decorrentes de:

- I - Mudança de layout;
- II - Substituição de máquinas ou de equipamentos;
- III - adoção ou alteração de tecnologia de proteção coletiva;
- IV - Alcance dos níveis de ação estabelecidos no subitem 9.3.6 da NR-09, aprovadas pela Portaria nº 3.214, de 1978, do MTE, se aplicável;
- V - Extinção do pagamento do adicional de insalubridade.

Os documentos de que tratam os artigos 186 e 187, emitidos em data anterior ao exercício da atividade do segurado, poderão ser aceitos para garantir direito relativo ao enquadramento de tempo especial, após avaliação por parte do INSS.

Os documentos de que tratam os artigos 186 e 187, emitidos em data posterior ao exercício da atividade do segurado, poderão ser aceitos para garantir direito relativo ao enquadramento de tempo especial, após avaliação por parte do INSS.

503

### **EPI -Equipamento de Proteção Individual**

O SESMT da unidade do INDSH, definirá em conjunto com o setor usuário, os EPI adequados e necessários às atividades da instituição, considerando o disposto na NR 6, em particular aos seguintes aspectos:

- Validade dos CA-Certificados de Aprovação;
- Adequação ao risco;
- Facilidade de uso;
- Conforto e adaptação do usuário.

### **Barreira de proteção:**

São os equipamentos destinados a proteção do trabalhador, mas que não tem Certificados de Aprovação, porém com registro na ANVISA.

Devem compor as medidas preventiva e protetivas do trabalhador.

### **EPRI- Equipamentos de Proteção Radiológica de uso Individual.**

São os equipamentos destinados a proteção do trabalhador com possibilidades de exposição à Radiação Ionizante, que não tem Certificados de Aprovação, porém com registro na ANVISA.

Devem compor as medidas preventiva e protetivas do trabalhador dos setores de radiodiagnóstico e medicina nuclear.

A definição dos EPI deve seguir o disposto na IT. EPI Equipamentos de proteção Individual e Barreiras de proteção.

## ACIDENTE DE TRABALHO

Acidente de trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional podendo causar morte, perda ou redução permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

As ocorrências de acidentes deverão ser analisadas observando os critérios da IT. Procedimentos em caso de acidentes de trabalho ou Trajeto, e do formulário - Relatório de Investigação de Acidente de Trabalho Trajeto.

Equiparam-se aos acidentes de trabalho:

1. O acidente ocorrido quando em prestando serviços por ordem da empresa ou fora do local de trabalho
2. O acidente ocorrido quando em viagem a serviço da empresa
3. O acidente ocorrido no trajeto entre a casa e o trabalho ou do trabalho para casa.
4. Doença profissional (as doenças provocadas pelo tipo de trabalho).
5. Doença do trabalho (as doenças causadas pelas condições do trabalho).

Os acidentes de trabalho de maior gravidade na área de saúde, tem relação com os agentes biológicos, estão relacionados a exposição a esses agentes através de acidentes com material perfurocortantes contaminados, e com fluidos corporais potencialmente contaminados.;

Os cuidados com eventos dessa natureza devem observar os critérios estabelecidos nos seguintes documentos:

FORMULÁRIO - Relatório de Investigação de Acidente com Material Biológico

FORMULÁRIO - Termo de Consentimento do Usuário para coleta de Exame de HIV, Hepatite B e C

FORMULÁRIO - Termo de Consentimento do Colaborador para coleta de exame de HIV, Hepatite B e C por ATMB

FORMULÁRIO - Convocação para Controle de Acidente Biológico

FORMULÁRIO - Termo de Consentimento Usuário Fonte

FORMULÁRIO - Solicitação de exames para acidente com material biológico

FORMULÁRIO - Fluxo de Acidentes do Trabalho e Urgência e Emergência a Colaboradores

Fluxo de Acidentes com Material Biológico

Acidente com Material Biológico

Fluxo de Acidentes com Material Biológico

504

## INSPEÇÃO

Cabe ao SESMT inspecionar as áreas e da instituição objetivando identificar condições inseguras que possam contribuir para a ocorrências de acidentes, ou exposição a agentes de riscos.

As inspeções devem ser realizadas periodicamente, conforme previsto no FORMULÁRIO - Cronograma Anual de Inspeção Técnica, considerando as particularidades de cada área, os riscos descritos no PPRA e o histórico de eventos indesejáveis utilizando a IT. Inspeção de Segurança e FORMULÁRIO - Inspeção Diária – Não conformidades encontradas.

Especial atenção deve ser dispensada aos equipamentos de combate a incêndios incluindo extintores, mangueiras e hidrantes devem ser inspecionados visualmente e a cada período definido no FORMULÁRIO - Inspeção Mensal de Hidrantes e FORMULÁRIO - Inspeção Mensal de Extintores, FORMULÁRIO - ETIQUETA Controle de Inspeção de Extintores, registrando as alterações verificadas.

## TERCEIROS/FORNECEDORES

Os terceiros prestadores de serviço, devem seguir as recomendações de segurança e regras de conduta adotados no INDSH, considerando as regras

do contrato, as exigências técnicas e legais e ainda a regras da IT.- Integração de Prestadores de Serviço e Contratação de Terceiros e do FORMULÁRIO - Permissão para trabalho.

### **CIPA**

A CIPA-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.

As unidades do INDSH que devem constituir CIPA, devem atender aos requisitos da NR 5, mantendo-a em regular funcionamento.

A CIPAS será constituída, nos três meses iniciais da unidade, considerando a participação de todos os trabalhadores.

Para tanto caberá à direção em conjunto do O SESMT, constituir Comissão Eleitoral para esclarecer os objetivos da comissão, promovendo a comunicação interna de forma clara. A constituição e treinamento da CIPA deverá ocorrer em até 100 dias início das atividades e o treinamento de forma imediata após o pleito.

### **MAPA DE RISCO**

O mapa de riscos é a descrição visual gráfica dos riscos percebidos pela CIPA nas áreas de trabalho, devem ser realizados pelos Cipeiros com apoio do SESMT, sendo elaborado a cada nova gestão.

A elaboração deve ser exclusivamente da CIPA, com a visão do trabalhador.

O mapa de risco não guarda qualquer definição técnica e, portanto, não deve ser usado para definir aspetos preventivos. O mapa deverá ser elaborado com base na planta ou croquis do setor mapeado, não devendo ser usadas imagens de trabalhadores do setor.

505

### **INDICADORES**

Os Indicadores têm por objetivo, o monitoramento das ações preventivas, e medição dos eventos indesejados, incluindo acidentes de trabalho e de trajeto, doenças do trabalho, afastamentos por doenças e os incidentes verificados no período de competência, mensal e fechamento anual.

Os indicadores devem atender aos critérios da NR 4, anexos III IV, V e VI. E ainda o disposto Índice de Acidentes de Trabalho, e devem ser discutidos com a Direção da unidade e gestores buscando a correção das causas dos eventos registrados.

OS indicadores devem estar à disposição da fiscalização do Trabalho.

### **MEDICINA DO TRABALHO**

PCMSO é o **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional** e foi instituída pela NR 7 (Norma Regulamentadora), aprovada pela Secretaria de Segurança e Saúde no trabalho.

O PCMSO tempo por objetivo a elaboração e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com o objetivo de promover e preservar a saúde do conjunto dos seus trabalhadores do INDSH.

Todos os candidatos a emprego no INDSH serão avaliados pela medicina do trabalho no processo de admissão para determinar a aptidão para o cargo desejado. Após a admissão todos os empregados do INDSH serão acompanhados através de exames obrigatórios previstos no PCMSO:

- ✓ - Admissional;
- ✓ - Periódicos;
- ✓ - De retorno ao trabalho;



- ✓ - De mudança de função;
- ✓ - Demissional.

Para cumprimento dos processos do PCMSO, devem ser observados os seguintes documentos:

FORMULÁRIO - Encaminhamento para Exame Médico DP

FORMULÁRIO - Termo de Compromisso de vacinação

FORMULÁRIO - Termo de Compromisso de Controle de Estado Vacinal

FORMULÁRIO - Termo de Compromisso de Exame Periódico

IT. - Atestados de Saúde Ocupacional

IT. - CUIDADOS COM A TRABALHADORA GESTANTE

IT. - Retorno ao Trabalho

IT. - Vacinação do colaboradores e candidatos em processo de admissão

IT. - Programação de exames periódicos

IT.. SN Uso de Dosímetro

### **FAP E NTEP- Decreto 3048 de 06 de maio de 1999**

Regulamento da Previdência Social, define critérios para aposentadoria e demais benefícios, e estabelece as regras de seguridade.

FAP: Define as alíquotas de contribuição previdenciária,

O FAP consiste num multiplicador variável num intervalo contínuo de cinco décimos (0,5000) a dois inteiros (2,0000), aplicado com quatro casas decimais, considerado o critério de arredondamento na quarta casa decimal, a ser aplicado à respectiva alíquota.

NTEP: estabelece a relação ou Nexo entre o trabalho e o agravo à saúde do trabalhador, ou nexo técnico epidemiológico entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade, elencada na Classificação Internacional de Doenças - CID em conformidade com o disposto na Lista C do Anexo II deste Regulamento.

506

### **GESTÃO DE ATESTADOS E DOENÇAS OCUPACIONAIS**

Os atestados médicos apresentados pelo trabalhador devem ser fator de pesquisa para estabelecimento do perfil epidemiológico ocupacional, e devem atender às regras estabelecidas na IT.INDSH.SESMT.016 V001 -Acolhimento de Atestados Médicos.

### **INSALUBRIDADE**

A insalubridade é devida aos empregados que exerçam atividades consideradas insalubres em razão da natureza, da intensidade do agente e do tempo de exposição aos seus efeitos, conforme definido na NR 15\_ Atividades e Operações Insalubres, observado o disposto nos 14 anexos desta norma, aplicáveis segundo a característica da função e atividades da empresa.

As avaliações dos agentes devem atender aos seguintes critérios:

- a) Avaliação qualitativa, sendo a nocividade presumida e independente de mensuração, constatada pela simples presença do agente no ambiente de trabalho, conforme constante nos Anexos 6, 13, 13-A e 14 da Norma Regulamentadora nº 15 (NR-15) do Ministério do Trabalho e Emprego-MTE, e no Anexo IV do RPS, para os agentes iodo e níquel;
- b) Avaliação quantitativa, sendo a nocividade considerada pela ultrapassagem dos limites de tolerância ou doses, dispostos nos Anexos 1, 2, 3, 5, 8\*, 11 e 12 da NR-15 do MTE, por meio da mensuração da intensidade ou da concentração, consideradas no tempo efetivo da exposição no ambiente de trabalho.

- c) Os agentes constantes no Anexos 7, 9 e 10 da NR-15 do MTE, poderá ser considerado nocivo, mediante laudo de inspeção do ambiente de trabalho, baseado em investigação acurada sobre o caso concreto.

\* Redação dada pela Portaria MTE n.º 1.297, de 13 de agosto de 2014.

Os laudos de Insalubridades são elaborados por Engenheiro ou Médico do Trabalho, atendendo aos requisitos técnicos e legais. O SESMT deve, no início das atividades da Unidade, momento em que são se observou ainda as tarefas e suas particularidades, emitir um parecer de insalubridades que terá prazo de 90 dias para revisão e emissão de Laudo Técnico de Insalubridade.

Cabe exclusivamente ao SESMT, a responsabilidade de definir as funções com exposição a riscos ambientais e propensos a percepção dos adicionais, indicar ao Departamento Pessoal os níveis de exposição aos agentes insalubres em graus, Mínimo, Médio ou Máximo.

A definição de adicionais de insalubridade não será caracterizado, para fins de pagamento como direito adquirido, observado o art.194:

*O direito do empregado ao adicional de insalubridade ou de periculosidade cessará com a eliminação do risco à sua saúde ou integridade física, nos termos desta Seção e das normas expedidas pelo Ministério do Trabalho.*

Cabe ao SESMT a busca da preservação da saúde dos trabalhadores através da eliminação, redução ou controle dos riscos ambientais, mantendo-os abaixo dos Limites de Tolerância fixados na NR 15.

### **PPP – Perfil Profissiográfico Previdenciário**

O Perfil Profissiográfico Previdenciário-PPP constitui-se em um documento histórico-laboral do trabalhador que reúne, entre outras informações, dados administrativos, registros ambientais e resultados de monitoração biológica, observado as restrições da CFM, durante todo o período em que este exerceu suas atividades.

O PPP tem como finalidade:

**I** - Comprovar as condições para habilitação de benefícios e serviços previdenciários, em especial, o benefício de que trata a Subseção V desta Seção;

**II** - Prover o trabalhador de meios de prova produzidos pelo empregador perante a Previdência Social, a outros órgãos públicos e aos sindicatos, de forma a garantir todo direito decorrente da relação de trabalho, seja ele individual, ou difuso e coletivo;

**III** - prover a empresa de meios de prova produzidos em tempo real, de modo a organizar e a individualizar as informações contidas em seus diversos setores ao longo dos anos, possibilitando que a empresa evite ações judiciais indevidas relativas a seus trabalhadores;

**IV** - Possibilitar aos administradores públicos e privados acesso a bases de informações fidedignas, como fonte primária de informação estatística, para desenvolvimento de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como definição de políticas em saúde coletiva.

A partir de 1º de janeiro de 2004, a empresa ou equiparada à empresa deverá elaborar PPP, conforme Anexo XV, de forma individualizada para seus empregados, trabalhadores avulsos e cooperados, que laborem expostos a agentes nocivos



químicos, físicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais à saúde ou à integridade física, considerados para fins de concessão de aposentadoria especial, ainda que não presentes os requisitos para a concessão desse benefício, seja pela eficácia dos equipamentos de proteção, coletivos ou individuais, seja por não se caracterizar a permanência.

A exigência do PPP referida no caput, em relação aos agentes químicos e ao agente físico ruído, fica condicionada ao alcance dos níveis de ação de que trata o subitem 9.3.6, da Norma Regulamentadora nº 09, do Ministério do Trabalho e Emprego-MTE, e aos demais agentes, à simples presença no ambiente de trabalho.

O PPP deverá ser emitido pela INDSH e entregue ao trabalhador no ato do desligamento ou da Homologação, sendo registrada a entrega do documento, observado os critérios da IT. Emissão de Perfil Profissiográfico Previdenciário - PPP.

O PPP e a comprovação de entrega ao trabalhador, na rescisão de contrato de trabalho deverão ser mantidos na empresa por vinte anos.

O PPP deverá ser atualizado sempre que houver alteração que implique mudança das informações contidas nas suas seções, com a atualização feita pelo menos uma vez ao ano, quando permanecerem inalteradas suas informações.

As condições de trabalho, que dão ou não direito à aposentadoria especial, deverão ser comprovadas pelas demonstrações ambientais, que fazem parte das obrigações acessórias dispostas na legislação previdenciária e trabalhista.

As demonstrações ambientais constituem-se, entre outros, nos seguintes documentos:

- I - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA;
- II - Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR;
- III - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO;
- IV - Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho - LTCAT;
- V - Perfil Profissiográfico Previdenciário - PPP;
- VI - Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT.

A Instituição deverá disponibilizar e apresentar, sempre que solicitadas pelo INSS, as demonstrações ambientais de descritas para fins de verificação das informações. (Art. 158).

O SESMT deve observar os critérios do IT. Emissão de Perfil Profissiográfico Previdenciário - PPP .

### **TREINAMENTO**

Cabe ao SESMT treinar ou promover o treinamento dos trabalhadores de forma inicial e continuada, atendendo aos requisitos das Normas Regulamentadoras, em especial a NR 1, 5, 6, 10, e 32, considerando o previsto na IT. - Integração dos Colaboradores; IT - Treinamento de Colaboradores.

**COMISSÃO:** Apresentada no item 5.1.1.9

## **6.8.2 - PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO SIMPLIFICADA DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO SUGESTÃO DE CONDUTAS PARA COMBATER ABSENTISMO E ESTIMULAR PRODUÇÃO.**

---

### **Modelo Gerencial De Gestão De Competências**

Competências são conhecimentos, habilidades e atitudes específicas para cada cargo, o que os torna diferenciais de qualidade e excelência nos resultados.

A Gestão por Competências, é “o conjunto de ferramentas práticas, consistentes e objetivas que torna possível instrumentalizar o RH e os gestores para fazer a Gestão de Desenvolvimento de Pessoas, com foco, critério e clareza. Isto é feito através de ferramentas mensuráveis, personalizadas e estabelecidas com base nas atribuições dos cargos”.

Estas ferramentas propiciam o conhecimento do perfil de competências de cada cargo da empresa e meios para identificar a compatibilidade entre o perfil do cargo e dos candidatos a preencher as vagas, visando uma seleção eficaz de talentos específicos para cada cargo e o desenvolvimento das mesmas.

Para tanto, a Gestão por Competências apresenta alguns subsistemas que permitem a melhor compreensão de seu modelo gerencial.

### **Competências Organizacionais**

A definição das competências organizacionais assume um papel importante na estruturação de implantação e implementação da gestão por competências, uma vez que o objetivo da mesma é potencializar as competências organizacionais no perfil comportamental dos colaboradores, propiciando o desenvolvimento e o crescimento profissional e pessoal do mesmo.

509

### **Mapeamento e mensuração de competências do cargo**

O mapeamento das competências do cargo é a estratificação criteriosa e organizada dos conhecimentos, habilidades e atitudes intrínsecas ao cargo tendo como indicador as atribuições dos cargos contidas na Descrição de Cargos da empresa. Portanto, a Descrição de cargos atualizada é a ferramenta-chave que fornece a base de identificação das competências específicas para cada cargo.

Vale ressaltar que a mensuração das competências também apresenta a descrição de Cargos como indicadores de competências. Deste modo, a base da mensuração é a quantidade de indicadores de competência apresentado na descrição de cada cargo.

Como subdividimos as competências em grupos, cada grupo foi compreendido como uma unidade. Sendo assim, cada competência do grupo identificada nas atribuições do cargo, foram consideradas como uma indicação. Portanto, quanto mais indicações da competência, maior o grau de evidência do grupo de competências no cargo. Desta forma, o grau de cada grupo de competência é definido pelo número de indicações da competência correlacionada e apresentada na descrição de cada cargo, sendo:

## Metodologia e conceitos aplicados para a mensuração de todos os cargos.

Grau	Nº De Indicações	Significado	Conceito	Correspondente
1	0	Inexistente	Não há evidência do grupo de competências no cargo	
2	1 a 4 indicações	Baixa	Baixa evidência do grupo de competências no cargo	
3	5 a 7 indicações	Alta	Alta evidência do grupo de competências no cargo	
4	8 a 10 indicações	Máxima	Muito elevada a evidência do grupo de competências no cargo	

Para as competências técnicas esta metodologia não foi aplicada, uma vez que não são passíveis de mensuração. Assim sendo, as mesmas serão consideradas por unidade.

Com os cargos mapeados e mensurados, foram identificadas as competências dos cargos, as quais foram subdivididas em três grupos de competências, sendo:

Grupos de competências	Competências dos cargos	Definições
Foco no cliente	Empatia	Capaz de se colocar no lugar do outro percebendo as suas necessidades e interagindo de forma positiva.
Justificativa: capacidade de interagir com os usuários e colaboradores visando o atendimento as necessidades e expectativas dos mesmos para a manutenção de uma relação positiva, produtiva e humanizada.	Equilíbrio emocional	Capaz de equilibrar as emoções diante de situações adversas, reagindo de forma positiva e produtiva diante de pressões, frustrações e fortes impactos emocionais.
	Saber ouvir	Capaz de ouvir o outro com atenção, interesse, respeito e empatia.
Gestão de pessoas	Administração de conflitos	Capaz de encontrar soluções criativas para dirimir conflitos e problemas mantendo uma postura assertiva.
Justificativa: capacidade de conduzir os processos e a equipe, utilizando estratégias e novas possibilidades a fim de tomar as providências necessárias para atingir os resultados esperados.	Liderança	Capaz de conduzir e integrar a equipe, canalizando as energias de forma a atingir os objetivos da empresa através de uma relação de parceria com os integrantes da equipe, estimulando-lhes o crescimento pela auto realização e auto desenvolvimento.
	Tomada de decisão	Capaz de analisar situações e todas as variáveis envolvidas e tomar decisões assertivas e focadas em resultados.

510

Grupos de competências	Competências dos cargos	Definições
Foco no resultado	Administração de tempo	Capaz de empregar o tempo necessário para cada atividade procurando otimizar as ações sem desperdício .
Justificativa: capacidade de identificar, analisar, organizar e realizar ações inovadoras visando à promoção da excelência nos resultados e a busca a melhoria contínua.	Agilidade e atenção	Capaz de empregar o tempo necessário a cada atividade, otimizando e mantendo a atenção e a concentração sobre elas para avaliar a situação antes de dar uma resposta, visando obter melhores resultados e evitar desperdício.
	Criatividade	Capaz de criar e encontrar novas ideias

		visualizando oportunidades, soluções e resultados.
	Empreendedorismo	Capaz de visualizar, inovar e colocar em prática estratégias e soluções visando a melhoria dos processos e ações realizadas.
	Flexibilidade	Capaz de adaptar-se a mudanças e necessidades emergentes, revendo posturas, estratégias e possibilidades para atingir os resultados.
	Negociação e persuasão	Capaz de expor e ouvir ideias, argumentar, persuadir e chegar a conclusões produtivas.
	Planejamento, organização e controle	Capaz de visualizar, analisar, priorizar e ter controle sobre as atividades e ações realizando-as dentro de uma sequência produtiva.
	Planejamento e organização	Capaz de visualizar, organizar e analisar as atividades e ações realizando-as dentro de uma sequência produtiva.
	Organização	Capaz de visualizar e organizar as atividades realizando-as dentro de uma sequência produtiva.
	Rendimento sob pressão	Capaz de desenvolver respostas rápidas e encontrar soluções para situações novas e inesperadas, diante de pressões exercidas pelo público interno e externo.
	Visão estratégica	Capaz de criar ou aperfeiçoar estratégias para potencializar resultados.
	Visão sistêmica	Capaz de visualizar o todo e fazer análises parciais ou totais para traçar estratégias e tomar decisões.

Grupos de competências	Competências dos cargos	Definições
Técnica	Destreza digital	Conhece os sistemas operacionais e a linguagem de programas.
Justificativa: conhecimento e habilidades técnicas necessárias para o bom desenvolvimento do cargo.	Destreza digital	Conhece e aplica a manutenção preventiva e corretiva de equipamentos da ti.
	Destreza digital	Conhece as ferramentas do microsoft office e outros programas e utiliza todos os recursos necessários e disponíveis nas ferramentas
	Técnicas de redação empresarial	Redige textos (a nível gerencial) claros, coerentes, objetivos e sem erros de gramática.
	Técnicas de redação e ortografia	Redige textos claros, coerentes, objetivos e sem erros de gramática.
	Desenvoltura com a escrita e leitura	Compreende os textos e os redige de forma clara, coerente e objetivo e sem erros de gramática.
	Planejamento estratégico	Conhece e aplica o conteúdo necessário para realizar suas atividades.
	Elaboração em relatórios gerenciais	Elabora relatórios (a nível gerencial) que atendam a necessidade e propiciem a divulgação clara de informações pertinentes para as diversas áreas com as quais está envolvida.
	Conhecimentos intrínsecos ao cargo	Conhece e aplica, no cotidiano, os conhecimentos teórico-práticos inerentes e necessários ao cargo exercido.
	Rotinas do setor	Tem conhecimento e habilidade para estruturar rotinas internas e estratégias pertinentes a área de atuação, bem como seguir e manter as já existentes.

	Rotinas do setor	Conhece o padrão de atendimento da empresa.
	Rotinas do setor	Conhece e aplica a política, normas internas, procedimentos e instruções de trabalho.
	Cultura organizacional	Consegue perceber e se adaptar à cultura organizacional.

## Recrutamento E Seleção Por Competências

### Recrutamento

O recrutamento é o ato de atrair, convocar e buscar no mercado interno e externos candidatos que atendam às exigências e pré-requisitos da vaga a ser preenchida.

Para o primeiro caso, o recrutamento corresponde à verificação entre os funcionários que fazem parte do quadro funcional e que apresentam os pré-requisitos definidos na Descrição de cargos e Competências.

Para o segundo caso, corresponderá à busca no mercado externo de candidatos que atendam estes pré-requisitos.

Fontes de recrutamento na região:

1. Banco de currículos internos;
2. SINE – Sistema Nacional de Emprego;
3. Divulgação em rádio, televisão, jornal, sites de emprego, associações e conselhos regionais de categorias e instituições de ensino; e
4. Networking – redes de contato.

512

### Seleção

A seleção com foco em competência visa absorver, no quadro profissional, pessoas potencialmente capazes para suprir as necessidades específicas a cada cargo. Para tanto, a seleção é composta de:

1. Triagem ou análise de currículos – Compatibilidade entre requisitos do cargo e do candidato;
2. Entrevista comportamental com foco em competências;
3. Entrevista técnica com foco em competências;
4. Testes específicos e/ou teste informatizado;
5. Testes psicológicos e/ou dinâmicas de grupo; e
6. Avaliação de Desempenho (Em casos de seleção interna)

As ferramentas serão definidas e utilizadas de acordo com a necessidade para a identificação das competências (Conhecimentos, habilidades e atitudes) específicas para cada cargo.

Estas técnicas têm por objetivo reunir o maior número de informações do candidato, visando confirmar se o mesmo apresenta os requisitos necessários para ocupar a vaga, com o objetivo de obter qualidade nos processos e nas escolhas.

### Princípios Básicos Do Recrutamento & Seleção

O processo de recrutamento e seleção de novos funcionários obedecerá a rotinas estabelecidas;

O RH deverá auxiliar a direção no que concerne ao dimensionamento de pessoal, de acordo com as especificidades de cada diretoria setorial, disponibilizando seus relatórios mensais atualizados, informando as admissões, demissões e afastamentos, com quantitativos reais;

Para participação do processo seletivo interno o colaborador deverá apresentar os requisitos estabelecidos para o cargo e desejável fazer parte do quadro funcional da empresa no mínimo de três meses;

Será considerado também para análise prévia do processo seletivo as informações do histórico funcional (pontualidade, assiduidade, medidas disciplinares, dentre outros);

A avaliação de experiência será utilizada como ferramenta de análise para o processo seletivo interno até seis meses da data de admissão. Após os seis meses a avaliação de desempenho anual será antecipada na data de envio e devolução, sendo considerada a nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual;

A avaliação de Desempenho anual será válida até 11 meses após sua realização para fins de análise ao processo seletivo interno;

Após a avaliação prévia do histórico funcional e avaliação de experiência e/ou de desempenho anual, o candidato participará do processo seletivo, onde realizará algumas das atividades programadas para o processo seletivo interno;

Em caso de aprovação em processo seletivo interno, o colaborador terá como nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual a data efetiva da mudança de função;

O processo seletivo interno ocorrerá somente quanto à mudança de função for para diferentes cargos, atividades e áreas. Em caso de mudança de função simples ou incentivos de carreiras o cargos, atividades e áreas. Em caso de mudança de função simples ou incentivos de carreiras o procedimento será diferenciado. Este será detalhado a seguir;

As normas, procedimentos e o manual de descrição de cargos e competências ficarão sob responsabilidade do RH e será atualizado e divulgado sempre que se fizer necessário.

### **Avaliação De Experiência Dos 45 E 90 Dias**

Para acompanhamento no desenvolvimento do colaborador, visando avaliá-lo e potencializá-lo, será realizada, aos 45 e 90 dias após admissão, a Avaliação de experiência com foco em competências. A avaliação será direta, realizada pela chefia imediata e acompanhada de feedback ao colaborador.

O formulário será encaminhado à Linha de Comando pelo menos 15 dias antes do término dos dois períodos de experiência. O mesmo deverá retornar ao RH devidamente preenchido em até 5 dias após a entrega, justificado e assinado pelos envolvidos.

A justificativa será obrigatória, em casos de solicitação de desligamento, formulário de justificativa de demissão e solicitação de vaga e caso o colaborador apresente deficiências acentuadas. Neste segundo caso, deverá ser definido pela chefia imediata o plano de desenvolvimento Individual, contido no verso da avaliação.



### **Avaliação De Desempenho Anual Com Foco Em Competência**

A avaliação de desempenho com foco em competência é um retrato fiel da realidade no trabalho, uma vez que identifica se o profissional e o cargo estão alinhados a estratégia da empresa.

Esta ferramenta busca melhorar a atuação do potencial do colaborador, identificando e desenvolvendo as competências técnicas ou comportamentais.

A avaliação de desempenho será encaminhada e realizada pela Linha de Comando no mês em que o colaborador completar 1 ano da sua admissão. Esta metodologia oportuniza tempo necessário para avaliar o colaborador em seu desempenho em cada indicador de competência definida para a sua função, baseada em sua descrição de cargos/atividades.

Optou-se por este método visando o acompanhamento programado, iniciando a avaliação com o processo de seleção, seguindo com a avaliação de experiência (45 dias e 90 dias) e por fim, a avaliação de desenvolvimento anual.

A avaliação de desempenho obedecerá este critério de realização em virtude da importância em manter uma linha de continuidade ao processo: Seleção, Avaliação de experiência e Avaliação de Desempenho Anual. A intenção é proporcionar o tempo necessário para a identificação e o desenvolvimento das ações ao colaborador a cada etapa do processo.

A avaliação adotada será formal (formulário pré-estabelecido), direta (realizado pela chefia imediata) e acompanhada de feedback (retorno da avaliação ao funcionário), pois considera-se que este é um bom momento para o líder reforçar uma relação de confiança com o liderado, comunicando as suas percepções e expectativas referente a atuação e o desempenho do funcionário, uma vez que o principal objetivo é o DESENVOLVIMENTO de pessoas.

514

Vale ressaltar que a **Avaliação de Desempenho** é uma importante ferramenta de Gestão de Pessoas que corresponde a uma análise sistemática do desempenho do profissional em função das atividades que realiza, das metas estabelecidas, dos resultados alcançados e do seu potencial de desenvolvimento, tendo como objetivo a promoção do crescimento pessoal e profissional do funcionário e fornecer informações importantes para a tomada de decisões acerca de salários, promoções, demissões, treinamento e planejamento de carreira, bem como proporcionando o crescimento e o desenvolvimento da pessoa avaliada, além de estimular resultados de cunho administrativo, motivacionais e de comunicação, dentre elas:

- A identificação de pontos de melhoria a empresa no que concerne a atenção ao colaborador – futuros projetos para o Grupo de Humanização em parceria com o RH;
- A identificação de diferenças e ritmos individuais;
- O estímulo ao Feedback;
- O desenvolvimento da Linha de Comando;
- O estímulo a comunicação e ao relacionamento interpessoal;
- O direcionamento do funcionário na busca do auto-desenvolvimento;
- O auxílio na verificação de aprendizagem, pois a Avaliação de Desempenho permite a evidência do GAP individual;
- A motivação e satisfação do colaborador com o seu trabalho e com a empresa; e
- Apoio as Pesquisas de Clima Organizacional.



## Princípios Básicos Para A Avaliação De Desempenho

O processo de Avaliação de Desempenho obedecerá às rotinas estabelecidas e conforme Instrução de Trabalho;

O formulário será encaminhado pelo RH, via e-mail até o 15º dia útil do mês em que o colaborador completar 1 adasua admissão, o qual deverá ser preenchido, justificado, impresso e devidamente assinado pelos envolvidos. O prazo de devolução do formulário impresso ao RH será até o último dia do referido mês, o qual será tabulado e encaminhado, em casos de deficiências, ao NEP para programação e definição do PDI;

O avaliador deverá levar em consideração algumas observações:

1. Conhecer e compreender bem o significado dos critérios avaliados;
2. Conhecer cada funcionário que está sob sua responsabilidade;
3. Conhecer a atividade desenvolvida pelo avaliado;
4. Avaliar de forma: Clara e objetiva; isenta de interferências pessoais; baseada em fatos concretos e sem julgamentos de valores.

Após o preenchimento da avaliação de desempenho, o Avaliador da área realizará o feedback com o avaliado - colaborador, mantendo uma comunicação bilateral, com retorno motivacional e envolvente, ressaltando os pontos fortes e pontuando os pontos fracos. Após o feedback, o avaliador ouvirá as considerações do avaliado e discutirá e acordará com o mesmo os principais pontos a serem desenvolvidos.

**Atenção:** *Após avaliação do 1 ciclo de Avaliação de Desempenho, identificou-se o alguns pontos frágeis, ao qual foram sugeridos ações ou medidas corretivas. Dentre eles a sugestão de um cronograma diferenciado de datas de entrega e devolução das avaliações de desempenho a equipe de enfermagem (DENF), visando garantir a eficácia do feedback e por consequência garantir os objetivos da Avaliação de Desempenho.*

515

Com base no mapeamento de competências e metodologia especificada, criamos critérios de pontuação para melhor compreensão do avaliado e avaliador e maior eficácia na mensuração dos dados. Portanto:

- **Competências Comportamentais** - Foco no cliente, Foco nos resultados e Gestão de Pessoas:
  - 4 – Máxima (Forte evidência da competência avaliada);
  - 3 – Alta (Boa evidência da competência avaliada);
  - 2 – Baixa (Pouca evidência da competência avaliada); e
  - 1 – Inexistente (Não há evidências da competência avaliada).
- **Competências Técnicas:**
  - 4 – Máxima (Domínio do conhecimento e da prática);
  - 3 – Alta (Bom conhecimento e consegue por em prática);
  - 2 – Baixa (Conhecimento Insuficiente para por em prática); e
  - 1 – Inexistente (Não conhece).

Os resultados das avaliações serão tabulados para a definição do Plano de Desenvolvimentos de Competências (PDC). Em casos, de deficiências ou lacunas apresentadas pelo colaborador, entre o esperado e o atingido (Gás), estas informações serão repassadas ao Núcleo de Educação Permanente (NEP), o qual definirá o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) para cada colaborador, visando o

desenvolvimento frente ao desempenho e a satisfação do colaborador no exercício de sua função e, por conseguinte, a valorização dos objetivos e estratégias organizacionais e melhorias nos resultados.

### **Desenvolvimento Com Foco Em Competência**

Na sequência da avaliação de desempenho com foco na competência, o PDI é uma importante ferramenta que apresenta as condições atuais de cada colaborador e ao mesmo tempo, mostra o que pode (ou deve) ser realizado no seu desenvolvimento.

O Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) será realizado com a finalidade de suprir eventuais *gaps*, entre o que se entende ser necessário para cada colaborador e o que efetivamente se apresenta dentro do conceito de competências essenciais e específicas para o exercício da função.

A partir da correta identificação das competências essenciais e específicas o *NEP* avaliará a melhor forma de encaminhar os planos de desenvolvimento e criar estratégias que não, necessariamente, podem ser TREINAMENTOS.

Podemos e devemos recorrer a todos os tipos de trabalhos para desenvolver os Gás, tais como:

- Grupos de estudos,
- Workshop,
- Seminários,
- Teatros,
- Sessões de filmes,
- Dinâmicas de grupo,
- Dentre outros

Após definição de cronograma, as convocações serão realizadas pelo NEP através de e-mail as linhas de comando e convites individuais entregues pessoalmente a cada colaborador convocado.

516

Como medida preventiva os PDI1s serão abertos a todos os colaboradores interessados em aprimora-se independente do apontamento na avaliação de desempenho anual. Nesta, poderão participar ainda funcionários que tiveram apontamentos em avaliações de experiência. Estas informações serão pontuadas pelo RH ou chefia imediata.

### **Incentivos De Carreira Com Foco Em Competências**

Os incentivos, carreiras e sucessão ocorrerão tendo como base para análise da Avaliação de Desempenho do ano corrente, o progresso e o histórico funcional. Para casos de carreira e sucessão, será inclusa também a análise de compatibilidade dos pré-requisitos do colaborador e da vaga. Para todos os casos, o mínimo de tempo exigido pela empresa é que o colaborador tenha pelo menos 03 meses de permanência no cargo atual na condição de contrato por tempo indeterminado ou determinado.

### **Princípios Básicos Para O Incentivo De Carreira**

O departamento de Recursos Humanos deverá auxiliar a direção no que concerne ao dimensionamento de pessoal, de acordo com as especificidades de cada diretoria setorial, disponibilizando seus relatórios mensais atualizados, informando as admissões, demissões e afastamentos, com quantitativos reais;

Para o incentivo de carreira o colaborador deverá apresentar os requisitos estabelecidos para o cargo e desejável fazer parte do quadro funcional da empresa no mínimo de três meses;

Será considerada também para análise prévia as informações do histórico funcional (pontualidade, assiduidade, medidas disciplinares, dentre outros);

A avaliação de experiência será utilizada como ferramenta de análise até seis meses da data de admissão. Após os seis meses a avaliação de desempenho anual será antecipada na data de envio e devolução, sendo considerada a nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual.

A avaliação de Desempenho anual será válida até 11 meses após sua realização para efeitos de análise;

O incentivo de carreira será considerado para casos de crescimento profissional na ascendência de nível hierárquico, considerando as atribuições e responsabilidades diferenciadas e salário superior;

Para cargos de mesmo nível hierárquico e responsabilidades, atribuições e salários semelhantes será necessário apenas a análise do histórico funcional e o mínimo de três meses de permanência na empresa, sendo considerada mudança de função simples;

Caso o incentivo de carreira ou mudança de função simples seja efetivado o colaborador terá como nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual a data efetiva da mudança de função;

O incentivo de carreira poderá ocorrer no máximo até duas vezes em um período de 12 meses. Contudo, será necessário que haja o mínimo de três meses na função atual para se ter um tempo mínimo para a avaliação. Neste caso poderá ser utilizada para a segunda análise de promoção a avaliação de desempenho anual, a qual será antecipada a data de entrega e devolução, sendo considerada a nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual;

O tempo de empresa será um pré-requisito básico para análise prévia do colaborador em caso de incentivo de carreira e mudança de função simples. Contudo, este requisito somente será flexível em casos esporádicos devidamente justificados e aprovados pela diretoria registrado em avaliações de experiência ou desempenho anual.

### **Absenteísmo**

O absenteísmo é um problema para a organização, seja ele causado por motivos de saúde ocupacional (acidentes típico de trabalho, de trajeto, doenças do trabalho ou doenças ocupacionais) ou assistencial (doenças comuns, tratamentos médicos ou odontológicos, gravidez de risco, cirurgias) ou ainda por motivos que não por saúde (doação de sangue, gala, acompanhamento médico, luto ou por motivos de ordem legal).

O INDSH incentiva a presença e desestimula as ausências ao trabalho através de práticas gerenciais e culturais que privilegiam a participação, ao mesmo tempo em que desenvolvem atitudes, valores e objetivos dos colaboradores favoráveis a participação. Gerando assim maior satisfação da parte dos colaboradores.

## **Desligamento**

Em casos solicitação de desligamento, será obrigatório o preenchimento e devida justificativa no formulário de solicitação de desligamento, isso pela chefia imediata e assinada pela diretoria da área. O procedimento para desligamento ocorrerá conforme Instrução de Trabalho.

## **Premissas Básicas**

Por acreditar na capacidade de promover o desenvolvimento de pessoas, o hospital define e estabelece a política de Gestão de Pessoas, porém considerando algumas premissas básicas:

- Cumprir todas as exigências, normas, leis e convenções legais pertinentes às relações e ambiente de trabalho e aplicáveis às nossas atividades;
- Assumir o compromisso público de defesa e proteção aos Direitos Humanos, Direitos da Criança e Direitos Fundamentais do Trabalho, em alinhamento a Princípios, Padrões e Tratados conclamados nacional e internacionalmente;
- Respeitar a diversidade e dignidade do ser humano, preservando a individualidade e privacidade, não admitindo a prática de atos discriminatórios de qualquer natureza: no ambiente de trabalho com público interno e externo;
- Assegurar o bom relacionamento entre todos os profissionais da empresa, mantendo um ambiente de trabalho seguro e saudável e propiciar condições para níveis ótimos de desempenho e produtividade;
- Assegurar a segurança e saúde ocupacional e contribuir para melhoria da qualidade de vida dos colaboradores;
- Promover o constante desenvolvimento e aperfeiçoamento das potencialidades técnicas e comportamentais de nossos colaboradores e disponibilizar mecanismos favoráveis que lhes permitam administrar seu plano de crescimento, pessoal e profissional, a fim de garantir a melhoria contínua dos processos de gestão;
- Garantir prioridade de oportunidades para o crescimento profissional das pessoas, pelo investimento e desenvolvimento das competências, pela valorização e respeito ao conhecimento e formação profissional, estes adquiridos ao longo da carreira.

## CRONOGRAMA DE AÇÕES PARA A IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO POR COMPETÊNCIAS

Ações	Período De Realização	Ações Complementares
1. Mapeamento do perfil de competências organizacionais		-
2. Mapeamento e mensuração de competências do cargo	Jan a mar	-
3. Elaboração da política de gestão de pessoas	Mar a bar	-
4. Avaliação de desempenho com foco em competências	A partir de abril	- treinamento aos líderes com foco em gestão por competências. - reunião com a liderança com foco na avaliação de desempenho. - com os resultados da avaliação, definir o plano de desenvolvimento de competências dos colaboradores (pdc).
5. Treinamento e desenvolvimento de competências	A partir de maio	- definir o plano de desenvolvimento individual (pdi) com base no pdc. - realizar ações para o desenvolvimento do colaborador conforme definição do pdi.
6. Seleção por competências	A partir de maio	- alteração das instruções de trabalho e formulários adaptando-os ao modelo gerencial de gestão por competências.
7. Incentivos e mudança de função com foco em competências.	A partir de maio	- alteração das instruções de trabalho e formulários adaptando-os ao modelo gerencial de gestão por competências.
8. Descrição de cargos e competências	Sempre que necessário	- atualizar a descrição de cargos e mapear as competências sempre que houver alterações, inclusões ou exclusões de cargos.
9. Política de gestão de pessoas	Anualmente	- atualizar a política de gestão de pessoas anualmente, tendo como base o diagnóstico realizado após fechamento de cada ciclo de avaliações.

519

### Normas E Rotinas Jovens Aprendiz E Programa De Primeiro Emprego

#### 1 – Objetivo

Estabelecer as diretrizes para o processo de contratação de Jovem Aprendiz e Programa PRIMEIRO EMPREGO, afim de cumprir a legislação pertinente a Lei de Cotas.

#### 2 - Documentos Complementares

- Lei 10.097 de 19/12/2000 – Altera dispositivos da CLT para obrigar estabelecimentos de qualquer natureza a contratarem menores aprendizes.
- Decreto 5.598 de 01/12/2005 – Regulamenta a contratação de aprendizes
- Lei 11.180 de 23/09/2005 – Altera a idade de aprendizagem para 14 a 24 anos
- Art. 428 da CLT, Seção IV – Dos Deveres dos Responsáveis Legais de Menores e dos Empregadores da Aprendizagem.
- Portaria 04 de 21/03/2002 – Altera a redação da Portaria 20/01 permitindo que a proibição em questão seja elidida por parecer técnico circunstanciado.

- Portaria 20 de 13/09/2001 – Descreve os locais e serviços considerados perigosos ou insalubres proibidos para menores de 18 anos.
- Portaria 702 de 18/12/2001 – Estabelece normas para avaliação de entidades que se proponham a desenvolver programa de aprendizagem.
- Manual da Aprendizagem – Edição 14/01/2014 – Site: Ministério do Trabalho e Emprego.
- Art. 402 da CLT – Da proteção do trabalhador do menor

### 3 - Descrição

#### 3.1. Característica e finalidade:

Ressaltamos que a contratação de aprendiz é obrigatória para fins legais, com a finalidade de cumprir a legislação, consideramos importante que o fato de termos a obrigatoriedade de mantermos em nosso quadro de pessoal uma determinada quantidade de aprendizes, não podemos usufruir dos mesmos como mera mão de obra. Os aprendizes deverão ser tratados capacitados, treinados e orientados em processo de desenvolvimento, devem ser acompanhados e supervisionados, tanto na frequência das atividades práticas como a participação e frequência das aulas teóricas.

#### 3.2. Da obrigatoriedade:

Os estabelecimentos de qualquer natureza são obrigados a empregar e matricular nos cursos dos Serviços Nacionais de Aprendizagem número de aprendizes equivalente a 5% (cinco por cento), no mínimo, e quinze por cento, no máximo, dos trabalhadores existentes em cada estabelecimento, cujas funções demandem formação profissional.

#### 3.3. Da Captação

A busca por candidatos será efetuado através das unidades de atendimento do Sistema Nacional de Emprego - SINE, ou em órgãos ou entidades conveniados.

520

#### 3.4. Da base de cálculo para determinar a quantidade de aprendizes

Para o cálculo do percentual necessário de aprendiz para cada CNPJ, deve-se:

- a) Levantar o quadro total de pessoal em regime de CLT da Unidade;
- b) Excluir as funções que demandem, para seu exercício, habilitação profissional de nível técnico ou superior, ou ainda, as funções que estejam caracterizadas como cargos de direção, de gerência ou de confiança, nos termos do inciso II e do parágrafo único do art. 62 e do § 2º do art. 224 da CLT.
- c) Excluir Contratos de Terceiros, prestadores de serviços, temporários, bem como aprendizes já contratados.
- d) Incluir as funções que demandem formação profissional, independente de serem proibidas para menores de dezoito anos.

#### 3.5. Da Contratação

**A contratação de aprendiz apesar de obrigatória só poderá ser efetivada:**

- 1) Após análise do jurídico do contrato de convênio;
- 2) Priorizar a contratação de aprendizes na faixa etária de acima de 18 anos e menor que 24, por se tratar de hospital considerado grau de risco nível 3, considerado assim ambiente desaconselhável para menores.

A contratação do aprendiz deverá ser efetivada diretamente pelo estabelecimento que se obrigue ao cumprimento da cota de aprendizagem, sendo assim o INDSH assume o papel de empregador, devendo inscrever o aprendiz em programa de aprendizagem a ser ministrado pelas entidades indicadas no art. 8º deste Decreto.



Do contrato do Convênio entre o INDSH com a entidade qualificada em formação técnico-profissional, citamos quais cláusulas contratuais são exigidas pelo nosso jurídico:

### 3.6. Das Condições

- **Remuneração:** Salário mínimo hora, salário hora da categoria quando consta e Convenção Coletiva, salvo condição mais favorável.
- **Jornada:** Não excederá 6 horas diárias e, para aprendizes que tenham completado o ensino fundamental, a jornada poderá ser de 8 horas diárias, e se nelas forem computadas as horas destinadas à aprendizagem teórica. Ficando vedado prorrogação e a compensação de jornada. A jornada do aprendiz compreende as horas destinadas às atividades teóricas e práticas, simultâneas ou não, cabendo à entidade qualificada em formação técnico-profissional metódica fixá-las no plano do curso.
- **Prazo do Contrato:** Não poderá ser superior a dois anos.
- **Anotação na CTPS:** Na página destinada a “Contrato de Trabalho” e em “Anotações Gerais” deverá constar o texto: “o contrato da página.... é relativo à aprendizagem no ..... e na empresa ....., na função de Aprendiz, com duração de .....(data de início e término do contrato).
- **Direitos trabalhistas:**
  - Fará jus ao 13º salário e a todos os benefícios concedidos aos demais empregados, se estabelecidos em Convenção ou Acordos Coletivos.
  - As férias do empregado aprendiz deverão coincidir com o período das férias escolares, sendo vedado ao empregador fixar período diverso daquele definido no programa de aprendizagem.
  - Vale Transporte nos termos da lei 7418/1985.
- **Encargos:**
  - Deverá ser recolhido FGTS a alíquota de 2%.
  - Retenção de INSS, sendo o menor aprendiz segurado-empregado.
- **Extinção de Contrato:**
  - I – Extinguir-se-á no seu termo.
  - II – Quando o aprendiz completar 24 anos de idade.
- **Rescisão de contrato:**
  - II – Desempenho insuficiente ou inadaptação do aprendiz.
  - III – Falta grave disciplinar.
  - IV – Ausência injustificada à escola que implique perda do ano letivo.
  - V – A pedido do aprendiz.

521

No caso de extinção ou rescisão de contrato de aprendizagem, o empregador deverá contratar novo aprendiz, nos termos do Decreto 5598/05, sob pena de infração ao disposto no art.429 da CLT.

- **Restrições:** Ao adolescente aprendiz menor de 18 anos é vedado trabalho:
  - Noturno
  - Perigoso, insalubre ou penoso
  - Realizado em locais prejudiciais à sua formação e ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social.



- Realizado em horários e locais que não permitam a frequência à escola.

○

### 3.7. Da Documentação:

#### ➤ Documentos necessários para admissão:

- Certidão nascimento ou Carteira de Identidade;
- Comprovante de endereço;
- CPF ;
- Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- Reservista quando maior de 17 anos (inscrição no serviço militar);
- Título de Eleitor
- Comprovante de matrícula no ensino regular, caso não tenha concluído o ensino fundamental (art. 4º do Decreto nº 5.5598/05).
- Contrato da Instituição de ensino
- 1 foto 3x4 colorida (para crachá e ficha de registro).
- Ficha de dados pessoais
- Exame médico admissional

#### ➤ Processo admissional:

- Cadastro no sistema Proteus
- Ficha de Registro Eletrônica
- Contrato de Trabalho Aprendiz (INDSH e o Aprendiz)
- Cadastramento no Pis

- **FGTS:** Com a alíquota do FGTS é de 2%, devendo ser recolhida pelo código nº 7 da Caixa Econômica Federal (art. 24, parágrafo único, do Decreto nº 5.598/05).

522

- **INSS:** Nos termos da Lei

- **CAGED:** O aprendiz deve ser informado no CAGED (art. 1, parágrafo 1º, da Lei nº 4.923/65). É importante que se utilize a mesma função constante no contrato e no programa de aprendizagem, na CTPS e na declaração de matrícula, devendo observar o CBO.

- **RAIS:** O aprendiz deve ser relacionado na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), ( art. 3º, X, da Portaria nº 500 – MTE, de 22 de dezembro de 2005), devendo-se informar no campo referente ao vínculo empregatício o código nº 55, conforme instruções contidas no Manual de Informação da RAIS.

- **DIRF:** Nos termos da Lei.

### 3.8. Do Salário

O aprendiz tem direito ao salário mínimo/hora, salvo condição mais favorável fixada no contrato de aprendizagem prevista em convenção ou acordo coletivo de trabalho (art. 428, §2º, da CLT e art. 17, parágrafo único do Decreto nº 5.598/05, devendo ser computadas também as horas destinadas às aulas teóricas.

### 3.9. Do Cálculo

No cálculo do salário do aprendiz, deve-se considerar o total das horas trabalhadas, computadas as referentes às atividades teóricas, e também o Repouso Semanal Remunerado, não contemplado no valor unitário do salário hora, nos termos da fórmula seguinte (Nota Técnica nº 52/DMSC/DEFIT/SIT/TEM, de 29 de maio de 2002).

**Salário Mensal =  $\frac{\text{Salário hora} \times \text{horas trabalhadas semanais} \times \text{semanas do mês} \times 7}{6}$**

Observação: o número de semanas varia de acordo com o número de dias do mês.

Nº de dias do mês	Nº de semanas do mês
31	4,4285
30	4,2857
29	4,1428
28	4

### 3.10. Da Jornada – Duração Do Trabalho

A jornada de trabalho legalmente permitida é:

- 6 horas diárias, no máximo, para os que ainda não concluíram o ensino fundamental, computadas as horas destinadas às atividades teóricas e práticas (art. 432, caput, da CLT).
- 8 horas diárias, no máximo, para os que concluírem o ensino fundamental, computadas as horas destinadas às atividades teóricas e práticas (art. 432, § 1º da CLT).  
Em qualquer caso, a compensação e a prorrogação da jornada são proibidas (art. 432, caput, da CLT).  
Na fixação da jornada do aprendiz adolescente, na faixa dos 14 aos 18 anos, a entidade qualificada em formação profissional metódica deve também observar os demais direitos assegurados pela Lei nº 8.069/90 – ECA (art. 21, do Decreto nº 5.598/05).
- **Desconto de Faltas:** As faltas ao curso de aprendizagem pode ser descontada, pois as horas dedicadas às atividades teóricas também integram a jornada do aprendiz, podendo ser descontadas as faltas que não gozem legalmente justificadas (art. 131 da CLT) ou autorizadas pelo empregador.
- **Trabalho noturno:** Ao aprendiz menor de 18 anos não é permitido o trabalho noturno, considerado este o que for executado no período compreendido entre as 22 horas de um dia e 5 horas do dia seguinte (art.404 da CLT), para trabalho urbano.
- **Vale Transporte:** É assegurado o vale transporte para o deslocamento residência/atividades teóricas e práticas (art. 27 do Decreto nº 5.598/05).
- **Cesta Básica:** Conforme Convenção Coletiva, observar se na CCT faz alguma menção sobre a Cesta Básica ou Vale Alimentação para o Aprendiz.
- **Vale Refeição:** Conforme Convenção Coletiva. Respeitando evidentemente a proporcionalidade da jornada de trabalho, um aprendiz com jornada de 6 horas terá direito a 14 minutos de intervalo que equivale a um lanche, já os aprendizes com 8 horas, 1 hora de intervalo.
- **Aprendiz Gestante:** Partindo do pressuposto que a Súmula 244 TST abrange para efeito de estabilidade provisória os contratos por prazo determinado e de experiência, nosso entendimento é que no caso de aprendiz gestante, prevalecerá a Súmula 244 do TST.

Neste caso se ocorrer de uma Jovem Aprendiz, favor desconsiderar a Informação do Manual de Aprendizagem do Ministério do Trabalho e acatar a Súmula

### **6.8.3 - REGISTROS E CONTROLES DE PESSOAL. MODELO PARA ESCALAS COM SIMULADO DE FÉRIAS (PROPOR CRITÉRIOS DE AFASTAMENTO) APÓS O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO.**

---

A Política de Gestão de Recursos Humanos contempla os aspectos relacionados à produção de bens e serviços e representa o estabelecimento de gamas e filosofias que devem orientar o relacionamento com a força de trabalho de uma organização.

A determinação da força de trabalho necessária para o cumprimento da “missão” da instituição será definida, respeitando-se as características próprias do segmento e mercado que a mesma atua, seja na produção de bens ou serviços.

As atividades pertinentes à gestão de pessoas, talentos humanos ou recursos humanos, adota a conceituação que melhor se adequa ao perfil da empresa, serão realizadas de forma abrangente e corporativa, com a implementação da “Função de Gestão de Recursos Humanos”.

A Política de Gestão de Recursos Humanos deverá propiciar o balizamento dos salários praticados interna e externamente, através da elaboração e implantação do Plano de Cargos e Salários que determinará o patamar do salário nominal para as diversas funções e poderão ser complementados com salário variável, decorrente dos ganhos de produtividade e da lucratividade empresarial.

O processo de recrutamento e seleção de pessoas será direcionado a partir de fontes adequadas de recrutamento e técnicas de seleção aplicáveis conforme as características das diversas funções existentes. Particularmente, para as funções relacionadas à atividade essencial e de características explicitamente operacionais e que exijam, a aplicação de testes de aptidão, personalidade e similares. Estas deverão ter o potencial de determinação dos eventuais desvios de comportamento e serem obrigatoriamente aplicados.

524

A gama de benefícios sociais a disponibilizar, poderá ser definida a partir do estabelecimento do perfil social dos funcionários ou em decorrência do histórico de demandas evidenciadas no relacionamento com o corpo funcional. A coparticipação percentual dos funcionários no acesso a determinados benefícios e a análise da vida pregressa na empresa, servirão como parâmetro para liberação dos benefícios. Terá como objetivo, evitar o paternalismo e propiciar a ampliação gradativa da gama de benefícios e a sua abrangência, de forma a atender a maioria dos funcionários.

A qualidade de vida no trabalho será determinada pelas condições ergonômicas do ambiente e pelas atitudes empresarias de prevenção às doenças ocupacionais e das demais doenças e sem nexos com a atividade profissional. As ações que visam a proteção da saúde e a integridade físico-emocional dos colaboradores deverão ter o seu cumprimento determinado para a execução de, no mínimo, o limite da exigência legal das normas regulamentadas.

O treinamento e desenvolvimento de pessoal terão como premissa adequar continuamente, as pessoas para atingirem os objetivos e atenderem as necessidades da empresa. O processo deverá desenvolver os aspectos técnicos e comportamentais da força de trabalho e atuar no aprimoramento das Unidades Operacionais, das equipes e na performance individual. O levantamento das necessidades de treinamento de pessoal será realizado através do processo formal da avaliação de desempenho e o investimento destinado ao desenvolvimento do corpo funcional, seja por iniciativa da empresa ou pelo empregado, serão registrados e acompanhados

sistematicamente, viabilizando os planos de carreira e sucessão. O recurso financeiro destinado ao cumprimento deste objetivo será considerado como investimento e caberá a área de recursos humanos determinar a taxa interna de retorno aferida nos médios e longos prazos.

O cumprimento da atividade referente aos processos de contratação, registro, folha de pagamentos, férias e desligamentos, assim como as demais formalidades legais para manutenção do vínculo empregatício do colaborador, serão conduzidas dentro de princípios legais e respeitados o espírito legítimo do direito, expresso na Consolidação das Leis do Trabalho e nas convenções Coletivas das diferentes categorias profissionais. As relações trabalhistas e o estabelecimento de acordo psicológico firmado com trabalhadores e sindicatos terão como objetivo a redução dos riscos de reclamação e de eventual passivo trabalhista. A austeridade no controle e apontamento, bem como no cumprimento dos prazos legais de pagamentos de verbas e recolhimentos de encargos, serão determinantes no processo da conduta departamental.

A Política de Gestão de Recursos Humanos toma evidência com a aplicação de instrumentos que lhe dê tangibilidade. Desta forma, as iniciativas adotadas deverão responder a determinado aspecto aqui formulado ou exigir a sua inserção. O atendimento aos padrões de qualidade em vigor, exige o estabelecimento do presente Política, contudo não constitui motivo único para a sua elaboração, sendo a principal razão a necessidade que a organização tem de materializar a sua forma conduta e de relacionamento equitativo para com todos os seus colaboradores.

## **Registro E Controle De Pessoal:**

### **Ponto Eletrônico**

525

O Hospital utilizará o ponto eletrônico conforme a Portaria 1510 do MTE. Esta consiste basicamente em utilizar um aparelho e sistema de ponto eletrônico inviolável e homologado por este órgão, em que permite a emissão de comprovantes de registro de marcação do colaborador a cada registro realizado pelo mesmo. Caberá o colaborador registrar rigorosamente os seus horários – entrada, intervalos/intrajornada – saída - realizando o seu horário de trabalho de acordo com a escala de trabalho mensal. A tolerância permitida será para a antecipação de horários, atrasos e saídas em até 10 minutos diários.

O colaborador que cumprirá sobreaviso, conforme definição em escala, sempre que acionado para comparecer ao hospital deverá registrar os seus horários de entrada e saída, bem como em casos de colaboradores que cumprirão horas extras, as quais ocorrerão somente com a autorização previa do responsável pelo setor/área mediante justificativa.

### **Escala De Trabalho**

As escalas de trabalho mensais serão elaboradas pela chefia imediata, respeitando o limite e regras estabelecidos por lei (informadas anteriormente). As mesmas serão entregues ao setor de RH até 15 de antecedência do mês de competência. Desta forma, o colaborador estará ciente e apondo a sua assinatura na escala de trabalho conhecendo os seus horário e folgas com pelo menos 15 dias de antecedência.

Somente em situações de extrema necessidade será permitida a troca de plantão (horário de trabalho ou dia de serviço) com outro colega. Para tanto, a troca de plantão deverá respeitar algumas regras. A primeira refere-se à troca de dias de serviço, a qual deverá ocorrer entre o dia 1º e o dia 30 do mês da troca, visando o melhor acompanhamento do colaborador e da chefia imediata e a realização de carga horária mensal. A segunda regra refere-se à solicitação de troca, a qual deverá ser realizada com a antecedência mínima de 72 horas e mediante formulário próprio para trocas de plantão, a qual deverá ser preenchida em todos os campos, justificada e assinada pelos dois colaboradores envolvidos. A terceira regra refere-se à validade da solicitação de troca que ocorrerá somente se autorizada pelo responsável do setor/área, o qual fará o encaminhamento ao setor de RH.

Em caso de falta, o colaborador que se comprometeu a fazer o plantão do colega será responsabilizado e sofrerá o desconto em seu salário.

### **Jornadas De Trabalho, Intervalo E Descanso Semanal**

De acordo com a Constituição Federal de 1988, Art. 7º, a jornada de trabalho terá a duração máxima de oito horas diárias e quarenta e quatro semanais, salvo quando houver a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo (contrato de trabalho) ou convenção coletiva.

No entanto, para qualquer trabalho contínuo, em que a duração exceda seis horas diárias, será obrigatório a realização do intervalo para o repouso ou alimentação. Os intervalos não serão computados na duração do trabalho (Art. 71), embora devam ser realizados dentro do horário contratual e registrados em relógio ponto, salvo orientação diferente constante em Convenção Coletiva. Desta forma, é obrigatório a realização de intervalos, conforme descrição abaixo:

526

JORNADA DE TRABALHO MENSAL	JORNADA DE TRABALHO DIÁRIA	DURAÇÃO DO INTERVALO
150 horas	6 horas	15 minutos
180 horas	6 horas	15 minutos
180 horas	12 horas	1 hora
220 horas	8 ou 9 horas	De 01 até 2 horas*

\*A duração de intervalo será definido de acordo com o contrato e escala de trabalho.

Atenção: Se ultrapassada a jornada de 6 horas de trabalho, deverá ser realizado o intervalo de 1 hora.

O colaborador poderá utilizar o refeitório, conforme o horário definido em escala de trabalho e horários de refeição.

Lanche da manhã \_\_\_\_ as \_\_\_\_  
Almoço \* \_\_\_\_ as \_\_\_\_  
Lanche da tarde \_\_\_\_ as \_\_\_\_  
Jantar \_\_\_\_ as \_\_\_\_

Para as Jornadas de trabalho realizadas no \_\_\_\_\_, o descanso semanal (folga), compreendido como o período que se inicia no momento em que o colaborador efetivamente cessa o seu trabalho será concedido após seis dias consecutivos de trabalho e conforme descrição abaixo:

JORNADA DE TRABALHO MENSAL	JORNADA DE TRABALHO DIÁRIA	DESCANSO SEMANAL
150 horas	6 horas	48 horas (ex. sáb. e dom.)
180 horas	6 horas	24 horas (conforme escala)
180 horas	12 horas	36 horas *
220 horas	8 horas (seg a sex) e 4 horas (Sab)	36 horas (sab parcial e dom)
220 horas	9 horas (seg a qui) e 8 horas (sex)	48 horas (sab e dom)

Para a jornada 12x36, fica definido que a mesma deverá ocorrer das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ ou das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_, sendo 12 horas trabalhadas para 36 horas de descanso.

### Afastamentos Legais

De acordo com a CLT, Art. 473, todo colaborador poderá deixar de comparecer ao trabalho sem prejuízo no salário e ao de seu período de gozo de férias, desde que as faltas sejam justificadas, conforme prescreve a legislação e se comprovado junto ao setor de Depto de Adm. Pessoal em até 48 horas (úteis) da data de emissão do mesmo para os seguintes casos:

- LUTO – Até 2(dois) dias consecutivos – a contar do dia do óbito, em caso de falecimento do cônjuge, ascendentes, descendentes, irmãos ou pessoas declaradas em sua carteira profissional como sua dependente – Comprovante: Cópia do atestado ou certidão de óbito;
- CASAMENTO – Até 3 (três) dias consecutivos - a contar do dia do casamento – Comprovante: Cópia da declaração de comparecimento ou certidão de casamento;
- PATERNIDADE – 5(cinco) dias em caso de nascimento de filho – a contar do dia do nascimento - Comprovante: Cópia do nascido vivo ou a certidão de nascimento;
- TESTEMUNHA – Dia em que tiver que comparecer a juízo – Comprovante: Declaração de comparecimento do órgão;
- DOAÇÃO DE SANGUE– 01 (um) dia a cada 12 meses de trabalho em caso de doação voluntária de sangue – Dia da doação - Comprovante: Declaração de comparecimento para doação emitida pelo HEMOPA;
- ALISTAMENTO ELEITORAL – Até 2 (dois) dias consecutivos ou não para fins de alistamento eleitoral – Comprovante: Cópia da declaração de comparecimento do órgão eleitoral;
- SERVIÇO MILITAR – Período de tempo em que tiver que cumprir as exigências do Serviço Militar – Comprovante: Cópia do documento emitido pelo órgão militar;
- MATERNIDADE – Licença maternidade (ou licença-gestante) é um benefício de caráter previdenciário, garantido pelo artigo 7º, XVIII da Constituição Brasileira, que consiste em conceder à mulher que dará à luz licença remunerada de 120 dias contados a partir do primeiro dia do afastamento – Comprovante: Atestado médico de 120 dias;

527



· **ATESTADOS MÉDICOS** – Os atestados médicos têm o objetivo de justificar e/ou abonar as faltas do empregado ao serviço em decorrência de incapacidade para o trabalho motivado por doença ou acidente do trabalho. Todo atestado deverá ser entregue diretamente ao setor de depto pessoal em até 48 horas úteis, após a sua emissão, isto pelo próprio colaborador ou seu representante.

A doença que constitui justificativa da ausência do trabalhador é a que fere seu próprio organismo, salvo disposto em convenção coletiva de trabalho. Dessa forma, a doença de pessoa da família, independente do grau de parentesco (cônjuge, filho menor, pais, etc.) e do tipo de doença, poderá ser motivo moralmente justo para as faltas do empregado, juridicamente, porém, não o é. Desta forma, o dia em que o empregado faltou para acompanhar outra pessoa ao médico poderá ser considerado normalmente como falta, cabendo ao empregador a avaliação de cada situação.

A responsabilidade para o pagamento dos colaboradores afastados por atestado médico de até 15 dias é exclusivamente da empresa, porém a partir do 16º dia o colaborador deverá comparecer ao Depto Pessoal no prazo de até 2 (dois) dias úteis para ser encaminhado para Benefício junto ao INSS. O colaborador receberá do Depto Pessoal orientações quanto aos procedimentos, prazos e deveres referentes ao seu afastamento, bem como os atestados médicos originais e o requerimento de benefício, o qual deverá ser dado entrada no INSS entre o 16o dia ao 30o dia (no máximo) de afastamento, visando o agendar a perícia médica. Após esta perícia o colaborador terá o dever em encaminhar ao setor de DP, em até 2 (dois) dias úteis, o comunicado de decisão do INSS, bem como informar e encaminhar cópia de todos os documentos relevantes e inerentes ao processo de benefício no decorrer de seu afastamento.

Após o término do benefício e da liberação do médico responsável, o colaborador não poderá retornar ao trabalho sem antes ter comparecido a Medicina do Trabalho da empresa para avaliação médica. Para que tudo transcorra de forma eficiente sem transtornos, o colaborador deverá entrar em contato com o setor de DP sempre que necessário para orientações e repasse de informações.

528

Para todos os casos descritos acima, solicitamos que o colaborador comunique verbalmente com antecedência, na medida do possível, a chefia imediata para que haja tempo hábil de substituição e/ou definição de medidas que permitam o andamento da atividade sem prejuízo aos serviços prestados.

· **VESTIBULAR** – Dias em que estiver comprovadamente realizando a prova de vestibular para ingresso em estabelecimento de ensino superior – Comprovante: Cópia do Comprovante de confirmação de inscrição entregue com antecedência de pelo menos 72 horas;

· **AMAMENTAÇÃO** – De acordo com o artigo 396 da CLT, as mães de recém-nascidos, após retorno ao trabalho, têm direito a 2 (dois) intervalos de meia hora, durante a jornada de trabalho, para amamentação até que a criança complete seis meses de idade.

O INDSH fornecerá uniformes e crachá funcional a todo colaborador no ato da admissão, e incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos colaboradores e funcionários, o logotipo da Secretaria de Saúde do Amazonas, cabendo ao colaborador o dever em utilizá-los de forma e condições adequadas em seu horário de trabalho. Quando desligado do quadro funcional, o colaborador deverá devolver o crachá funcional e o uniforme em perfeito estado de conservação.



Frente a especificações da NR-32 (assunto abordado a seguir) e normas e orientações que regem o Serviço de Controle e Infecção Hospitalar (SCIH), algumas observações referente à apresentação pessoal serão indispensáveis na prática cotidiana do colaborador, tais como:

- Manter as unhas curtas e, se pintadas, utilizar esmaltes de cores claras (transparentes);
- Evitar adornos (anéis, cordões, brincos, relógios, pulseira, fitas, piercing, dentre outros);
- Utilizar maquiagem discreta;
- Utilizar sapatos fechados e confortáveis. Para áreas Assistenciais, Manutenção, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Higienização e Limpeza e Serviço de Processamento de Roupas, que será disponibilizado pelo INDSH o **EPI – Equipamento de Proteção Individual**;



## **ANEXO I – DIMENDINAMENTO PESSOAL**

**A – HOSPITAL PRONTO SOCORRO ZONA NORTE**

**B – UPA CAMPOS SALLES**

531



**COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE HOSPITAL**

**ANEXO I A - DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL - HPSZN**

CATEGORIA FUNCIONAL	Regime de Contratação	CARGA HORÁRIA (total de horas mês)	CEDIDOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL	SALÁRIO MÉDIO	SALÁRIO TOTAL - CLT	INSAL	ADD NO TURNO
<b>PRONTO SOCORRO GERAL</b> (Classificação de Risco, Observações, Sala de Medicação, Sala de Inalação, Sala de Sutura, Sala de Emergência)			12	174	186		340.161,80	32.016,00	50.264,98
COORD ENFERMAGEM	CLT	220		1	1	5.061,90	5.061,90	184,00	
ENFERMEIRO (A)	CLT / CEDIDO	180	12	41	53	2.700,00	110.700,00	7.544,00	16.605,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180		132	132	1.700,00	224.399,99	24.288,00	33.659,98
<b>AMBULATÓRIO</b>			0	11	11		25.311,11	1.288,00	-
ENFERMEIRO (A)	CLT	220		2	2	3.300,00	6.600,00	368,00	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220		4	4	2.077,78	8.311,11	736,00	
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	220		4	4	1.600,00	6.400,00		
SUPERVISOR (A)	CLT	220		1	1	4.000,00	4.000,00	184,00	
<b>SADT</b>			4	26	30		86.500,00	4.784,00	-
ENFERMEIRO (A)	CLT	220		2	2	3.300,00	6.600,00	368,00	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220		23	23	3.300,00	75.900,00	4.232,00	
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CEDIDO	220	4		4	1.600,00	-		
SUPERVISOR (A)	CLT	220		1	1	4.000,00	4.000,00	184,00	
<b>UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI Adulto - 30 LEITOS</b>			0	110	110		242.301,85	40.480,00	29.212,36
COORDENADOR (A)	CLT	220		1	1	5.061,90	5.061,90	368,00	
ENFERMEIRO (A)	CLT	180		17	17	2.700,00	45.900,00	6.256,00	6.885,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180		69	69	1.700,00	117.299,94	25.392,00	17.594,99
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180		5	5	1.309,09	6.545,46	1.840,00	
ODONTÓLOGO	CLT	180		3	3	8.000,00	24.000,00	1.104,00	
AUXILIAR LIMPEZA - EXCLUSIVO	CLT	180		6	6	1.309,09	7.854,55	2.208,00	2.356,36
FISIOTERAPIA	CLT	180		9	9	3.960,00	35.640,00	3.312,00	2.376,00
<b>UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI Infantil - 20 LEITOS</b>			0	74	74		155.889,82	27.232,00	15.846,74
COORDENADOR (A)	CLT	220		1	1	5.061,90	5.061,90	368,00	
ENFERMEIRO (A)	CLT	180		12	12	2.700,00	32.400,00	4.416,00	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180		46	46	1.700,00	78.199,96	16.928,00	11.729,99
FISIOTERAPIA	CLT	180		3	3	3.960,00	11.880,00	1.104,00	2.376,00
ODONTÓLOGO	CLT	180		2	2	8.000,00	16.000,00	736,00	
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180		5	5	1.309,09	6.545,46	1.840,00	
AUXILIAR LIMPEZA - EXCLUSIVO	CLT	180		5	5	1.160,50	5.802,50	1.840,00	1.740,75
<b>CLÍNICAS INTEGRADAS CLÍNICA CIRÚRGICA - 140 LEITOS</b>			0	186	186		377.607,26	33.304,00	85.499,97
COORDENADOR (A)	CLT	220		1	1	5.061,90	5.061,90	184,00	
ENFERMEIRO (A)	CLT	180		60	60	2.700,00	162.000,00	11.040,00	24.300,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180		120	120	1.700,00	203.999,90	22.080,00	61.199,97
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180		5	5	1.309,09	6.545,46		
<b>CLÍNICAS INTEGRADAS CLÍNICA MÉDICA - 84 LEITOS</b>			0	114	114		231.207,30	20.056,00	32.939,99
COORDENADOR (A)	CLT	220		1	1	5.061,90	5.061,90	184,00	
ENFERMEIRO (A)	CLT	180		36	36	2.700,00	97.200,00	6.624,00	14.580,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180		72	72	1.700,00	122.399,94	13.248,00	18.359,99
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180		5	5	1.309,09	6.545,46		
<b>CLÍNICAS INTEGRADAS PEDIATRIA - 28 LEITOS</b>			0	42	42		93.874,00	6.808,00	17.200,00
COORDENADOR (A)	CLT	220		1	1	5.061,90	5.061,90	184,00	
ENFERMEIRO (A)	CLT	180		12	12	2.700,00	32.400,00	2.208,00	9.720,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220		24	24	2.077,78	49.866,64	4.416,00	7.480,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180		5	5	1.309,09	6.545,46		

CLT

30



## COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE HOSPITAL

## ANEXO I A - DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL - HPSZN

CATEGORIA FUNCIONAL	Regime de Contratação	CARGA HORÁRIA (total de horas mês)	CEDIDOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL	SALÁRIO MÉDIO	SALÁRIO TOTAL - CLT	INSAL	ADD NOTURNO
<b>CENTRO CIRÚRGICO / RPA</b>			<b>0</b>	<b>49</b>	<b>49</b>		<b>119.374,00</b>	<b>16.192,00</b>	<b>4.065,00</b>
COORDENADOR (A)	CLT	220		1	1	5.061,90	5.061,90	368,00	
ENFERMEIRO (A)	CLT	220		15	15	3.300,00	49.500,00	5.520,00	
ENFERMEIRO (A)	CLT	180		5	5	2.700,00	13.500,00	1.840,00	2.025,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180		8	8	1.700,00	13.599,99	2.944,00	2.040,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220		15	15	2.077,78	31.166,65	5.520,00	
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180		5	5	1.309,09	6.545,46		
<b>HOSPITAL-DIA - 10 LEITOS</b>			<b>0</b>	<b>12</b>	<b>12</b>		<b>25.007,35</b>	<b>2.208,00</b>	<b>-</b>
COORDENADOR (A)	CLT	220		1	1	5.061,90	5.061,90	184,00	
ENFERMEIRO (A)	CLT	220		2	2	3.300,00	6.600,00	368,00	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180		4	4	1.700,00	6.800,00	736,00	
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180		5	5	1.309,09	6.545,46	920,00	
<b>SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR</b>			<b>0</b>	<b>20</b>	<b>20</b>		<b>49.999,99</b>	<b>3.680,00</b>	<b>-</b>
ENFERMEIRO (A)	CLT	220		10	10	3.300,00	33.000,00	1.840,00	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180		10	10	1.700,00	16.999,99	1.840,00	
<b>SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS</b>			<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>		<b>6.648,74</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180		5	5	1.309,09	6.545,46		
TÉCNICO EM PATOLOGIA	CLT	180		5	5	1.329,63	6.648,14		
<b>NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA</b>			<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>		<b>16.500,00</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
ENFERMEIRO (A)	CLT	220		5	5	3.300,00	16.500,00		
<b>SERV. MULTIDISCIPLINARES - AMBULATORIO</b>			<b>0</b>	<b>34</b>	<b>34</b>		<b>115.499,99</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
ODONTÓLOGO	CLT	180		3	3	8.000,00	24.000,00		
TÉCNICO HIGIENE BUCAL	CLT	180		6	6	1.700,00	10.200,00		
ASSISTENTE SOCIAL	CLT	150		2	2	3.000,00	6.000,00		
FISIOTERAPIA	CLT	150		20	20	3.300,00	66.000,00		
NUTRICIONISTA	CLT	150		1	1	3.000,00	3.000,00		
FONOAUDIÓLOGA	CLT	150		1	1	3.300,00	3.300,00		
PSICOLOGIA CLÍNICA	CLT	150		1	1	3.000,00	3.000,00		
<b>CEOT</b>			<b>0</b>	<b>10</b>	<b>10</b>		<b>16.999,99</b>	<b>1.840,00</b>	<b>2.550,00</b>
TÉCNICO DE GESSO	CLT	180		10	10	1.700,00	16.999,99	1.840,00	2.550,00
<b>TOTAL CUSTO DIRETO COM PESSOAS</b>			<b>16</b>	<b>872</b>	<b>888</b>		<b>1.902.882,61</b>	<b>189.888,00</b>	<b>237.579,04</b>
<b>DIRETORIA</b>			<b>0</b>	<b>8</b>	<b>8</b>		<b>118.000,00</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
DIRETOR EXECUTIVO	CLT	220		1	1	35.000,00	35.000,00		
DIRETOR APOIO	CLT	220		1	1	20.000,00	20.000,00		
DIRETOR ADMINISTRATIVO FINANCEIRO	CLT	220		1	1	20.000,00	20.000,00		
GERENTE ADMINIST	CLT	220		1	1	12.000,00	12.000,00		
GERENTE DE APOIO	CLT	220		1	1	12.000,00	12.000,00		
GERENTE DE ENFERMAGEM	CLT	220		1	1	12.000,00	12.000,00		
SECRETARIA EXECUTIVA	CLT	220		2	2	3.500,00	7.000,00		
<b>GRUPO DE APOIO HUMANIZAÇÃO</b>			<b>0</b>	<b>8</b>	<b>8</b>		<b>24.000,00</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
ASSISTENTE SOCIAL	CLT	150		4	4	3.000,00	12.000,00		
PSICOLOGIA	CLT	150		4	4	3.000,00	12.000,00		
<b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>			<b>0</b>	<b>6</b>	<b>6</b>		<b>19.818,00</b>	<b>368,00</b>	<b>-</b>
ENFERMEIRA DA QUALIDADE	CLT	220		2	2	3.300,00	6.600,00	368,00	
ANALISTA (QUALIDADE)	CLT	220		4	4	3.304,50	13.218,00		
<b>GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS/DP</b>			<b>0</b>	<b>17</b>	<b>17</b>		<b>46.522,50</b>	<b>-</b>	<b>2.400,00</b>
COORD. DEP. PESSOAL	CLT	220		1	1	6.000,00	6.000,00		
SUPERVISOR EDUCAÇÃO PERMANENTE / RESIDÊNCIA MÉDICA	CLT	220		1	1	4.000,00	4.000,00		
AUX. ADMINISTRATIVO EDUCAÇÃO PERMANENTE	CLT	220		3	3	1.600,00	4.800,00		
AUX. ADMINISTRATIVO DP	CLT	220		5	5	1.600,00	8.000,00		2.400,00
ANALISTA DE DP	CLT	220		5	5	3.304,50	16.522,50		



**COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE HOSPITAL**

**ANEXO I A - DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL - HPSZN**

CATEGORIA FUNCIONAL	Regime de Contratação	CARGA HORÁRIA (total de horas mês)	CEDIDOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL	SALÁRIO MÉDIO	SALÁRIO TOTAL - CLT	INSAL	ADD NO TURNO
PSICÓLOGA	CLT	180		2	2	3.600,00	7.200,00		
<b>SESMT</b>			<b>0</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>29.988,58</b>	<b>239.988,58</b>	<b>1.472,00</b>	<b>-</b>
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	220		4	1	2.077,78	184,00		
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	CLT	220		4	4	2.002,70	8.010,80	736,00	
MÉDICO DO TRABALHO	CLT	120		1	1	12.000,00	12.000,00	184,00	
ENGENHEIRO DO TRABALHO	CLT	220		1	1	4.600,00	4.600,00	184,00	
ENFERMEIRO (A)	CLT	220		1	1	3.300,00	3.300,00	184,00	
<b>TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO</b>			<b>0</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>32.847,84</b>	<b>463.869,56</b>	<b>-</b>	<b>5.080,30</b>
COORD DE TI	CLT	220		1	1	6.000,00	6.000,00		
ANALISTA DE SISTEMA	CLT	220		3	3	3.304,50	9.913,50		
TÉCNICO EM INFORMÁTICA	CLT	220		5	5	2.077,78	10.388,88		3.116,67
AUXILIAR DE INFORMÁTICA	CLT	180		5	5	1.309,09	6.545,46		1.963,64
<b>FATURAMENTO</b>			<b>0</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>37.340,49</b>	<b>634.788,23</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
SUPERV FATURAMENTO	CLT	220		1	1	4.000,00	4.000,00		
AUDITORIA (ENFERMEIRA)	CLT	220		1	1	3.300,00	3.300,00		
FATURISTA	CLT	220		10	10	2.002,70	20.027,00		
ESTATÍSTICO	CLT	220		5	5	2.002,70	10.013,50		
<b>ALMOXARIFADO</b>			<b>0</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>29.581,31</b>	<b>502.882,43</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
COORD. DE LOGÍSTICA	CLT	220		1	1	6.000,00	6.000,00		
ALMOXARIFE	CLT	180		8	8	1.638,57	13.108,58		
AUXILIAR DE ALMOXARIFADO	CLT	180		8	8	1.309,09	10.472,73		
<b>FARMÁCIA</b>			<b>0</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>64.842,41</b>	<b>2.009.916,65</b>	<b>-</b>	<b>9.130,50</b>
FARMACÉUTICA-RT	CLT	220		1	1	3.972,40	3.972,40		
FARMACÉUTICO CLÍNICO - CAF	CLT	180		10	10	3.250,20	32.502,01		4.875,30
AUXILIAR DE FARMÁCIA - CAF	CLT	180		20	20	1.418,40	28.368,00		4.255,20
<b>COMPRAS</b>			<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>9.400,00</b>	<b>47.000,00</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
COMPRADOR	CLT	220		1	1	3.000,00	3.000,00		
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	220		4	4	1.600,00	6.400,00		
<b>HEMOTERAPIA - BANCO DE SANGUE</b>			<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>11.700,00</b>	<b>58.500,00</b>	<b>920,00</b>	<b>765,00</b>
ENFERMEIRO (A)	CLT	220		2	2	3.300,00	6.600,00	368,00	
TÉCNICO DE HEMOTERAPIA	CLT	180		3	3	1.700,00	5.100,00	552,00	765,00
<b>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</b>			<b>0</b>	<b>69</b>	<b>69</b>	<b>137.651,10</b>	<b>9.400.000,00</b>	<b>12.696,00</b>	<b>17.077,54</b>
COORD DE LABORATÓRIO	CLT	220		1	1	6.000,00	6.000,00	184,00	
TÉCNICO DE LABORATÓRIO (BIOQUÍMICA, URINÁLISE, HEMATO, IMUNOSSOROLOGIA)	CLT	180		30	30	1.700,00	50.999,98	5.520,00	7.650,00
MICROBIOLOGISTA (PARASITOLOGIA)	CLT	180		3	3	3.333,50	10.000,50	552,00	1.500,07
BIÓLOGO	CLT	180		8	8	3.333,50	26.667,99	1.472,00	4.000,20
FARMACÉUTICO CLÍNICO	CLT	180		4	4	3.250,20	13.000,80	736,00	
AUXILIAR DE COLETA	CLT	180		20	20	1.309,09	26.181,83	3.680,00	3.927,27
AUXILIAR DE COLETA - Unidades CAIC Moura Tapajós e CAIC Dra. Maria Helena Freitas de Góes	CLT	220		3	3	1.600,00	4.800,00	552,00	
<b>CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - CDI</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
TÉCNICO DE RADIOLOGIA - RAI X	PJ	120							
TÉCNICO DE RADIOLOGIA - TOMOGRAFIA	PJ	120							
TÉCNICO DE RADIOLOGIA - RNM	PJ	120							
TÉCNICO DE RADIOLOGIA - ARCO CIRÚRGICO	PJ	120							
TÉCNICO DE RADIOLOGIA - MAMÓGRAFO	PJ	120							
<b>FINANCEIRO</b>			<b>0</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>25.826,99</b>	<b>180.988,99</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
CONTADOR - CONTÁBIL FINANCEIRO	CLT	220		1	1	6.000,00	6.000,00		
ANALISTA FINANCEIRO	CLT	220		2	2	3.304,50	6.609,00		
ANALISTA CONTÁBIL	CLT	220		2	2	3.304,50	6.609,00		
PATRIMÔNIO	CLT	220		1	1	3.304,50	3.304,50		
ASSISTENTE DE CONTRATOS / PRESTAÇÃO CONTAS	CLT	220		1	1	3.304,50	3.304,50		

33  
66



**COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE HOSPITAL**

**ANEXO I A - DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL - HPSZN**

CATEGORIA FUNCIONAL	Regime de Contratação	CARGA HORÁRIA (total de horas mês)	CEDIDOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL	SALÁRIO MÉDIO	SALÁRIO TOTAL - CLT	INSAL	ADD NO TURNO
<b>ATENDEMENTO</b>			<b>0</b>	<b>63</b>	<b>63</b>		<b>94.144,31</b>	-	<b>16.480,15</b>
COORDENADOR DE ATENDIMENTO	CLT	220		1	1	6.000,00	6.000,00		
SUPERVISOR RECEPCÃO NOTURNO	CLT	180		2	2	4.000,00	8.000,00		2.400,00
RECEPCIONISTAS - PS PEDIATRIA	CLT	180		10	10	1.235,10	12.351,01		3.705,30
RECEPCIONISTAS - PS ADULTO	CLT	180		14	14	1.235,10	17.291,41		5.187,42
RECEPCIONISTAS - AMBULATÓRIO / LAUDOS	CLT	220		10	10	1.509,57	15.095,67		
RECEPCIONISTAS - BALÇÃO DE INFORMAÇÕES	CLT	220		5	5	1.509,57	7.547,84		
RECEPCIONISTAS - REABILITAÇÃO* (PROPOSTA)	CLT	220		3	3	1.509,57	4.528,70		
RECEPCIONISTAS - INTERNAÇÕES	CLT	180		14	14	1.235,10	17.291,41		5.187,42
RECEPCIONISTAS - SADT	CLT	220		4	4	1.509,57	6.038,27		
<b>MEMOR APRENDIZ</b>			<b>0</b>	<b>20</b>	<b>20</b>		<b>16.000,00</b>	-	-
MENOR APRENDIZ - POSSO AJUDAR?	CLT	150		20	20	800,00	16.000,00		
<b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUARIO - S.A.U / OUVIDORIA</b>			<b>14</b>	<b>8</b>	<b>22</b>		<b>17.600,00</b>	-	-
SUPERV. DE S.A.U	CLT	220		1	1	4.000,00	4.000,00		
AUXILIAR ADMINISTRATIVO SAU INTERNAÇÃO	CEDIDO	220	10	0	10	1.600,00	-		
AUXILIAR ADMINISTRATIVO SAU PS / AMBULATÓRIO	CLT / CEDIDO	220	4	6	10	1.600,00	9.600,00		
OUVIDORIA	CLT	220		1	1	4.000,00	4.000,00		
<b>SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE - SPP</b>			<b>0</b>	<b>12</b>	<b>12</b>		<b>16.053,01</b>	-	-
ARQUIVISTA	CLT	220		6	6	1.075,50	6.453,00		
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	220		6	6	1.600,00	9.600,00		
<b>SERVIÇO SOCIAL</b>			<b>0</b>	<b>9</b>	<b>9</b>		<b>28.450,50</b>	-	<b>5.400,00</b>
ASSISTENTE SOCIAL - INTERNAÇÃO	CLT	150		2	2	3.000,00	6.000,00		
ASSISTENTE SOCIAL - PRONTO SOCORRO	CLT	150		6	6	3.000,00	18.000,00		5.400,00
ASSISTENTE SOCIAL - SUPERVISOR	CLT	220		1	1	4.450,50	4.450,50		
<b>NUCLEO DE MANUTENÇÃO GERAL - NMG</b>			<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>		<b>10.000,00</b>	-	-
ENCARREG. DE MANUTENÇÃO - Núcleo de Manutenção Geral	CLT	220		1	1	5.000,00	5.000,00		
ENGENHEIRO CLÍNICO - Núcleo de Engenharia Clínica	CLT	220		1	1	5.000,00	5.000,00		
<b>SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA - SND</b>			<b>0</b>	<b>22</b>	<b>22</b>		<b>67.000,00</b>	-	<b>9.450,00</b>
NUTRICIONISTA/RT	CLT	220		1	1	4.000,00	4.000,00		
NUTRICIONISTA CLÍNICA	CLT	150		21	21	3.000,00	63.000,00		9.450,00
<b>TRANSPORTE DE PACIENTES</b>			<b>14</b>	<b>11</b>	<b>25</b>		<b>12.765,50</b>	-	<b>1.914,82</b>
MAQUEIRO - AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT / CEDIDO	180	14	11	25	1.160,50	12.765,50		1.914,82
<b>TOTAL CUSTO INDIRETO COM PESSOAS</b>			<b>28</b>	<b>359</b>	<b>387</b>		<b>849.533</b>	<b>15.456</b>	<b>67.698</b>
<b>RESUMO</b>			<b>CEDIDOS SUSAM</b>	<b>CONTRATADOS CLT</b>	<b>QTDE TOTAL</b>	<b>SALÁRIO MÉDIO</b>	<b>SALÁRIO TOTAL</b>	<b>INSAL</b>	<b>ADD NOTURNO</b>
<b>TOTAL CUSTO DIRETO COM PESSOAS</b>			<b>16</b>	<b>872</b>	<b>888</b>	<b>2.142,89</b>	<b>1.902.882,61</b>	<b>189.888,00</b>	<b>237.579,04</b>
<b>TOTAL CUSTO INDIRETO COM PESSOAS</b>			<b>28</b>	<b>359</b>	<b>387</b>	<b>2.195,17</b>	<b>849.532,53</b>	<b>15.456,00</b>	<b>67.698,32</b>
<b>TOTAL CUSTO COM FOLHA DE PAGAMENTO</b>			<b>44</b>	<b>1.231</b>	<b>1.275</b>	<b>2.158,76</b>	<b>2.752.415,14</b>	<b>205.344,00</b>	<b>305.277,36</b>



COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE HOSPITAL

ANEXO I B - DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL - UPA CAMPOS SALLES

CATEGORIA FUNCIONAL	Regime de Contratação	CARGA HORÁRIA (total de horas mês)	CEDIDOS SUSAM	CONTRATADOS CLT	QTDE TOTAL	SALÁRIO MÉDIO	SALÁRIO TOTAL CLT	INSAL	ADD NOTURNO
<b>PRONTO SOCORRO GERAL</b> (Classificação de Risco, Observações, Sala de Medicação, Sala de Inalação, Sala de Sutura, Sala de Emergência)			11	42	53		79.761,87	7.728,00	11.205,00
COORD ENFERMAGEM	CLT	220		1	1	5.061,90	5.061,90	184,00	
ENFERMEIRO (A)	CLT / CEDIDO	180	11	5	16	2.700,00	13.500,00	920,00	2.025,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT	180		36	36	1.700,00	61.199,97	6.624,00	9.180,00
<b>SERV. MULTIDISCIPLINARES</b>			15	0	15				
ODONTÓLOGO	CEDIDO	180	11		11				
TÉCNICO HIGIENE BUCAL	CEDIDO	180	4		4				
<b>DIRETORIA</b>			0	2	2		21.500,00		
GERENTE ADMINISTRATIVO	CLT	220		1	1	18.000,00	18.000,00		
SECRETARIA EXECUTIVA	CLT	220		1	1	3.500,00	3.500,00		
<b>GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS/DP</b>			0	4	4		5.818,18		960,00
AUX. ADMINISTRATIVO DP	CLT	220		2	2	1.600,00	3.200,00		960,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO DP	CLT	180		2	2	1.309,09	2.618,18		
<b>SESMT</b>			0	1	1		2.002,70	184,00	
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	CLT	220		1	1	2.002,70	2.002,70	184,00	
<b>TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO</b>			0	1	1		3.304,50		
ANALISTA DE SISTEMA	CLT	220		1	1	3.304,50	3.304,50		
FATURISTA	CLT	220		1	1	2.002,70	2.002,70		
<b>ALMOXARIFADO</b>			0	4	4		5.236,37		
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT	180		4	4	1.309,09	5.236,37		
<b>FARMÁCIA</b>			0	9	9		20.092,80		3.013,92
FARMACÊUTICO CLÍNICO - CAF	CLT	180		4	4	3.250,20	13.000,80		1.950,12
AUXILIAR DE FARMÁCIA - CAF	CLT	180		5	5	1.418,40	7.092,00		1.063,80
<b>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</b>			0	6	6		10.200,00	1.104,00	1.530,00
TÉCNICO DE LABORATÓRIO (BIOQUÍMICA, URINÁLISE, HEMATO, IMUNOSSOROLOGIA)	CLT	180		6	6	1.700,00	10.200,00	1.104,00	1.530,00
<b>CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - CDI</b>			0	0	0		0,00		
TÉCNICO DE RADIOLOGIA - RAIÓ X	PJ	120							
<b>FINANCEIRO</b>			0	1	1		3.304,50		
ANALISTA FINANCEIRO	CLT	220		1	1	3.304,50	3.304,50		
<b>ATENDIMENTO</b>			0	12	12		20.351,01		6.105,30
SUPERVISOR RECEPÇÃO NOTURNO	CLT	180		2	2	4.000,00	8.000,00		2.400,00
RECEPCIONISTAS - PS	CLT	180		10	10	1.235,10	12.351,01		3.705,30
<b>MENOR APRENDIZ</b>			0	1	4		4.000,00		
MENOR APRENDIZ - POSSO AJUDAR?	CLT	150		1	3	800,00	2.400,00		
<b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO - S.A.U / OUVIDORIA</b>			0	1	1		1.600,00		
AUXILIAR ADMINISTRATIVO SAU PS	CLT	220		1	1	1.600,00	1.600,00		
<b>SERVIÇO SOCIAL</b>			2	3	5		9.000,00		
ASSISTENTE SOCIAL - PRONTO SOCORRO	CLT / CEDIDO	150	2	3	5	3.000,00	9.000,00		
<b>NUCLEO DE MANUTENÇÃO GERAL - NMG</b>			0	2	2		2.625,00		
OFICIAL DE MANUTENÇÃO	CLT	220		1	1	1.500,00	1.500,00		
AUXILIAR DE MANUTENÇÃO	CLT	180		1	1	1.125,00	1.125,00		
<b>SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA - SHL</b>			0	30	30		34.814,99	5.520,00	5.222,25
AUXILIAR DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA	CLT	180		30	30	1.160,50	34.814,99	5.520,00	5.222,25
<b>TRANSPORTE DE PACIENTES</b>			0	5	5		5.802,50		870,37
MAQUEIRO	CLT	180		5	5	1.160,50	5.802,50		870,37
<b>RESUMO</b>									
<b>TOTAL CUSTO DIRETO COM PESSOAS</b>		0	26	42	68	1.172,97	79.761,87	7.728,00	11.205,00
<b>TOTAL CUSTO INDIRETO COM PESSOAS</b>		0	2	83	98	1.666,89	163.355,24	6.808,00	19.456,84
<b>TOTAL CUSTO COM FOLHA DE PAGAMENTO</b>		0	28	125	166	1.464,56	243.117,11	14.536,00	30.661,84

## **ANEXO II – DIMENDINAMENTO MÉDICO**

A – HOSPITAL PRONTO SOCORRO ZONA NORTE

B – AMBULATÓRIO - HOSPITAL PRONTO SOCORRO ZONA NORTE

537

C – UPA CAMPOS SALLES





COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE HOSPITAL PRONTO SOCORRO DA ZONA NORTE (DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ) e  
UPA CAMPOS SALES

ANEXO II A - DIMENSIONAMENTO MÉDICO HPSZN

Setor	Especialidade	Forma Contratação	Caráter	QTDE PROFISSIONAIS	Médicos na Escala		Carga horária		VALOR LÍQUIDO	VALOR BRUTO	VALOR POR ESPEC
					DIURNO Semana	NOTURNO Semana	Diária	Semana			
INTERNAÇÃO	Cardiologia	Pessoa Jurídica	presencial	18	3	3	3	504	2.196	14.007,24	119,23
	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Pessoa Jurídica	presencial	6	1	1	1	168	732	87.277,93	119,23
	Cirurgia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	49	8	8	8	1.344	5.856	698.223,44	119,23
	Cirurgia Geral	Pessoa Jurídica	Rotina	1	1	1	6	30	131	17.923,15	137,12
	Cirurgia Plástica	Pessoa Jurídica	presencial	6	1	1	1	168	732	87.277,93	119,23
	Cirurgia Plástica	Pessoa Jurídica	sobreaviso	6	1	1	1	168	732	87.277,93	119,23
	Cirurgia Vascular	Pessoa Jurídica	sobreaviso	6	1	1	1	168	732	87.277,93	119,23
	Endocrinologia e Metabologia	Pessoa Jurídica	presencial	6	1	1	1	168	732	87.277,93	119,23
	Ginecologia	Pessoa Jurídica	presencial	6	1	1	1	168	732	87.277,93	119,23
	Infectologia	Pessoa Jurídica	presencial	3	2	2	8	349	349	41.560,92	119,23
	Nefrologia (Diálises, pareceres, etc.)	Pessoa Jurídica	presencial	2	1	1	1	60	261	31.170,69	119,23
	Nefrologia (Diálises, pareceres, etc.)	Pessoa Jurídica	sobreaviso	4	1	1	1	12	108	18.822,86	119,23
	Otorrinolaringologia	Pessoa Jurídica	sobreaviso	6	1	1	1	12	108	18.822,86	119,23
	Pediatria	Pessoa Jurídica	sobreaviso	18	3	3	3	504	2.196	22.442,90	47,69
	Pneumologia	Pessoa Jurídica	presencial	6	1	1	1	168	732	87.277,93	119,23
	Reumatologia	Pessoa Jurídica	presencial	6	1	1	1	168	732	87.277,93	119,23
	Transplante - Cirurgião	Pessoa Jurídica	presencial	4	2	2	12	120	523	67.971,43	155,00
	Urologia	Pessoa Jurídica	sobreaviso	6	1	1	1	168	732	87.277,93	119,23
	Urologia/Nefrologia	Pessoa Jurídica	presencial	6	1	1	1	168	732	87.277,93	119,23
	Anestesiologia	Pessoa Jurídica	presencial	28	11	1	1	768	3.346	435.017,14	155,00
	Anestesiologia	Pessoa Jurídica	sobreaviso	4	1	1	1	108	471	24.687,17	52,46
	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	8	40	174	17.428,57	119,23
	Cirurgia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	8	2	2	12	228	993	99.342,86	119,23
	Cirurgia Geral	Pessoa Jurídica	Rotina	4	2	2	12	120	523	60.128,57	137,12
	Cirurgia Plástica	Pessoa Jurídica	presencial	2	1	1	12	60	261	28.757,14	131,16
	Cirurgia Vascular	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	8	40	174	19.171,43	131,16
Cirurgia Vascular	Pessoa Jurídica	sobreaviso	4	1	1	12	108	471	20.705,14	52,46	
Ginecologia	Pessoa Jurídica	Rotina	2	2	2	60	60	261	30.064,29	137,12	
Ginecologia	Pessoa Jurídica	presencial	6	1	1	12	168	732	73.200,00	119,23	
Neurologia Clínica	Pessoa Jurídica	sobreaviso	6	1	1	12	168	732	32.208,00	52,46	
Otorrinolaringologia	Pessoa Jurídica	presencial	2	1	1	12	60	261	26.142,86	119,23	
Proctologia	Pessoa Jurídica	presencial	2	1	1	12	60	261	26.142,86	119,23	
Transplante - Cirurgião	Pessoa Jurídica	sobreaviso	6	1	1	12	168	732	38.064,00	62,00	
Urologia	Pessoa Jurídica	presencial	2	1	1	12	60	261	26.142,86	119,23	
Urologia	Pessoa Jurídica	sobreaviso	4	1	1	12	108	471	18.822,86	47,69	
Clinica Médica PS	Pessoa Jurídica	presencial	12	2	2	12	336	1.464	146.400,00	119,23	
Clinica Médica PS observação	Pessoa Jurídica	Rotina	2	1	1	12	60	261	30.064,29	137,12	
Pediatria PS	Pessoa Jurídica	presencial	12	2	2	12	336	1.464	146.400,00	119,23	
Pediatria PS - observação	Pessoa Jurídica	Rotina	2	1	1	12	60	261	30.064,29	137,12	
Cirurgião PS	Pessoa Jurídica	presencial	6	1	1	12	168	732	73.200,00	119,23	
Cirurgia Buco-Maxilo	Pessoa Jurídica	presencial	6	1	1	12	168	732	73.200,00	119,23	
Médico Legista (SVO)	Pessoa Jurídica	presencial	6	1	1	12	168	732	80.520,00	131,16	
										1.158.988,57	
										2.166.622,66	
										691.365,89	



COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE HOSPITAL PRONTO SOCORRO DA ZONA NORTE (DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ) e  
UPA CAMPOS SALES

ANEXO II A- DIMENSIONAMENTO MÉDICO HPSZN

Setor	Especialidade	Forma Contratação	Caráter	QTDE PROFISSIONAIS	Médicos na Escala				Carga horária			VALOR LIQUIDO	VALOR BRUTO	VALOR HORA	VALOR POR ESPEC	
					DIURNO Semana	FDS	NOTURNO Semana	FDS	Diária	Semana	Mensal					
Unidades Terapia Intensivas -	Especialidade	Forma Contratação	Caráter	QTDE					618	9.766	42.912	4.343.423,71	5.178.757,26			
	Medicina Intensiva (UTI) Adulto	Pessoa Jurídica	presencial	18	3	3	3	3		12	504	241.560,00	288.017,17	131,16		
	Medicina Intensiva (UTI) Adulto	Pessoa Jurídica	Rotina	7	3	3	3	3		6	180	99.212,14	118.292,77	150,83		
	Medicina Intensiva (UTI) Infantil	Pessoa Jurídica	presencial	12	2	2	2	2		12	336	161.040,00	192.011,45	131,16		
SADT's	Medicina Intensiva (UTI) Infantil	Pessoa Jurídica	Rotina	4	2	2	2	2		6	120	66.141,43	78.861,84	150,83		
	Radiologia e Imagem - RNIM	Pessoa Jurídica	presencial	2	1					12	60	52.285,71	62.341,38	238,46		
	Radiologia e Imagem - TC	Pessoa Jurídica	presencial	2	1					12	60	52.285,71	62.341,38	238,46		
	Radiologia e Imagem - RX / Mamo	Pessoa Jurídica	presencial	2	1					12	60	39.214,29	46.756,03	178,85		
	Radiologia e Imagem - Sobreaviso	Pessoa Jurídica	sobreaviso	4		1	1	1		12	108	37.645,71	44.885,79	95,39		
	Diretor Técnico	Pessoa Jurídica	presencial	1								35.000,00	41.731,25	231,84		
CHEFIA S E COORD.	Coordenação	Pessoa Jurídica	presencial	12								120.000,00	143.078,57	11.923,21		184.810
ENSI NO	Coordenação	Pessoa Jurídica	presencial	1	1					8	40	30.000,00	35.769,64	205,24		
	Preceptoria	Pessoa Jurídica	presencial	2	2					8	80	40.000,00	47.692,86	23.846,43		83.463
<b>216.325</b>																



COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE

HOSPITAL PRONTO SOCORRO DA ZONA NORTE (DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ) e

UPA CAMPOS SALES

ANEXO II B - DIMENSIONAMENTO MÉDICO AMBULATORIAL HPSZN

Especialidade	Forma Contratação	Caráter	Médicos na Escala SEMANA							Carga horária			Valor Líquido	Valor BRUTO
			SEG	TER	QUA	QUI	SEX	TOTAL	Diária	Semana	Mensal	24.000,00	238,46	
<b>Especialidade</b>	<b>Forma Contratação</b>	<b>Caráter</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>97</b>	<b>372</b>	<b>1.128</b>	<b>4.915</b>	<b>774.037,71</b>	<b>922.901,77</b>	
Cardiologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	4	12	48	209	41.828,57	49.873,10	
Proctologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	2	12	24	105	20.914,29	24.936,55	
Dermatologia	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	5	12	60	261	52.285,71	62.341,38	
Angiologista	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	2	12	24	105	20.914,29	24.936,55	
Endocrinologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	3	12	36	157	31.371,43	37.404,83	
Gastroenterologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	3	12	36	157	31.371,43	37.404,83	
Nefrologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial						1	12	12	52	10.457,14	12.468,28	
Neurologia Pediatra	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	3	12	36	157	36.704,57	43.763,65	
Neurologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	3	12	36	157	36.704,57	43.763,65	
Oftalmologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	5	12	60	261	78.428,57	93.512,07	
Otorrinolaringologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial						3	12	36	157	47.057,14	56.107,24	
Pneumologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial						1	12	12	52	10.457,14	12.468,28	
Pneumologia Pediatra	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	2	12	24	105	20.914,29	24.936,55	
Reumatologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	1	12	12	52	10.457,14	12.468,28	
Urologia Geral	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	5	12	60	261	52.285,71	62.341,38	
Hepatologia	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	2	12	24	105	20.914,29	24.936,55	
Geriatria - Incremento	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	2	8	16	70	13.942,86	16.624,37	
Fisiatria - Incremento	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	2	8	16	70	13.942,86	16.624,37	
Psicologia	CLT	presencial	1	1	1	1	1	5	12	60	261	-	-	
Nutrição	CLT	presencial	1	1	1	1	1	5	12	60	261	-	-	
Fonoaudiologia	CLT	presencial	1	1	1	1	1	5	12	60	261	-	-	
Fisioterapia	CLT	presencial	1	1	1	1	1	5	12	60	261	-	-	
Assistente Social	CLT	presencial	1	1	1	1	1	5	12	60	261	-	-	
Consulta aval.cir.cabeça pescoço	Pessoa Jurídica	presencial						1	12	12	52	10.457,14	12.468,28	
Consulta aval.cir.geral	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	5	12	60	261	52.285,71	62.341,38	
consulta aval.cir.pequenas cir.	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	1	12	12	52	10.457,14	12.468,28	
consulta aval.cir.urologica	Pessoa Jurídica	presencial						2	12	24	105	20.914,29	24.936,55	
consulta aval.cir.otorrinolar	Pessoa Jurídica	presencial						2	12	24	105	20.914,29	24.936,55	
consulta aval.cir.proctologia	Pessoa Jurídica	presencial						2	12	24	105	20.914,29	24.936,55	
consulta urologia de litotripsia	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	5	8	40	174	34.857,14	41.560,92	
consulta aval.cir.vascular	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	2	12	24	105	20.914,29	24.936,55	
consulta transp.rim pancreas fig.	Pessoa Jurídica	presencial	1	1	1	1	1	3	12	36	157	31.371,43	37.404,83	

AMBULATORIO



COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE HOSPITAL PRONTO SOCORRO DA ZONA NORTE (DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ) e UPA CAMPOS SALES

ANEXO II C - DIMENSIONAMENTO MÉDICO UPA CAMPOS SALES

Setor	Especialidade	Forma Contratação	Caráter	QTDE PROFISSIONAIS	Médicos na Escala						VALOR LIQUIDO	VALOR BRUTO	VALOR HORA	VALOR POR ESPEC		
					DIURNO		NOTURNO		Carga horária						Mensal	
					Semana	FDS	Semana	FDS	Diária	Semana						
PRONTO SOCORRO	Especialidade	Forma Contratação	Caráter	QTDE	50	3	3	3	3	12	504	2.196	589.490,00	702.861,57	119,23	
	Clinica Médica PS	Pessoa Jurídica	presencial	18	3	1	1	1	1	6	366	366	219.600,00	261.833,79	119,23	
	Clinica Médica PS	Pessoa Jurídica	Rotina	3	1	1	1	1	1	6	84	366	42.090,00	50.184,81	137,12	
	Pediatria PS *	Pessoa Jurídica	presencial	18	3	3	3	3	3	12	504	2.196	219.600,00	261.833,79	119,23	
CHEFIAS E COORD.	Cirurgião PS	Pessoa Jurídica	presencial	6	1	1	1	1	1	12	168	732	73.200,00	87.277,93	119,23	
	Cirurgia Buco-Maxilo	CEDIDO	presencial	0								-	-	-	-	
	Diretor Técnico	Pessoa Jurídica	presencial	1							180	180	15.000,00	17.884,82	99,36	
	Coordenação	Pessoa Jurídica	presencial	2							180	180	20.000,00	23.846,43	11.923,21	41,731
																661.130,32

### **ANEXO III**

**AMBULATÓRIO CLINICO E CIRURGICO - HPSZN**

**542**



**COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE**  
**HOSPITAL PRONTO SOCORRO DA ZONA NORTE (DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ) e**  
**UPA CAMPOS SALES**

**ANEXO III – AMBULATORIO CLÍNICO E CIRÚRGICO NO HPSZN**

ATENDIMENTOS CLÍNICOS/CIRURGICOS	MÊS 1-	MÊS 2-	MÊS 3-	MÊS 4-	MÊS 5-	MÊS 6-	MÊS 7-	MÊS 8-	MÊS 9-	MÊS 10-	MÊS 11-	MÊS 12-	TOTAL
	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Cardiologia Geral	606	606	606	606	606	606	606	606	606	606	606	606	7.272
Proctologia Geral	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	3.228
Dermatologia	808	808	808	808	808	808	808	808	808	808	808	808	9.696
Angiologista	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	3.228
Endocrinologia Geral	539	539	539	539	539	539	539	539	539	539	539	539	6.468
Gastroenterologia Geral	539	539	539	539	539	539	539	539	539	539	539	539	6.468
Nefrologia Geral	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	1.620
Neurologia Pediatria	539	539	539	539	539	539	539	539	539	539	539	539	6.468
Neurologia Geral	539	539	539	539	539	539	539	539	539	539	539	539	6.468
Oftalmologia Geral	902	902	902	902	902	902	902	902	902	902	902	902	10.824
Otorrinolaringologia Geral	202	202	202	202	202	202	202	202	202	202	202	202	2.424
Pneumologia Geral	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	1.620
Pneumologia Pediatria	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	3.228
Reumatologia Geral	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	1.620
Urologia Geral	808	808	808	808	808	808	808	808	808	808	808	808	9.696
Hepatologia	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	3.228
Psicologia	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	3.228
Nutrição	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	3.228
Fonoaudiologia	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	3.228
Fisioterapia	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	3.912
Assistente Social	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	3.228
Consulta aval.cir.cabeça pescoço	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	1.620
Consulta aval.cir.geral	808	808	808	808	808	808	808	808	808	808	808	808	9.696
consulta aval.cir.pequenas cir.	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	1.620
consulta aval.cir.urológica	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	3.228
consulta aval.cir.otorrinol	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	3.228
consulta aval.cir.proctologia	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	3.228
consulta urologia de litotripsia	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	3.228
consulta aval.cir.vascular	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	269	3.228
consulta transp.rim pancreas fig.	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	4.896
Geriatra	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2.400
Fisiatra	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2.400
<b>TOTAL ATENDIMENTOS</b>	<b>11.596</b>	<b>11.596</b>	<b>11.596</b>	<b>11.596</b>	<b>11.596</b>	<b>11.596</b>	<b>11.596</b>	<b>11.596</b>	<b>11.596</b>	<b>11.596</b>	<b>11.596</b>	<b>11.596</b>	<b>139.152</b>
<b>TOTAL ACUMULADO</b>	<b>11.596</b>	<b>23.192</b>	<b>34.788</b>	<b>46.384</b>	<b>57.980</b>	<b>69.576</b>	<b>81.172</b>	<b>92.768</b>	<b>104.364</b>	<b>115.960</b>	<b>127.556</b>	<b>139.152</b>	

## OBSERVAÇÃO:

1. Meta ajustada com incremento proposto.

**ANEXO IV**  
**PRODUÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS**  
**HPSZN E HOSPITAL DIA**

544



**COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE  
HOSPITAL PRONTO SOCORRO DA ZONA NORTE (DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ) e  
UPA CAMPOS SALES**

**ANEXO IV – PRODUÇÃO DE CIRÚRGIAS – ELEATIVAS DO HPSZN E NO HOSPITAL DIA**

HOSPITAL-DIA/CIRÚRGICO HPSZN	MÊS 1-		MÊS 2-		MÊS 3-		MÊS 4-		MÊS 5-		MÊS 6-		MÊS 7-		MÊS 8-		MÊS 9-		MÊS 10-		MÊS 11-		MÊS 12-		TOTAL
	ANO		ANO		ANO		ANO		ANO		ANO		ANO		ANO		ANO		ANO		ANO		ANO		
Transplante Eletiva	9		9		9		9		9		9		9		9		9		9		9		9		108
Cirurgia Vasculares Eletiva	17		17		17		17		17		17		17		17		17		17		17		17		204
Cirurgia Geral Eletiva	121		121		121		121		121		121		121		121		121		121		121		121		1.452
Cirurgia Ginecológica Eletiva	53		53		53		53		53		53		53		53		53		53		53		53		636
Cirurgia Otorrinolaringologia Eletiva	6		6		6		6		6		6		6		6		6		6		6		6		72
Cirurgia Cabeça e Pescoço Eletiva	6		6		6		6		6		6		6		6		6		6		6		6		72
Cirurgia Urológica Eletiva	28		28		28		28		28		28		28		28		28		28		28		28		336
Cirurgia Proctológica Eletiva	6		6		6		6		6		6		6		6		6		6		6		6		72
Cirurgia Plástica Reparadora Eletiva	13		13		13		13		13		13		13		13		13		13		13		13		156
Errata Edital ( Precisa ser definido com a SUSAM, se foi erro ou se há necessidade desse volume, pois a soma, mesmo após a errata, é de 234 cirurgias das Eletivas)	28		28		28		28		28		28		28		28		28		28		28		28		336
Cirurgia Urológica Hospital Dia	29		29		29		29		29		29		29		29		29		29		29		29		348
Cirurgia Ginecológica Hospital Dia	29		29		29		29		29		29		29		29		29		29		29		29		348
Cirurgia Otorrinolaringologia Hospital Dia	28		28		28		28		28		28		28		28		28		28		28		28		336
Cirurgia Vasculares Hospital Dia	2		2		2		2		2		2		2		2		2		2		2		2		24
Outras Especialidades Hospital Dia	29		29		29		29		29		29		29		29		29		29		29		29		348
<b>TOTAL</b>	<b>404</b>		<b>404</b>		<b>404</b>		<b>404</b>		<b>404</b>		<b>404</b>		<b>404</b>		<b>404</b>		<b>404</b>		<b>404</b>		<b>404</b>		<b>404</b>		<b>4.848</b>

Observação:

1. Meta ajustada com incremento proposto.

2. Na errata do anexo II publicada consta: "Realizar no mínimo 259 (duzentas e cinquenta e nove) cirurgias eletivas/mês em regime de internação convencional (Transplante – 9, Cirurgia Vasculares – 15, Cirurgia Geral – 110, Cirurgia Ginecológica – 48, Cirurgia Otorrinolaringologia – 5, Cirurgia de Cabeça e Pescoço – 5, Cirurgia Proctológica – 25, Cirurgia Urológica – 25, Cirurgia Plástica Reparadora – 12).", entretanto a soma dessas cirurgias dá o montante de 234 cirurgias, não apontando a diferença de 25 cirurgias de qual especialidade seria, portanto, o plano de trabalho foi desenvolvido com base nas 259 cirurgias/mês, devendo a SUSAM definir qual o critério será adotado nas cláusulas contratuais.

INDSH - INSTITUTO NACIONAL DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO



ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

**COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE**  
**HOSPITAL PRONTO SOCORRO DA ZONA NORTE (DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ) e**  
**UPA CAMPOS SALES**

ANEXO IX - PLANILHA DE DESPESAS MENSAIS - COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE

ITENS DE CUSTEIO - Valores em Reais	MÊS 1-	MÊS 2-	MÊS 3-	MÊS 4-	MÊS 5-	MÊS 6-	MÊS 7-	MÊS 8-	MÊS 9-	MÊS 10-	MÊS 11-	MÊS 12-	TOTAL
	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	
<b>Receitas e Despesas Operacionais</b>													
<b>RECEITAS OPERACIONAIS</b>													
Repasso Contrato de Gestão/Convênio (Fixo+Variável)	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	183.185.400
Repasso Programas Especiais/Eventuais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total (1)</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>183.185.400</b>
Resultado de Aplicação Financeira	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reembolso de Despesas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Receitas Extras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outras Receitas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total (2)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Total Geral das Receitas (1) + (2)</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>183.185.400</b>
<b>Despesas Operacionais</b>													
<b>1. Pessoal</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>59.762.469</b>
01.01 Ordenados	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	43.266.360
01.02 Encargos Sociais	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	5.936.400
01.03 Provisões (13o.+férias)	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	5.772.480
01.04 Benefícios	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	1.200.000
01.05 Outras Formas de Contratação (Servidores Cedidos SUSAM)	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	3.587.229
<b>2. Material/Medicamentos</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>14.826.000</b>
02.01 Material Médico Hospitalar	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	5.856.000
02.02 Medicamentos e Gases Medicinais	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	8.100.000
<b>3. Materiais Diversos</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	
03.01 Material de Higienização	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	240.000
03.02 Material/Generos Alimentícios	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	78.000
03.03 Material/Expediente	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	300.000
03.04 Combustível	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	36.000
03.05 GLP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
03.06 Material de Manutenção	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	216.000
03.08 Outras Despesas com Materiais Diversos	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	72.000
03.09 Enxoval - Lavanderia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
03.10 Esterilização de Instrumentos	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	12.000
03.11 Dedetização e Desratização	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	12.000
<b>4. Seguros/Impostos e Taxas</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>144.000</b>

04.01 Seguros (imóvel e Automóvel)	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	72.000
04.02 Impostos/Taxas (IOF, Taxas bancárias, ARPE, etc)	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	72.000
<b>5. Gerais</b>	<b>389.500</b>	<b>389.500</b>	<b>389.500</b>	<b>389.500</b>	<b>389.500</b>	<b>389.500</b>	<b>389.500</b>	<b>389.500</b>	<b>389.500</b>	<b>389.500</b>	<b>389.500</b>	<b>389.500</b>	<b>389.500</b>	
05.01 Telefonia	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	144.000
05.02 Água	53.000	53.000	53.000	53.000	53.000	53.000	53.000	53.000	53.000	53.000	53.000	53.000	53.000	636.000
05.03 Energia Elétrica	320.000	320.000	320.000	320.000	320.000	320.000	320.000	320.000	320.000	320.000	320.000	320.000	320.000	3.840.000
05.04 Outras Despesas Gerais	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	54.000
<b>6. Depreciação</b>														
<b>7. Prestação de Serviços Terceiros</b>	<b>8.640.244</b>	<b>8.640.244</b>	<b>8.640.244</b>	<b>8.640.244</b>	<b>8.640.244</b>	<b>8.640.244</b>	<b>8.640.244</b>	<b>8.640.244</b>	<b>8.640.244</b>	<b>8.640.244</b>	<b>8.640.244</b>	<b>8.640.244</b>	<b>8.640.244</b>	<b>103.682.931</b>
<b>07.01 Assistenciais</b>	<b>7.701.100</b>	<b>7.701.100</b>	<b>7.701.100</b>	<b>7.701.100</b>	<b>7.701.100</b>	<b>7.701.100</b>	<b>7.701.100</b>	<b>7.701.100</b>	<b>7.701.100</b>	<b>7.701.100</b>	<b>7.701.100</b>	<b>7.701.100</b>	<b>7.701.100</b>	<b>92.413.200</b>
07.01.01 Pessoa Jurídica	7.569.100	7.569.100	7.569.100	7.569.100	7.569.100	7.569.100	7.569.100	7.569.100	7.569.100	7.569.100	7.569.100	7.569.100	7.569.100	90.829.200
07.01.02 Pessoa Física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
07.01.03 Cooperativa	132.000	132.000	132.000	132.000	132.000	132.000	132.000	132.000	132.000	132.000	132.000	132.000	132.000	1.584.000
<b>07.02 Administrativos</b>	<b>939.144</b>	<b>939.144</b>	<b>939.144</b>	<b>939.144</b>	<b>939.144</b>	<b>939.144</b>	<b>939.144</b>	<b>939.144</b>	<b>939.144</b>	<b>939.144</b>	<b>939.144</b>	<b>939.144</b>	<b>939.144</b>	<b>11.269.731</b>
07.02.01 Pessoa Jurídica**	939.144	939.144	939.144	939.144	939.144	939.144	939.144	939.144	939.144	939.144	939.144	939.144	939.144	11.269.731
07.02.02 Pessoa Física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
07.02.03 Cooperativa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL GERAL DE DESPESAS</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>183.185.400</b>
Déficit/Superávit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL GERAL DE DESPESAS</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>183.185.400</b>
<b>8. Investimentos</b>														
8.1 Equipamentos														
8.2 Moveis e Utensílios														
8.3 Obras e Construções														
<b>TOTAL</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

VALOR CUSTEIO MENSAL POR EXTENSO: quinze milhões, duzentos e sessenta e cinco mil, quatrocentos e cinquenta reais

VALOR CUSTEIO ANUAL POR EXTENSO: cento e oitenta e três milhões, cento e oitenta e cinco mil e quatrocentos reais

**OBSERVAÇÕES:**

1 - O INDSH é detentor do CEBAS/SAÚDE portanto é imunes dos Tributos Patronais e está plenamente em conformidade à todas as legislações Fiscais e Trabalhistas em vigor.

2 - As despesas de forma aberta poderão ser analisadas dentro do plano de trabalho intitulado " Volume de Recursos Financeiros Destinados a cada Tipo de Despesas"

**DADOS CADASTRAIS**

EMPRESA: INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH

Endereço Rua Dr. Cristiano Ottoni, Número 233

Bairro: Centro – Cidade de Pedro Leopoldo - MG

CNPJ: 23.453.830/0001-70

Fone: (31) 3660-3700

Insc. Estadual: 003138056.00-47

Local/ Data: S.Paulo, 06/08/2018

assinatura:

Proposta é válida por 90 (noventa) dias, contados da data de abertura do CHAMAMENTO PÚBLICO (Item 7.5 Edital)

**ANEXO IX**  
**PLANILHA DE DESPESAS MENSAIS**  
**COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE**

**555**



**COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE**  
**HOSPITAL PRONTO SOCORRO DA ZONA NORTE (DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ) e**  
**UPA CAMPOS SALES**

**ANEXO IX - PLANILHA DE DESPESAS MENSAIS - COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE**

ITENS DE CUSTEIO - Valores em Reais	MÊS 1-		MÊS 2-		MÊS 3-		MÊS 4-		MÊS 5-		MÊS 6-		MÊS 7-		MÊS 8-		MÊS 9-		MÊS 10-		MÊS 11-		MÊS 12-		TOTAL	
	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO		ANO
<b>Receitas e Despesas Operacionais</b>																										
<b>RECEITAS OPERACIONAIS</b>																										
Repasse Contrato de Gestão/Convênio (Fixo+Variável)	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	15.265.450	183.185.400
Repasse Programas Especiais/Eventuais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total (1)</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>183.185.400</b>
Resultado de Aplicação Financeira	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reembolso de Despesas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Receitas Extras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outras Receitas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total (2)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Total Geral das Receitas (1) + (2)</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>15.265.450</b>	<b>183.185.400</b>
<b>Despesas Operacionais</b>																										
<b>1. Pessoal</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>4.980.206</b>	<b>59.762.469</b>
01.01 Ordenados	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	3.605.530	43.266.360
01.02 Encargos Sociais	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	494.700	5.936.400
01.03 Provisões (13o + férias)	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	481.040	5.772.480
01.04 Benefícios	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	1.200.000
01.05 Outras Formas de Contratação (Servidores Cedidos SUSAM)	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	298.936	3.587.229
<b>2. Material/Medicamentos</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>1.163.000</b>	<b>14.826.000</b>
02.01 Material Médico Hospitalar	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	488.000	5.856.000
02.02 Medicamentos e Gases Medicinais	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	675.000	8.100.000
<b>3. Materiais Diversos</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>80.500</b>	<b>800.000</b>
03.01 Material de Higienização	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	240.000
03.02 Material/Generos Alimentícios	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	78.000
03.03 Material/Expediente	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	300.000
03.04 Combustível	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	36.000
03.05 GLP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
03.06 Material de Manutenção	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	216.000
03.08 Outras Despesas com Materiais Diversos	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	72.000
03.09 Enxoval - Lavanderia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
03.10 Esterilização de Instrumentos	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	12.000
03.11 Dedeização e Desratização	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	12.000
<b>4. Seguros/Impostos e Taxas</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>12.000</b>	<b>144.000</b>





COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE  
HOSPITAL PRONTO SOCORRO DA ZONA NORTE (DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ) e  
UPA CAMPOS SALES

ANEXO V – TEMPO MÉDIO DE PERMANENCIA E TAXA DE OCUPAÇÃO NO HPSZN

Especialidades Internação	Número de Saídas Hospitalares		Bases para o cálculo do número de saídas		
	Média Mensal	% Total	Leitos Operacionais	Tempo Médio de Permanência	Taxa de Ocupação
Clinica Cirurgica Transplante	51	3%	28	14,00	85%
Clinica Cirurgica Geral	595	41%	84	3,60	85%
Clinica Cirurgica Ginecológica	71	5%	10	3,60	85%
Clinica Cirurgica Cabeça e Pescoço	43	3%	6	3,60	85%
Clinica Cirurgica Nefrologia / Urologia	43	3%	6	3,60	85%
Clinica Cirurgica Otorrinolaringologia	28	2%	4	3,60	85%
Clinica Cirurgica Plastica Reparadora	14	1%	2	3,60	85%
Clinica Cardiologica	71	5%	28	10,00	85%
Clinica Geral	71	5%	28	10,00	85%
Clinica Pneumológica	10	1%	4	10,00	85%
Clinica Reumatológica	20	1%	8	10,00	85%
Clinica Nefrologia / Urologia	26	2%	10	10,00	85%
Clinica Endócrino	15	1%	6	10,00	85%
Pediatria Clínica	93	6%	20	5,50	85%
Pediatria Cirúrgica	58	4%	8	3,50	85%
Hospital Dia	255	17%	10	1,00	85%
<b>Total Mensal (A)</b>	<b>1.465</b>	<b>100%</b>	<b>262</b>		
DIÁRIAS UTI	Média Mensal	% Total	Leitos Operacionais	Tempo Médio de Permanência	Taxa de Ocupação
UTI ADULTO	95	70%	30	9,00	95%
UTI PEDIÁTRICA	41	30%	20	14,00	95%
<b>Total Mensal (B)</b>	<b>136</b>	<b>100%</b>	<b>50</b>		
<b>TOTAL GERAL (A+B)</b>	<b>1.600</b>		<b>312</b>		

Observação:

1 - No Anexo II - Metas de Produção (página 43 Edital) cita a realização mínima de 894 saídas mensais, entretanto seguindo a metodologia da Portaria Nº1.101, DE 12 DE JUNHO DE 2002 do Ministério da Saúde estimamos 1.600 saídas mensais, sendo que as saídas dos leitos de UTI's não são computadas normalmente, por se tratar de um leito intermediário, ou seja, quando ocorre a alta das Unidades de Terapias Intensivas, normalmente, quando não vão a óbito, são reinternadas nos leitos clínicos, e após avaliação das equipes prescrevem a alta hospitalar.

2 - A taxa de ocupação e tempo médio de permanência foram seguidos conforme ANEXO TÉCNICO III - MANUAL DE INDICADORES PARA A PARTE VARIÁVEL (pág 217 edital), entretanto algumas especialidades deverão ser revistas, a partir da série histórica desenvolvida na Unidade, pois o tempo de permanência de forma genérica foram inseridos 10 dias para todas as especialidades Clínicas e 3,6 dias para as especialidades Cirúrgicas.

3 - As metas deverão ser repactuadas com a SUSAM a partir do momento que foram criadas as séries históricas relacionadas ao perfil do HPSZN, e comprovadas as técnicas de cálculos evidenciadas acima.

**COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE**  
**HOSPITAL PRONTO SOCORRO DA ZONA NORTE (DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ) e**  
**UPA CAMPOS SALES**

**ANEXO VI – PRODUÇÃO DE INTERNAÇÃO**

ATIVIDADES HOSPITALARES -SAÍDAS	MÊS 1-	MÊS 2-	MÊS 3-	MÊS 4-	MÊS 5-	MÊS 6-	MÊS 7-	MÊS 8-	MÊS 9-	MÊS 10-	MÊS 11-	MÊS 12-	TOTAL
	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	
Clinica Cirurgica Transplante	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	612
Clinica Cirurgica Geral	595	595	595	595	595	595	595	595	595	595	595	595	7.140
Clinica Cirurgica Ginecológica	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	850
Clinica Cirurgica Cabeça e Pescoço	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	510
Clinica Cirurgica Nefrologia / Urologia	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	510
Clinica Cirurgica Otorrinolaringologia	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	340
Clinica Cirurgica Plastica Reparadora	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	170
Clinica Cardiologica	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	857
Clinica Geral	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	857
Clinica Pneumológica	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	122
Clinica Reumatológica	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	245
Clinica Nefrologia / Urologia	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	306
Clinica Endócrino	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	184
Pediatria Clínica	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	1.113
Pediatria Cirúrgica	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	699
Hospital Dia	255	255	255	255	255	255	255	255	255	255	255	255	3.060
UTI ADULTO	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	1.140
UTI PEDIÁTRICA	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	489
<b>Total Mensal</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>19.203</b>
<b>Total Acumulado (ano)</b>	<b>1.600</b>	<b>3.201</b>	<b>4.801</b>	<b>6.401</b>	<b>8.001</b>	<b>9.602</b>	<b>11.202</b>	<b>12.802</b>	<b>14.402</b>	<b>16.003</b>	<b>17.603</b>	<b>19.203</b>	

**ANEXO VII**  
**ATENDIMENTOS – URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA**

550



**COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE  
HOSPITAL PRONTO SOCORRO DA ZONA NORTE (DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ) e  
UPA CAMPOS SALES**

**ANEXO VII – URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

Atividade/mês	MÊS 1-	MÊS 2-	MÊS 3-	MÊS 4-	MÊS 5-	MÊS 6-	MÊS 7-	MÊS 8-	MÊS 9-	MÊS 10-	MÊS 11-	MÊS 12-	TOTAL
	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	
Atendimento médico HPSZN	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	120.000
Atendimento médico UPA Campos Sales	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	240.000
Atendimento Odontológico UPA Campos Sales	510	510	510	510	510	510	510	510	510	510	510	510	6.120
<b>TOTAL</b>	<b>30.510</b>	<b>30.510</b>	<b>30.510</b>	<b>30.510</b>	<b>30.510</b>	<b>30.510</b>	<b>30.510</b>	<b>30.510</b>	<b>30.510</b>	<b>30.510</b>	<b>30.510</b>	<b>30.510</b>	<b>366.120</b>

Obs.: O serviço de urgência/emergência estará em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana



## **ANEXO VIII**

### **PRODUÇÃO DE SADT - HPSZN**

**552**

**COMPLEXO HOSPITALAR ZONA NORTE  
HOSPITAL PRONTO SOCORRO DA ZONA NORTE (DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ) e  
UPA CAMPOS SALES**

**ANEXO VIII – PRODUÇÃO DE SADT - HPSZN**

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS	MÊS 1-		MÊS 2-		MÊS 3-		MÊS 4-		MÊS 5-		MÊS 6-		MÊS 7-		MÊS 8-		MÊS 9-		MÊS 10-		MÊS 11-		MÊS 12-		TOTAL	
	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO		ANO
Diagnóstico em laboratório Clínico	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	65.300	783.600
Diagnóstico por endoscopia	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	3.092	37.104
Colangiopancreatografia retrógrada (via endoscopia)	156	156	156	156	156	156	156	156	156	156	156	156	156	156	156	156	156	156	156	156	156	156	156	156	156	1.872
Colonoscopia	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	2.124
Esofagogastroduodenoscopia	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	16.356
Retossigmoidoscopia	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
Videolaringoscopia	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	12.672
Cistoscopia e/ou ureteroscopia e/ou uretroscopia	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240
Bronscopia (broncofibroscopia)	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	3.720
Diagnóstico por radiologia	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	7.701	92.412
Exames radiológicos	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	6.136	73.632
Mamografia	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	1.565	18.780
Diagnóstico por ressonância magnética	580	580	580	580	580	580	580	580	580	580	580	580	580	580	580	580	580	580	580	580	580	580	580	580	580	6.960
Diagnóstico por tomografia	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	1.183	14.196
Diagnóstico por ultrassonografia	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	5.386	64.632
Ecocardiografia Transtoráxica	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	10.800
Ultrassonografia doppler colorido	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	6.720
Ultrassonografia	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	3.926	47.112
Metodos diagnósticos em especialidades	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	7.727	92.724
Diagnóstico em Cardiologia	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	2.496	29.952
Eletrcardiograma	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	17.280
Monitoramento pelo sistema holter 24hs 3 canais	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	2.376
Monitorização ambulatorial de pressão arterial	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	2.376
Teste esforço / teste ergométrico	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	7.920
Diagnóstico em oftalmologia	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	1.853	22.236
Diagnóstico em otorrinolaringologia/fonoaudiologia	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300	15.600
Diagnóstico em pneumologia	490	490	490	490	490	490	490	490	490	490	490	490	490	490	490	490	490	490	490	490	490	490	490	490	490	5.880
Prova função pulmonar completa com broncodilatador	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	5.760
Prova função pulmonar simples	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
Diagnóstico em neurologia	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	12.960
Eletroneurograma ENMG	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	5.400
Eletrmiograma emg	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1.200





## **ANEXO X**

**CERTIFICAR EXPERIÊNCIA ANTERIOR, MEDIANTE COMPROVAÇÃO  
ATRAVÉS DE DECLARAÇÕES LEGALMENTE RECONHECIDAS  
(DECLARAÇÃO DE CONTRATANTES ANTERIORES);**

**558**

**EM UNIDADE DE MÉDIO PORTE DE 70 ATÉ 149 LEITOS DE INTERNAÇÃO  
E FRAÇÃO.**

**EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERÊNCIA DE UNIDADES DE SAÚDE  
EM UNIDADE DE MÉDIO PORTE DE 70 ATÉ 149 LEITOS DE INTERNAÇÃO**

<b>Centro Hospitalar Jean Bitar - CHJB</b> CNPJ: 23.453.830/0015-75 Rua Conego Jeronimo Pimentel, 543, Umarizal, Belém - PA, CEP 66055-000	
População Estimada: <b>1.452.275 habitantes</b>	Complexidade: <b>Média e Alta Complexidade</b>
Quantidade de Leitos: <b>70 leitos</b>	Porte: <b>II e III</b>
Período da Prestação de Serviço: <b>01/04/2016 a 09/03/2019.</b>	Atendimento: <b>Ambulatorial e internação programada.</b>
Especialidades: <b>Anestesiologia; Cardiologia; Cirurgia Bariátrica; Cirurgia Cabeça e Pescoço; Cirurgia Geral; Cirurgia Plástica; Cirurgia Vascular; Clínica Médica; Coloproctologia; Dermatologia; Endocrinologia; Fígado e vias Biliares; Geriatria; Pneumologia; Reumatologia e UTI's.</b>	

550

<b>Hospital Regional Público do Leste do Pará</b> CNPJ: 23.453.830/0009-27 Rua Adelaide Bernardes, s/n, Nova Conquista, Paragominas - PA, CEP 68627-452	
População Estimada: <b>900.000 habitantes</b>	Complexidade: <b>média e alta</b>
Quantidade de Leitos: <b>70 leitos</b>	Porte: <b>II</b>
Período da Prestação de Serviço: <b>26/05/2014 a 25/05/2019.</b>	Atendimento: <b>Urgência 24 horas, atendimento ambulatorial e internação programada</b>
Especialidades: <b>clínica médica, cirurgia geral, ortopedia/traumatologia, neurocirurgia/neurologia, radiologia e UTI adulto.</b>	

**Obs:** Os atestados de capacidade técnica são passíveis de diligência através da consulta dos respectivos contratos no nosso site: <http://indsh.org.br/mural-de-transparencia>



**ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

ATESTAMOS para os devidos fins que o **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO (INDSH)**, entidade filantrópica, beneficente, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob nº 23.453.830.001-70, com sede social em Pedro Leopoldo - MG na Rua Cristiano Ottoni, 233, Centro, CEP: 33.600-000:

(1) presta serviços de administração, gestão, operacionalização e gerenciamento hospitalar e social em serviços de saúde do **Hospital Regional Público do Leste do Pará (HRPL)**, localizado no Município de Paragominas - Estado do Pará, conforme CONTRATO DE GESTÃO Nº 028/SESPA/2014. Ressalta-se que este hospital atende aos seguintes Municípios: Aurora do Pará, Capitão Poço, Garrafão do Norte, Ipixuma do Pará, Irituia, Mãe do Rio, Nova Esperança do Piriá, Paragominas, Santa Maria do Pará, São Miguel do Guamá, Ulianópolis, Castanhal, Curuçá, Igarapé-Açu, Inhangapi, Magalhães Barata, Maracanã, Marapanim, São Domingos do Capim, São Francisco do Pará, São João da Ponta, Terra Alta e Dom Eliseu, com as seguintes características:

- **Localização:** Município de Paragominas - Estado: Pará;
- **População:** Estimada em 2017 pelo IBGE nos Municípios reunidos tem 900.000 habitantes;
- **Início da prestação de serviços:** 26 de Maio de 2014;
- **Quantidade de leitos: 70 (setenta) leitos operacionais;**
- **Complexidade:** média e alta complexidade;
- **Porte:** II (de acordo com a Portaria 2.224/02, Ministério da Saúde);
- **Especialidades:** Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia/Traumatologia, Neurocirurgia/neurologia, Radiologia e UTI adulto;
- **Atendimento:** Urgência 24h, atendimento ambulatorial e internação programada;
- **Dimensões físicas:** o HRPL dispõe de 4.230 m<sup>2</sup> de área construída.

(2) Compreendem, também, as atividades desenvolvidas pelo **INDSH** no âmbito do Contrato de Gestão:

- Prestação de serviços em Administração Hospitalar com organização, administração e gerenciamento de todos os serviços, setores e departamentos do **HRPL**;
- Assessoria administrativa, contábil, médica e de enfermagem, envolvendo as áreas de planejamento estratégico, qualidade, administração e desenvolvimento de recursos humanos, organização e gerenciamento das áreas econômicas, financeira e de custos hospitalares;
- Desenvolvimento de política de modernização administrativa para hospitais, capacitação de recursos humanos, entre outras, o que torna a Entidade capacitada e de notória especialização em tais áreas de atuação.

(3) O **INDSH** exerce as suas funções com natureza quantitativa e qualitativa de forma satisfatória;

(4) o **INDSH** cumpre regularmente os prazos a que se compromete e submete-se contratualmente;

(5) a melhoria substancial do atendimento hospitalar, desempenho e os resultados obtidos pelo **INDSH** são de qualidade e atendem satisfatoriamente a população assistida.

(6) Índices e números registrados em 2017:

6. Resumo Geral de informações	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Total de Pacientes-Dia	1.323	1.326	1.478	1.453	1.353	1.499	1.437	1.402	1.347	1.530	1.574	1.470,00	17.192
Porcentagem Geral de Ocupação	60,97	67,65	68,11	69,19	62,35	71,38	66,22	64,61	64,14	70,51	74,95	67,74	607,83
Média Geral de Pacientes-Dia	42,68	47,36	47,68	48,43	43,65	49,97	46,35	45,23	44,90	49,35	52,47	47,42	565,48
Índice Geral de Giro de Leitos	3,04	3,46	3,81	3,19	3,36	3,37	3,63	3,44	3,40	3,16	3,07	3,40	40,33
Taxa de Mortalidade Global	11,96	12,50	14,34	14,09	16,81	15,32	16,00	11,67	11,91	10,05	11,79	11,86	158,31
Taxa de Mortalidade Operatória	0,63	4,55	2,22	1,85	2,67	1,23	2,33	3,59	0,59	0,54	-	2,38	22,58
Taxa de Infecção Hospitalar	3,7	1,6	1,5	0,9	0,8	0,9	0,4	0,8	0,8	0,9	1,9	1,7	15,85
Média Diária Geral Cirurg. Internas	5,13	5,90	5,81	5,40	6,03	5,43	5,55	5,39	5,67	5,94	5,83	5,42	5,58
Média Diária de Partos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Média Diária de Curetagem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Média Diária de Atendim. Amb. de Emergência	50,03	58,68	64,23	62,40	64,35	60,23	62,65	64,45	64,57	63,13	63,10	57,77	61,31
Média Diária de Exames Realizados	722,42	811,75	909,23	872,50	892,16	899,87	960,74	879,94	756,23	755,10	872,43	661,29	832,79
Média Diária Refeições Servidas	490,87	526,43	567,52	531,77	517,90	561,83	496,45	513,10	517,57	531,42	571,40	519,13	3.163,03
Média Diária de Kg. Roupa Lavada	350,26	431,36	408,39	426,67	436,55	377,33	356,90	325,13	313,47	334,39	358,67	404,90	376,64
Prod. Litros Roupa Lavada	20,27	16,72	18,48	21,13	21,42	22,74	24,88	27,26	26,02	29,59	23,49	27,79	280

(7) A equipe de enfermagem da unidade é responsável pelos atendimentos de toda e quaisquer classificações de risco, atendimentos para pequenos procedimentos, curativos, exames internos e externos, evoluções de pacientes internados, atendimentos ambulatoriais, bem como assistência ao paciente internado durante toda sua estadia no hospital e/ou ambulatório, a equipe é responsável pelo atendimento do total de 17.192, atendimentos/evoluções.

(8) compõem o Quadro de Lideranças do **HRPL** e do **INDSH** os seguintes profissionais: Adriano Flávio de Lima (Diretor de operações); Júlio César A. Garcia (Diretor Executivo); Cledes Silva (Diretor Administrativa Financeira); João Lucídio Paes (Diretor Técnico Médica); Clóvis Guse (Diretor Assistencial).

Validade do documento: 360 (trezentos e sessenta) dias, contados da data de sua expedição.

Belém/PA, 23 de fevereiro de 2018.

  
**VITOR MANOEL JESUS MATEUS**  
Secretário de Estado de Saúde Pública





**ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

ATESTAMOS para os devidos fins que o **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO (INDSH)**, entidade filantrópica, beneficente, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob nº 23.453.830.001-70, com sede social em Pedra Leopoldo - MG na Rua Cristiano Ottoni, 233, Centro, CEP: 33.600-000:

(1) presta serviços de administração, gestão, operacionalização e gerenciamento hospitalar e social em serviços de saúde no **Hospital Jean Bitar (HJB)**, conforme **CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/SESPA/2016**, e, 2º termo aditivo de prorrogação do contrato principal, nas seguintes características:

- **Localização:** Município de Belém- Estado do Pará;
- **População:** Estimada em 2017 pelo IBGE em 1.452.275 (um milhão quatrocentos e cinquenta e dois mil e duzentos e setenta e cinco habitantes);
- **Início da prestação dos serviços:** 1º de abril de 2016;
- **Quantidade de leitos: 70 (setenta) leitos operacionais**
- **Quantidade de leitos:** O Hospital Jean Bitar tem o porte para 90 (noventa) leitos;
- **Complexidade:** média e alta complexidade;
- **Porte:** II e III (de acordo com a Portaria 2.224/02, Ministério da Saúde);
- **Especialidades:** Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Bariátrica, Cirurgia Cabeça e pescoço, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgias Vascular, Clínica Médica, Coloproctologia, Dermatologia, Endocrinologia, Fígado e vias biliares, Geriatria, Pneumologia, Reumatologia e UTIs;
- **Dimensões físicas:** o HJB dispõe de 6.854,62 m<sup>2</sup> de área construída;
- **Atendimento:** Atendimento ambulatorial e internação programada;
- **Residência médica nas seguintes áreas:** Clínica médica, cirurgia geral, endocrinologia e endoscopia.

(2) Compreendem, também, as atividades desenvolvidas pelo **INDSH** no âmbito do Contrato de Gestão:

- a) Prestação de serviços em Administração Hospitalar com organização, administração e gerenciamento de todos os serviços, setores e departamentos do **HJB**;
- b) Assessoria administrativa, contábil, médica e de enfermagem, envolvendo as áreas de planejamento estratégico, qualidade, administração e desenvolvimento de recursos humanos, organização e gerenciamento das áreas econômicas, financeira e de custos hospitalares;
- c) Desenvolvimento de política de modernização administrativa para hospitais, capacitação de recursos humanos, entre outros, o que torna a Entidade capacitada e de notória especialização em tais áreas de atuação.

(3) O **INDSH** exerce as suas funções com natureza quantitativa e qualitativa de forma satisfatória;

(4) o **INDSH** cumpre regularmente os prazos a que se compromete e submete-se contratualmente;

(5) a melhoria substancial do atendimento hospitalar, desempenho e os resultados obtidos pelo **INDSH** são de qualidade e atendem satisfatoriamente a população assistida.

(6) Índices e números registrados em 2017:

6. Resumo Geral de Informações	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	ACUMULADO	MÉDIA
Total de Pacientes-Dia	1.409	1.390	1.701	1.650	1.720	1.597	1.558	1.739	1.558	1.595	1.470	1.569	18956	1.579,67
Porcentagem Geral de Ocupação	64,93%	70,92%	78,39%	78,57%	79,26%	76,05%	71,80%	80,14%	74,19%	73,50%	70,00%	72,30%	890,05%	74,17%
Média Geral de Pacientes-Dia	45,45	49,64	54,87	55,00	55,48	53,23	50,26	56,10	51,93	51,45	49,00	50,61	623,04	51,92
Índice Geral de Giro de Leitos	2,17	2,00	2,44	2,24	2,21	2,09	2,04	2,31	2,06	2,36	2,60	2,93	27,46	2,29
Taxa Mortalidade Global	11,84%	13,57%	10,53%	12,74%	13,55%	13,70%	11,19%	9,88%	14,58%	12,12%	10,44%	7,80%	141,94%	11,83%
Taxa de Mortalidade Operatória	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Taxa de Infecção Hospitalar	2,63%	0,00%	1,75%	2,54%	1,26%	3,45%	3,49%	3,72%	11,11%	3,63%	2,19%	0,48%	36,25%	3,02%
Média Diária Geral de Cirurgias Internas	4,06	4,32	5,16	4,67	4,03	4,67	4,29	4,87	4,43	4,68	5,63	6,16	56,98	4,75
Média Diária de Atendimento Ambulatorial Consultas	33,68	68,04	70,45	62,90	71,48	66,00	60,32	70,42	64,90	67,87	70,30	64,84	771,20	64,27
Média Diária Refeições Servidas	205,77	225,54	410,74	290,90	305,65	373,10	363,13	412,32	379,87	363,13	318,90	367,42	4016,46	334,71
Média Diária de Kg Roupas Lavadas	230,53	297,23	266,31	284,97	320,95	282,04	269,18	281,42	280,75	262,65	267,47	272,58	3316,06	276,34

561

(7) A equipe de enfermagem da unidade é responsável pelos atendimentos de toda e quaisquer classificações de risco, atendimentos para pequenos procedimentos, curativos, exames internos e externos, evoluções de pacientes internados, atendimentos ambulatoriais, bem como assistência ao paciente internado durante toda sua estadia no hospital e/ou ambulatório, a equipe é responsável pelo atendimento do total de 18.956 atendimentos/evoluções.

(8) compõem o Quadro de Lideranças do **HJB** e **INDSH** os seguintes profissionais: Adriano Flávio de Lima (Diretor de operações); Giovani Luiz Padão Merenda (Diretor Executivo); Rodrigo Fröhlich (Diretor Administrativo Financeiro); Denise Bitar Vasconcelos Villacorta (Diretora Técnica); Solange Carneiro Antonelli (Gerente de Enfermagem).

Validade do documento: 360 (trezentos e sessenta) dias, contados da data de sua expedição.

Belém/PA, 02 de janeiro de 2018.

**VITOR MANUEL JESUS MATEUS**  
Secretário de Estado de Saúde Pública



## **ANEXO XI**

**CERTIFICAR EXPERIÊNCIA ANTERIOR, MEDIANTE COMPROVAÇÃO  
ATRAVÉS DE DECLARAÇÕES LEGALMENTE RECONHECIDAS  
(DECLARAÇÃO DE CONTRATANTES ANTERIORES);**

562

**EM UNIDADE DE PEQUENO PORTE COM MENOS DO QUE 69 LEITOS DE  
INTERNAÇÃO.**



**EM GERÊNCIA DE UNIDADES DE SAÚDE  
EM UNIDADE DE PEQUENO PORTE COM MENOS DE 69 LEITOS DE INTERNAÇÃO**

<b>Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH</b> CNPJ: 23.453.830/0001-70 Rua Cristiano Ottoni, 233, Centro, São Leopoldo - MG, CEP 33600-000	
População Estimada:	Complexidade: <b>baixa e média</b>
Quantidade de Leitos: <b>30 leitos</b>	Porte:
Início da Prestação de Serviço: 06/12/2011 a	Atendimento: Urgência 24 horas, Maternidade e Atendimento Ambulatorial.
Especialidade: maternidade; serviços assistenciais e de apoio voltados à atenção materno-infantil, assistência ambulatorial e hospitalar multiprofissional de pré-natal, parto, puerpério e ginecologia, assistência neonatal desde o nascimento até a alta hospitalar, realização de exames auxiliares de diagnose e terapia; clínica médica adulto e infantil, clínica obstétrica e neonatológica, clínica cirúrgica adulto e infantil, dermatologia, cirurgia de vídeo laparoscopia, cirurgia de vídeo artroscopia, cirurgia angiológica vascular, cirurgia plástica, cirurgia infantil, cirurgia oftalmológica, cirurgia otorrinolaringológica, cirurgia ortopédica, cirurgia proctológica, cirurgia urológica e mastologia.	

563

<b>Hospital Geral de Tailândia</b> CNPJ: 23.453.830/0007-65 Avenida Florianópolis, s/n, Bairro Novo, Tailândia - PA, CEP 68695-000	
População Estimada: <b>510.075 habitantes</b>	Complexidade: <b>Baixa e Média</b>
Quantidade de Leitos: <b>52 leitos</b>	Porte: <b>II</b>
Início da Prestação de Serviço: <b>01/07/2013</b>	Atendimento: <b>Urgência, Emergência e Maternidade em livre demanda</b>
Especialidade: Anestesiologia; cardiologia; cirurgia geral; clínica médica; ginecologia/obstetrícia; ortopedia/traumatologia; pediatria e radiologia.	

<b>Unidade de Pronto Atendimento de Ponta Grossa - UPA Santa Paula II</b> CNPJ: 23.453.830/0010-60 Rua Klipel Neto, s/n, Santa Paula, Ponta Grossa - PR, CEP 84061-000	
População Estimada: <b>344.000</b>	Complexidade: <b>baixa e média</b>
Quantidade de Leitos: <b>20 leitos</b>	Porte: <b>II</b>
Início da Prestação de Serviço: <b>01/07/2014 a 31/08/2018</b>	Atendimento: <b>Urgência e emergência 24 horas</b>
Especialidades: <b>urgência e emergência, ambulatorial e exames auxiliares de diagnose e terapia - exames de análises clínicas, exames de raio-x e exames de eletrocardiograma - assistência médica nas especialidades clínica geral e pediatria.</b>	

<b>Unidade de Alta Complexidade em Oncologia</b> CNPJ: 23.453.830/0013-30 Avenida Amazonidas, s/n, Vila Permanente, Tucuruí - PA, CEP 68455-664	
População Estimada:	Complexidade: <b>Alta complexidade em Oncologia</b>
Quantidade de Leitos:	Porte:
Início da Prestação de Serviço: <b>18/04/2016 a 09/03/2019</b>	Atendimento:
Especialidades: <b>oncologia clínica, oncologia cirúrgica, Rádio Oncologia, Equipe Multiprofissional, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Endoscopia, Colonoscopia, Retossigmoidoscopia, Laboratório de Análises Clínicas, Ressonância Magnética, Ultrassonografia e Biópsia.</b>	

564

**Obs:** Os atestados de capacidade técnica são passíveis de diligência através da consulta dos respectivos contratos no nosso site: <http://indsh.org.br/mural-de-transparencia>







**ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

ATESTAMOS para os devidos fins que o INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO (INDSH), entidade filantrópica, beneficente, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob nº 23.453.830.001-70, com sede social em Pedro Leopoldo - MG na Rua Cristiano Ottoni, 233, Centro, CEP: 33.600-000:

(1) presta serviços de administração, gestão, operacionalização e gerenciamento hospitalar e social em serviços de saúde do Hospital Geral de Tailândia (HGT), localizado no Município de Tailândia- Estado do Pará, conforme CONTRATO DE GESTÃO Nº 020/SESPA/2013. Ressalta-se que este hospital atende aos seguintes Municípios: Barcarena, Abaetetuba, Igarapé-Miri, Mojú e Tailândia, com as seguintes características:

- **Localização:** Município de Tailândia - Estado: Pará;
- **População:** Estimada em 2016 pelo IBGE nos Municípios reunidos tem 510.075 habitantes;
- **Início da prestação de serviços:** 1º de julho de 2013;
- **Quantidade de leitos:** 52 (cinquenta e dois) leitos operacionais;
- **Complexidade:** baixa e média complexidade;
- **Porte:** II (de acordo com a Portaria 2.224/02, Ministério da Saúde);
- **Especialidades:** Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia/Obstétrica, Ortopedia/Traumatologia, Pediatria e Radiologia.
- **Atendimento:** Urgência, Emergência e maternidade em livre demanda 24h
- **Dimensões físicas:** o HGT dispõe de 4.300 m<sup>2</sup> de área construída;

(2) Compreendem, também, as atividades desenvolvidas pelo INDSH no âmbito do Contrato de Gestão:

- Prestação de serviços em Administração Hospitalar com organização, administração e gerenciamento de todos os serviços, setores e departamentos do HGT;
- Assessoria administrativa, contábil, médica e de enfermagem, envolvendo as áreas de planejamento estratégico, qualidade, administração e desenvolvimento de recursos humanos, organização e gerenciamento das áreas econômicas, financeira e de custos hospitalares;
- Desenvolvimento de política de modernização administrativa para hospitais, capacitação de recursos humanos, entre outros, o que torna a Entidade capacitada e de notória especialização em tais áreas de atuação.

(3) O INDSH exerce as suas funções com natureza quantitativa e qualitativa de forma satisfatória;

(4) o INDSH cumpre regularmente os prazos a que se compromete e submete-se contratualmente;

(5) a melhoria substancial do atendimento hospitalar, desempenho e os resultados obtidos pelo INDSH são de qualidade e atendem satisfatoriamente a população assistida.

(6) Índices e números registrados em 2017:

6. Resumo Geral de Informações Referentes ao ano de 2017	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Totais	Média
Nº. Pacientes Dia	1.091	969	1.068	1.116	1.255	1.259	1.356	1.328	1.155	1.220	1.220	1.235	14.272	1.189
Nº. Internações	340	278	314	337	354	334	332	327	327	361	359	311	3.974	331
Nº. Altas/Saídas	326	284	299	349	348	330	333	326	333	352	363	325	3.968	331
Taxa Geral de Ocupação	67,68%	66,55%	66,25%	71,54%	77,85%	80,71%	84,12%	84,00%	75,49%	77,17%	79,74%	78,12%	-	8,76
Média Geral de Permanência	3,35	3,41	3,57	3,20	3,61	3,82	4,07	4,07	3,47	3,47	3,36	3,80	-	3,60
Índice Geral de Giro de Leitos	6,27	5,46	5,75	6,71	6,69	6,35	6,40	6,39	6,53	6,90	7,12	6,37	-	6,42
Taxa Global de Mortalidade	4,29%	4,58%	4,01%	4,01%	2,01%	3,64%	2,40%	3,37%	3,90%	3,41%	1,10%	5,23%	42%	3,50%
Taxa de Infecção Hospitalar	1,23%	0,70%	1,00%	0,28%	0,86%	0,68%	0,60%	0,30%	0,30%	0,28%	1,10%	0,61%	7,85%	0,65%
Taxa de Mortalidade Cirúrgica	0,51%	0,55%	0,53%	0,00%	0,49%	0,55%	0,80%	0,46%	0,44%	0,53%	1,00%	1,14%	-	0,52%
Total de Cirurgias	196	181	187	197	203	180	221	219	229	188	196	175	2.372	198
Nº. Partos	122	102	137	124	128	127	114	115	122	127	131	94	1.443	120
Total de Consultas Ambulatoriais	651	650	789	606	639	650	661	685	668	699	707	638	7.993	666
Pacientes Urgência/Emergência	4.582	4.460	6.668	5.149	5.487	5.212	5.267	5.154	5.141	5.630	5.345	4.511	62.696	5.217
Procedimentos Realizados no PA	15.126	14.410	20.842	17.394	17.564	16.206	17.368	17.794	16.391	18.226	17.885	16.205	205.411	17.118
Satisfação do Usuário	81,46%	88,09%	87,05%	88,91%	94,96%	92,91%	76,57%	90,41%	87,18%	88,86%	82,66%	89,31%	-	8,87
Nº. Transfusões	39	37	41	30	38	59	56	15	41	30	49	62	489	41
Nº. Refeições	17.043	14.883	17.127	17.748	19.545	18.347	19.652	19.956	18.012	19.319	19.203	19.082	220.517	18.376
Nº. kg. Roupa Lavada	6.581	6.050	7.212	7.491	7.771	7.328	7.977	8.953	8.501	8.371	8.556	8.235	93.325	7.777
Total de Funcionários	240	243	238	237	244	246	254	253	260	260	276	274	3.025	252
Total de Médicos	46	44	44	41	42	43	47	41	37	41	39	39	594	42
Total Terceiros	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	7	7	174	15
SADPS	11.371	12.535	16.199	13.175	14.674	18.127	18.408	16.754	16.763	15.733	14.687	15.576	184.802	15.334

550

(7) A equipe de enfermagem da unidade é responsável pelos atendimentos de toda e quaisquer classificações de risco, atendimentos para pequenos procedimentos, curativos, exames internos e externos, evoluções de pacientes internados, atendimentos ambulatoriais, bem como assistência ao paciente internado durante toda sua estadia no hospital e/ou ambulatório, a equipe é responsável pelo atendimento do total de 14.272, atendimentos/evoluções.

(8) compõem o Quadro de Lideranças do HGT e INDSH os seguintes profissionais: Adriano Flávio de Lima (Diretor de Operações); Rejane Xavier Soares Gomes (Diretora Executiva); Paulo Henrique de Ataíde Pereira (Diretor Técnico); Ricardo Gomes Junior (Gerente de Enfermagem).

Validade do documento: 360 (trezentos e sessenta) dias, contados da data de sua expedição.

Tailândia/PA, 02 de janeiro de 2018.

  
**VITOR MANUEL JESUS MATEUS**  
Secretário de Estado de Saúde Pública

**CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS** 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.870-0

**Autenticação Digital**

De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.933/1994 e Art. 6º Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé

**Cód. Autenticação: 77520405181026290672-1; Data: 04/05/2018 10:34:40**

Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AGW39136-K7GF.  
Valor Total do Ato: R\$ 4,23

Bel. Valder de Miranda Cavalotti  
Titular **Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br**





**ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

Atestamos para os devidos fins que o **Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH**, entidade filantrópica, beneficente e sem fins lucrativos, com base social em Pedro Leopoldo-MG, na Rua Christiano Otoni, 233, Centro, CEP 33.600-000, CNPJ/MF: 23.453.830/0001-70, presta serviço de administração, gestão, operacionalização e gerenciamento hospitalar e social em serviços de saúde à **Unidade de Pronto Atendimento UPA Santa Paula - Porte II**, onde está incluído serviços nas áreas de urgência, emergência, ambulatorial e exames auxiliares de diagnose e terapia – exames de análises clínicas, exames de raios-X e exames de eletrocardiograma - assistência médica nas especialidades de clínica geral e pediatria. A UPA Santa Paula, está localizada em Ponta Grossa/PR, em atividade desde 03 de setembro de 2014, realizando as seguintes atividades:

- a) Prestação de Serviços em administração hospitalar, que possui 20 leitos operacionais, qualificado como UPA Porte II (Portaria 1.020/2009 Ministério da Saúde), com 1.675 metros de área construída, com organização, administração e gerenciamento de todos os serviços, setores e departamentos da referida Unidade;
- b) A UPA Santa Paula, manteve em média os seguintes números no ano de 2016 (Janeiro a Dezembro):
  - Volume de consultas com observação Pediátrica: 2.260
  - Volume de consultas com observação Adulto: 6.664
  - Volume de consultas Pediatria: 49.577
  - Volume de consultas Adulto: 69.755
  - Volume Total de SADT (Serviços de Apoio, Diagnóstico e Terapêutico): 171.532
- c) Assessoria administrativa, contábil, médica e de enfermagem, envolvendo as áreas de planejamento estratégico, qualidade, administração e desenvolvimento de recursos humanos, organização e gerenciamento das áreas econômicas, financeira e de custo hospitalares;
- d) O INDSH visa o desenvolvimento de política de modernização administrativa para hospitais, capacitação de recursos humanos, entre outros, o que torna a Entidade capacitada e de notória especialização em tal área;
  - O INDSH exerce as suas funções com natureza qualitativa satisfatória;
  - Cumpre regularmente os prazos a que se compromete e submete-se contratualmente;
  - A melhoria substancial do entendimento hospitalar, desempenho e os resultados obtidos pelo INDSH são de qualidade para a população assistida;
  - Validade: 360 (trezentos e sessenta) dias, contados da data de sua expedição.

567

Ponta Grossa, 21 de agosto de 2017.

*Angela Conceição Oliveira Pompeu*  
Angela Conceição Oliveira Pompeu  
Secretária Municipal de Saúde



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**ESTADO DA PARAÍBA**  
**CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS**  
**FUNDADO EM 1888**  
**PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE**  
**JOÃO PESSOA**

Av. Eptácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB  
 Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484  
 http://www.azevedobastos.not.br  
 E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br



### DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARA para os devidos fins de direito que, o documento em anexo identificado individualmente em cada *Código de Autenticação Digital*<sup>1</sup> ou na referida sequência, foi autenticados de acordo com as Legislações e normas vigentes<sup>2</sup>.

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos dos respectivos serviços de Notas e Registros do Estado da Paraíba, a Corregedoria Geral de Justiça editou o Provimento CGJPB N° 003/2014, determinando a inserção de um código em todos os atos notoriais e registrais, assim, cada Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial contém um código único (por exemplo: **Selo Digital: ABC12345-X1X2**) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser confirmada e verificada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço <http://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/>

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH** tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH** a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **01/09/2017 09:11:49 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevedo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevedo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH** ou ao Cartório pelo endereço de e-mail [autentica@azevedobastos.not.br](mailto:autentica@azevedobastos.not.br)

Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site <https://autdigital.azevedobastos.not.br> e informe o *Código de Consulta desta Declaração*.

**Código de Consulta desta Declaração:** 809517

A consulta desta Declaração estará disponível em nosso site até **31/08/2018 14:34:59 (hora local)**.

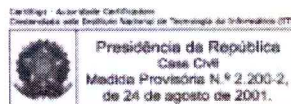
<sup>1</sup>**Código de Autenticação Digital:** 77523108171428390173-1 a 77523108171428390173-2

<sup>2</sup>**Legislações Vigentes:** Lei Federal n° 8.935/94, Lei Federal n° 10.406/2002, Medida Provisória n° 2200/2001, Lei Federal n° 13.105/2015, Lei Estadual n° 8.721/2008, Lei Estadual n° 10.132/2013 e Provimento CGJ N° 003/2014.

O referido é verdade, dou fé.

#### CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b2565c1238463d72350ee0f82fde8e93f5d5c7b59d965ef48fddc61a28182f8a5804741413d7fe0e515b19a7ffc7b30279c3abc867fce05eabca7eae4bf2ee231





### ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

ATESTAMOS para os devidos fins que o **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO (INDSH)**, entidade filantrópica, beneficente, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob nº 23.453.830/0013-03, com sede social em Tucuruí - PA na Av. Amazonidas, S/Nº, Vila Permanente, CEP: 68.455-664:

(1) presta serviços de administração, gestão, operacionalização e gerenciamento ambulatorial e social em serviços de saúde **Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)**, localizado no Município de Tucuruí- Estado do Pará, conforme CONTRATO DE GESTÃO Nº 003/SESPA/2016, com as seguintes características:

- **Início da prestação de serviços:** 18 de abril de 2016;
- **Quantidade de leitos:**
- **Complexidade:** alta complexidade em oncologia;
- **Porte:**
- **Especialidades:** Oncologia Clínica, Oncologia Cirúrgica, Radio-Oncologia, Equipe Multiprofissional, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Endoscopia, Colonoscopia, Retossigmoidoscopia, Laboratório de Análises Clínicas, Ressonância Magnética, Ultrassonografia, Biópsias;
- **Dimensões físicas:** a UNACON dispõe de 1.367,26 m<sup>2</sup> de área construída;

(2) Compreendem, também, as atividades desenvolvidas pelo **INDSH** no âmbito do Contrato de Gestão:

- a) Prestação de serviços em Administração Hospitalar com organização, administração e gerenciamento de todos os serviços, setores e departamentos da **UNACON**;
- b) Assessoria administrativa, contábil, médica e de enfermagem, envolvendo as áreas de planejamento estratégico, qualidade, administração e desenvolvimento de recursos humanos, organização e gerenciamento das áreas econômicas, financeira e de custos hospitalares;
- c) Desenvolvimento de política de modernização administrativa para hospitais, capacitação de recursos humanos, entre outros, o que torna a Entidade capacitada e de notória especialização em tais áreas de atuação.

(3) O **INDSH** exerce as suas funções com natureza quantitativa e qualitativa de forma satisfatória;

(4) o **INDSH** cumpre regularmente os prazos a que se compromete e submete-se contratualmente;

(5) a melhoria substancial do atendimento ambulatorial, desempenho e os resultados obtidos pelo **INDSH** são de qualidade e atendem satisfatoriamente a população assistida.

(6) Índices e números registrados em 2017:

Resumo Geral de Informações	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Acumulado	Média
Atendimento Ambulatorial Consultas	133	134	144	118	107	156	144	142	157	143	165	148	1.691	141
Atendimento Enf./Serv. Social/ Psicologia / Fisioterapia / Nutrição	286	286	408	294	312	322	288	306	269	275	302	222	3.570	298
Resíduo Hospitalar (Kg)	83	75	121	78	135	91	56	101	82	75	195	206	1298	108

(7) compõem o Quadro de Lideranças da **UNACON** os seguintes profissionais: Thiarle Dassi (Diretor Executivo); Ivete Silveira Borges (Gerente Administrativo Financeiro); Ana Paula Borges de Souza (Diretora Técnica); Angela Gorette Tenório Barbosa (Gerente de Enfermagem).

Validade do documento: 360 (trezentos e sessenta) dias, contados da data de sua expedição.

Belém/PA, 10 de janeiro de 2018.

  
**VITOR MANUEL JESUS MATEUS**  
 Secretário de Estado de Saúde Pública



### **ANEXO XIII**

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

**638**

## CIÊNCIA E TECNOLOGIA

### CONVÊNIO COM ENTIDADES DE ENSINO PARA DESENVOLVIMENTO DE ESTÁGIOS CURRICULARES, TREINAMENTOS E RESIDÊNCIAS

<b>Instituição de Ensino:</b> Rede Pública Estadual de Ensino nas Escolas Tecnológicas do Estado do Pará	
<b>Objeto:</b> Operacionalização de Programas de Estágio Curricular Obrigatório para alunos regularmente matriculados e frequentando a Rede Pública Estadual de Ensino nas Escolas Tecnológicas do Estado do Pará.	
<b>Data da assinatura:</b> 07/12/2017	<b>Vigência até:</b> 06/12/2019

639

<b>Instituição de Ensino:</b> Centro Educacional Eliã Ltda.	
<b>Objeto:</b> Estabelecer convênio de cooperação técnica para o desenvolvimento de atividades conjuntas, visando operacionalização de programas de Estágio curricular para alunos regularmente matriculados e cursando cursos Técnicos Profissionalizantes do Centro Educacional Eliã em: enfermagem, radiologia, recursos humanos e segurança no trabalho, de interesse curricular, obrigatório, entendido o estágio como estratégia de profissionalização em seus diversos aspectos, na forma da Lei 11788/2008.	
<b>Data da assinatura:</b> 25/01/2017	<b>Vigência até:</b> 25/01/2020

<b>Instituição de Ensino:</b> HOL e Universidade do Estado do Pará - UEPA	
<b>Objeto:</b> Programa de Residência Médica PRM no Hospital Jean Bitar nas seguintes especialidades: cirurgia geral, endoscopia e clínica médica, que engloba também: endocrinologia, dermatologia e neurologia.	



**TERMO ADITIVO A CONTRATO**  
**TERMO ADITIVO: 11**

Contrato: 114  
Exercício: 2015  
Objeto do Contrato: Prestação de serviços de agente de portaria.  
Objeto do Termo Aditivo: Aditamento ao contrato original, equivalente a 1,86%, justificado pela inclusão de 11 postos de serviços.  
Pregão Elet. SRP: 018/2015\_NLIC/SEDUC  
Valor mensal estimado do Termo Aditivo R\$ 84.383,53  
Dotação Orçamentária:  
Fonte: 0102 - Produto: 2227 - Função Programática: 16101.12.361.1416 - Projeto Atividade: 4963 - Natureza de Despesa: 3390.37;  
Fonte: 0102 - Produto: 2227 - Função Programática: 16101.12.361.1416 - Projeto Atividade: 8478 - Natureza de Despesa: 3390.37  
Partes:  
Contratante: Secretaria de Estado de Educação. CNPJ. 05.054.937/0001-63, com sede na Rod. Augusto Montenegro - Km 10, s/n, CEP: 66.820-000, Bairro Tenoné, Belém/PA. Telefone: 9132015113  
Contratada: Marco Coelho Serviços Ltda. CNPJ. 09.675.221/0001-34, com sede na Av. Tavares Bastos, nº 808, Marambaia, Belém/PA, CEP: 66.615-005, Telefone: (091) 3223-1227.  
Data de Assinatura: 07/12/2017  
Vigência: 07/12/2017 a 30/08/2018  
Ordenador: Ana Claudia Serruya Hage/ Secretária de Estado de Educação.

**Protocolo: 259457****TERMO ADITIVO: 10**

Objeto do Contrato: Locação do imóvel para funcionamento da EEEFERC - São Francisco de Assis - Tapanã Belém/PA.  
Objeto do Termo Aditivo: Prorrogação de vigência do contrato original.  
Contrato: 022  
Exercício: 2010  
D.L. Nº: 025/2010\_NLIC/SEDUC  
Dotação Orçamentária:  
Fonte: 0104 - Produto: 2227 - Função Programática: 16101.12.361.1416. - Projeto Atividade: 4963 - Natureza de Despesa: 3390.36.  
Partes:  
Locatária: Secretaria de Estado de Educação. CNPJ. 05.054.937/0001-63, com sede na Rod. Augusto Montenegro - Km 10, s/n, CEP: 66.820-000, Bairro Tenoné, Belém/PA.  
Locadora: Maria José Simões CPF: 010.999.062-53, residente e domiciliada Trav. Almirante Tamandaré 5º Rua do Tapanã, nº 2084, Bairro Tapanã - Belém/PA.  
Data de Assinatura: 07/12/2017  
Vigência: 10/12/2017 a 09/12/2018  
Ordenador: Ana Claudia Serruya Hage/Secretária de Estado de Educação.

**Protocolo: 259405****AVISO DE LICITAÇÃO**  
**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO**  
**NÚCLEO DE LICITAÇÃO**

**AVISO DE LICITAÇÃO**  
Modalidade: PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº 034/2017-NLIC/SEDUC  
Objeto: Pregão Eletrônico no Sistema de REGISTRO DE PREÇOS para aquisição de **UTENSÍLIOS PARA COZINHAS E REFEITÓRIOS ESCOLARES** visando reequipar/modernizar as escolas de Pequeno, Médio e Grande porte da Rede Estadual de Educação do Estado do Pará, em atendimento ao Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE, conforme normas estabelecidas pelo FNDE e de acordo com as condições estabelecidas no Edital e seus Anexos.  
Processo nº 1.118.137/2017 - SIIG/SEDUC UASG 925315  
**Observação:** Os interessados poderão obter o **edital a partir do dia 11/12/2017**, através dos sites [www.comprasgovernamentais.gov.br](http://www.comprasgovernamentais.gov.br), [www.seduc.pa.gov.br](http://www.seduc.pa.gov.br) e [www.compraspara.pa.gov.br](http://www.compraspara.pa.gov.br).  
Maiores informações no Núcleo de Licitação - NLIC através fone: 0xx-91-3201-5195 / 3201-5096 ou pelos e-mails: [nlc.seduc@seduc.pa.gov.br](mailto:nlc.seduc@seduc.pa.gov.br) ou [nlc@gmail.com](mailto:nlc@gmail.com)  
**Responsável pelo certame:**  
**Nome:** Arthur Miranda Moreira  
**Local:** [www.comprasgovernamentais.gov.br](http://www.comprasgovernamentais.gov.br)  
**Data:** 21/12/2017  
**Hora:** 11h00min (Horário Brasília)  
**Programa de Trabalho:** 16101.12.362.1416  
**Projeto Atividade:** 8478 Produto: 2227  
**Natureza de Despesa:** 3390.30  
**Fonte e Origem do Recurso:** 0102 - Estadual Belém, 08 de dezembro de 2017.  
Ana Claudia Serruya Hage  
**Secretária de Estado de Educação**

**Protocolo: 259512****OUTRAS MATÉRIAS****Programa de Melhoria da Qualidade e Expansão da Cobertura da Educação Básica no Estado do Pará**  
**CONTRATO DE EMPRÉSTIMO Nº 2933-oc/br**  
**convite à apresentação de manifestação de interesse nº 09/2017****serviços de consultoria**

Processo de Seleção de Consultores para Contratação de Empresa de Consultoria Especializada para Supervisionar a Execução do Contrato de Empréstimo nº 2933/OC-BR da Secretaria de Estado de Educação.  
O Governo do Estado do Pará recebeu um financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), para o Programa de Melhoria da Qualidade e Expansão da Cobertura da Educação Básica no Estado do Pará e pretende utilizar parte dos recursos para a seleção e contratação de serviços de consultoria. O objetivo geral da contratação é promover a Seleção de Consultores para Contratação de Empresa de Consultoria Especializada para Supervisionar a Execução do Contrato de Empréstimo 2933/OC-BR da Secretaria de Estado de Educação do Pará, por meio da simplificação e otimização dos processos organizacionais.  
Os serviços de consultoria ("Serviços") incluem:  
Elaborar diagnóstico dos papéis e funções na CEOSC-BID para sua melhoria;  
Elaborar diagnóstico dos fluxos de trabalho na CEOSC-BID para sua melhoria;  
Elaborar diagnóstico dos fluxos de aquisições e pagamentos entre EP-CEOSC-BID-SEDUC para sua melhoria;  
Elaborar diagnóstico dos papéis e funções da Gerenciadora em torno ao Projeto;  
Elaborar propostas de melhoria dos papéis e funções na CEOSC/BID;  
Elaborar propostas de melhoria dos fluxos de trabalho CEOSC/BID;  
Elaborar propostas de melhoria dos fluxos de aquisições e pagamentos entre EP-CEOSC/BID-SEDUC;  
Elaborar propostas dos papéis e funções da Gerenciadora para melhorar o trabalho conjunto com o EP;  
Elaborar propostas que potencializem o trabalho conjunto e envolvimento dos Líderes de Projeto no âmbito da execução;  
Supervisar a implementação das propostas realizadas e fazer uma avaliação e monitoramento;  
Fazer um seguimento do fluxo de projetos identificados como estratégicos com o objetivo de acelerar a execução do Programa. Previsão de Duração: 12 meses.  
A Secretaria de Estado de Educação convida empresas e/ou instituições de consultoria elegíveis para apresentar sua manifestação de interesse em prestar os Serviços citados. As empresas e/ou instituições interessadas deverão fornecer informações que indiquem que são qualificadas e possuem experiência para executar os Serviços, mediante a apresentação de portfólio contendo folhetos, brochuras e outros documentos relevantes, com a descrição de serviços similares realizados ou experiência em condições semelhantes, bem como disponibilidade de profissionais de equipe técnica com os conhecimentos necessários.  
A Lista Curta deverá conter 06 (seis) empresas com ampla distribuição geográfica, não contendo mais que duas de cada país membro do Banco.  
As empresas serão selecionadas de acordo com os procedimentos estabelecidos nas Políticas para Seleção e Contratação de Consultores Financiados pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento GN 2350-9, e está aberta a todas as empresas elegíveis, conforme definido nestas políticas.  
As empresas poderão associar-se com outras empresas na forma de uma *join venture* ou de um consórcio, para melhorar as suas qualificações. Para efeito da formação da lista curta, a nacionalidade de uma empresa é a do país em que está legalmente constituída ou incorporada e, no caso de uma *join venture* ou de um consórcio, será considerada a nacionalidade da empresa designada como representante.  
A empresa será selecionada de acordo com **Seleção Baseada nas Qualificações do Consultor (SQC)** definido nas Políticas. Maiores informações podem ser obtidas no endereço descrito ao final, durante o horário de expediente 09h00 às 17h00 (hora local), exceto sábados, domingos e feriados.  
As Manifestações de Interesse deverão ser enviadas para o endereço eletrônico abaixo:  
1 - E-mail: [ceoscbid@seduc.pa.gov.br](mailto:ceoscbid@seduc.pa.gov.br) e/ou [ceoscbid@gmail.com](mailto:ceoscbid@gmail.com) até às 23h59hs até o dia 26 de Dezembro de 2017 (hora local);  
Enviar aos cuidados de:  
Comissão Especial de Orçamento, Seleção e Contratação - CEOSC-BID  
Rodovia Augusto Montenegro, nº 6955, Conj. Cidade Jardim II, Quadra 02, Lote 01, Bairro Parque Verde, CEP: 66.635-110, Belém/PA, Brasil  
[ceoscbid@seduc.pa.gov.br](mailto:ceoscbid@seduc.pa.gov.br)

**Protocolo: 259664****ACORDO DE COOPERAÇÃO: 007/2017**

Objeto do Acordo: Operacionalização de Programas de Estágio Curricular Obrigatório para alunos regularmente matriculados e frequentando a REDE PÚBLICA ESTADUAL DE ENSINO NAS ESCOLAS TECNOLÓGICAS DO ESTADO DO PARÁ nas formas PROEJA, ENSINO MÉDIO INTEGRADO, SUBSEQUENTE E ESPECIALIZAÇÕES TECNOLÓGICAS da Educação Profissional.  
Participes:  
Instituição de Ensino: Secretaria de Estado de Educação. CNPJ. 05.054.937/0001-63, com sede na Rodovia Augusto Montenegro - KM 10, s/n - CEP: 66.820-000, Tenoné - Belém/PA.  
Concedente de Estágio: INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH. CNPJ. 23.453.830/0007-65, com sede na Av. Florianópolis, s/nº, Bairro Centro, CEP. 68695-000, Taitiândia/PA  
Foro: Belém/PA  
Data da assinatura: 07/12/2017  
Vigência: 07/12/2017 a 06/12/2019  
Ordenador: Ana Claudia Serruya Hage/Secretária de Estado de Educação.

**Protocolo: 259432****APROVAÇÃO ESCALA DE FÉRIAS****Portaria nº: 12718/2017 de 06/12/2017**

Nome: MARILDETE FREIRE DE SOUZA  
Matrícula: 197467/3 Período: 08/01 à 21/02/18 Exercício: 2017  
Unidade: Diretoria de Ensino/Belém  
**Portaria nº: 12722/2017 de 06/12/2017**  
Nome: ALINE MARCIA VIEIRA MAFRA  
Matrícula: 57213303/1 Período: 22/01 à 20/02/18 Exercício: 2017  
Unidade: Diretoria de Ensino/Belém

**Portaria nº: 12721/2017 de 06/12/2017**

Nome: SHEYLA SHERRY SANTOS DA SILVA BROCHADO  
Matrícula: 57204785/3 Período: 02/01 à 15/02/18 Exercício: 2017  
Unidade: Assessoria de Rede Física/Belém

**Portaria nº: 12720/2017 de 06/12/2017**

Nome: MAX WANDER CAMPELO DE OLIVEIRA  
Matrícula: 57204785/3 Período: 01/12 à 30/12/17 Exercício: 2016  
Unidade: Divisão de Transporte/Belém

**Portaria nº: 12719/2017 de 06/12/2017**

Nome: LUCIANA QUEIROZ DE FREITAS  
Matrícula: 5902439/1 Período: 02/01 à 31/01/18 Exercício: 2017  
Unidade: Divisão de Prestação de Contas/Belém

**Portaria nº: 12711/2017 de 05/12/2017**

Nome: IVANILDO MARCELO GOMES E SILVA  
Matrícula: 5899549/1 Período: 16/03 à 29/04/18 Exercício: 2017  
Unidade: Diretoria de Ensino/Belém

**Portaria nº: 320/2017 de 16/11/2017**

Nome: MARINEIDE DUARTE DA SILVA  
Matrícula: 57215685/1 Período: 01/02 à 02/03/18 Exercício: 2017  
Unidade: EEM.Polivalente/Altamira

**Portaria nº: 325/2017 de 16/11/2017**

Nome: LUSINETE CONCEIÇÃO SILVA RODRIGUES  
Matrícula: 57208234/1 Período: 15/01 à 28/02/18 Exercício: 2016  
Unidade: 10 URE/Altamira  
TORNAR SEM EFEITO

**Portaria nº: 12723/2017 de 06/12/2017**

**Tornar sem efeito** a portaria nº 010605/2017 de 11/09/2017, que concedeu férias, no período de 06/11/2017 à 05/12/2017, o servidor ANDRE CARVALHO MORAES, matrícula 5902373/1, Técnico em Gestão Pública, lotado no Gabinete do Secretário/Belém, referente ao exercício de 2016, para fins de regularização funcional.

**Protocolo: 259607****EXTRATO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS****PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº 034/2015-NLIC/SEDUC**  
**PROCESSO Nº 896524/2015**

Objeto: AQUISIÇÃO DE MOBILIÁRIO ESCOLAR PARA ATENDER DEMANDA DAS ESCOLAS DA REDE ESTADUAL DE ENSINO.  
Data da Assinatura: 07/12/2017  
Vigência: 07/12/2017 à 06/12/2018  
Empresa vencedora dos Itens 6 e 8 - DIDÁTICA COMERCIAL LTDA - EPP / CNPJ: 12.833.716/0001-59  
Endereço: Av. Servidei Demarchi, nº 2132, sala 01, bairro Demarchi, São Bernardo do Campo/SP - CEP: 09.820-000  
Contatos: (11) 4125.9577 / 2876.2100 - E-mail: [comercialdidatica@hotmail.com](mailto:comercialdidatica@hotmail.com)  
Representante legal: EDGARD MENEQUELLO, portador da Carteira de Identidade nº 32626931-9 e CPF nº 307.835.218-80  
Foro: Belém - Pará  
Ordenador: Ana Claudia Serruya Hage/Secretária de Estado de Educação.

610



**ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA QUE ENTRE SI  
CELEBRAM O CENTRO EDUCACIONAL ELIÃ LTDA  
INSTITUIÇÃO DE ENSINO MÉDIO E TÉCNICO INSTITUTO  
NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO/ HGT  
HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA**

Pelo o presente instrumento **O CENTRO EDUCACIONAL ELIÃ LTDA INSTITUIÇÃO DE ENSINO MÉDIO E TÉCNICO** Inscrito no CNPJ: nº 07. 824.417/0001-18 credenciado pela Resolução nº 165/12 – CEE /PA, de 14 de maio de 2012 prorrogado o ato autorizativo pela e Resolução nº 559 de 11 de setembro de 2014 localizado na Travessa Colares 119 Bairro Aeroporto Tailândia Pará, neste ato, representada por sua diretora geral, Sra **MATILDE DOS SANTOS SOUSA** CPF N° 304.589.513-15 e Identidade nº 34328994-6 SESP/MA; residente e domiciliada na Travessa Colares nº 127 Bairro Aeroporto Tailândia PA, e do outro lado a **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO/ HGT HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA CNPJ: 23.453.830/0007-65** Localizada na Avenida Florianópolis s/n, nº Bairro Novo CEP: 68.695-000 em Tailândia - Pará doravante denominada **CONCEDENTE DE ESTÁGIO**, neste ato representado(a) pelo Sr.(a) Presidente José Carlos Rizoli RG: 3.148.647-2 SSP/SP e CPF: 171.893.228-68 RESOLVEM de comum acordo e na melhor forma de direito celebrar o presente acordo de Cooperação Técnica, com sujeição às normas da Lei Federal Nº 11.788 de 25 de setembro de 2008, da Lei Estadual nº 6.573, de 12 agosto de 2003, e da normativa nº 001, de 29 de junho de 2004, mediante as Cláusulas e condições seguintes.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto.**

O presente convênio tem por objeto estabelecer um convênio de cooperação técnica – para o desenvolvimento de atividades conjuntas, visando operacionalização de programas de Estágios curricular obrigatório para alunos regularmente matriculados e cursando cursos Técnicos Profissionalizante do Centro Educacional Eliã em : **Enfermagem, Radiologia, Recursos Humanos e Segurança no Trabalho** . de interesse curricular, obrigatório, entendido o estágio como estratégia de profissionalização em seus diversos aspectos, na forma da LEI 11788/2008.

**CLÁUSULA SEGUNDA.** – Em função das diretrizes estabelecidas no CONVÊNIO, o presente CONVÊNIO tem por finalidade proporcionar aos estudantes regularmente matriculados na Instituição de Ensino a oportunidade de realizar seu estágio curricular para complementação do ensino e conclusão de curso Técnico Profissionalizante. A aprendizagem, como instrumento de integração, treinamento prático, aperfeiçoamento técnico-cultural, científico-cultural, e de relacionamento humano, pressupostos que nortearão a UNIDADE CONCEDENTE, durante todo o tempo de realização do estágio, COM CARGA HORÁRIA DE.

**Parágrafo Único: (O Curso Técnico em Radiologia com carga horária de Estágio de (240) duzentos e quarenta horas. E Enfermagem com carga horária de Estágio de (600 hs)**

**CLÁUSULA TERCEIRA: CAMPO DE ESTÁGIO:** Este termo de acordo solicitado a esta conceituada **CONCEDENTE** é que, o estágio obrigatório para complemento de carga horária e conclusão dos respectivos cursos sejam realizados, E, neste ato há um pedido especialmente para o **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO/ HGT HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA**, localizado na– **Av. Florianópolis, s/n Bairro Novo em Tailândia PA** neste Município aonde os cursos estão sendo ministrados.

*[Assinatura]*  
**Juridico - INDSH**  
**Helena Leticia Ayala**  
**OAB/SP 205.809**





**CLÁUSULA QUARTA** O estagiário Terá o apoio na unidade concedente pela chefia ou coordenação da empresa o acompanhamento e supervisão do estágio é do coordenador do CEEL - Centro Educacional Eliã, Ltda. Instituição de Ensino. Durante o período de estágio o ESTAGIÁRIO, não receberá bolsa, o estágio é sem remuneração e não terá vínculo empregatício de qualquer natureza com o órgão concedente, este é, estágio obrigatório para complemento de carga horária e conclusão de Curso Técnico Profissionalizante.

**CLÁUSULA QUINTA** - Os estudantes serão encaminhados pela a Instituição de Ensino à concedente, submetidos à entrevista onde será informado o regulamento interno de funcionamento da CONCEDENTE, o estagiário conduzirá o seu material de uso solicitado pela a concedente e orientado pelo o coordenador de estágio da Instituição, o seguro do estagiário é responsabilidade do CEEL - Centro Educacional Eliã - Ltda. Instituição de Ensino.

**CLAUSULA SEXTA - A CONCEDENTE DE ESTÁGIO:** Firmará com o estagiário, Termo de compromisso de que trata a legislação vigente com interveniência da Instituição de Ensino - oferecer condições para que o estágio seja supervisionado por um coordenador da Instituição de Ensino - ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao estagiário atividades de aprendizagem social, profissional e cultural - , estabelecer que o estagiário faça relatório de todas as observâncias, atividades executadas e desenvolvidas nas horas estagiadas - por ocasião de desligamento do estagiário, entregar termo de realização do estágio com indicação resumida somente das atividades desenvolvidas, nos períodos da avaliação e desempenho.

**CLAUSULA SÉTIMA:** A INSTITUIÇÃO DE ENSINO: Selecionar o estudante e encaminhar a concedente o estagiário, - Celebrar Termo de Compromisso com o estagiário e com a parte concedente, indicando as condições de adequações do ESTÁGIO - solicitar por requerimento a realização do estágio - enviar documentos comprobatório que o estagiário esta regularmente matriculado na Instituição de Ensino - informar se o estágio é obrigatório ou não obrigatório - zelar pelo cumprimento do termo de compromisso entre o estagiário e a concedente - informar a concedente o desligamento do estagiário na Instituição de Ensino - informar e esclarecer previamente aos alunos sobre as condições de seu estágio curricular obrigatório tais como direitos e deveres. O coordenador do estágio orientará aos estagiários os deveres e obrigações exigidas pela a concedente

**CLAUSULA OITAVA:** O estágio será extinto por um dos seguintes motivos;  
Término de compromisso - abandono, caracterizado por ausência não justificada, Conclusão ou interrupção do curso, comportamento incompatível com os regulamentos da CONCEDENTE DE ESTÁGIO por parte do estagiário, quando o estagiário deixar de cumprir disposição do termo de compromisso.

**CLÁUSULA NONA DA VIGÊNCIA** CONVÊNIO DE ESTÁGIO ora avençado terá vigência de 03 anos (três anos) podendo ser cancelado unilateralmente a qualquer tempo, mediante prévia e expressa comunicação ou renovado, ao terminar, mediante um TERMO ADITIVO, devendo este ser formalizado com antecedência máxima de 30 (trinta) dias, antes do término do contrato inicial.

Jurídico - INDSH  
Helena Leticia Ayala  
OAB/SP 205.809





**CLAUSULA DÉCIMA – Da rescisão e da Denúncia**

O presente convênio poderá ser denunciado por qualquer das partes convenientes, desde que notificado com antecedência de 90 (noventa) dias, sem que tal fato dê ensejo a qualquer tipo de indenização, respeitando o prazo de encerramento e as perspectivas obrigações no(s) cursos que estiver (em) em andamento.

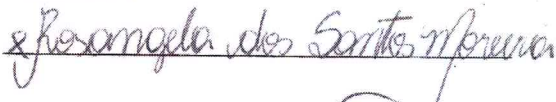
E por estarem de comum acordo, depois de lido e acordado, o presente convênio foi lavrado em duas vias de igual teor e forma, assinados pelas partes na presença das testemunhas abaixo:

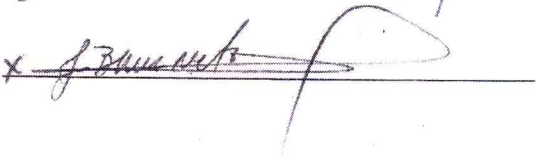
Tailândia, 25 de janeiro de 2017

  
CENTRO EDUCACIONAL ELIÁ LTDA.  
MATILDE DOS SANTOS SOUSA.  
DIRETORA GERAL

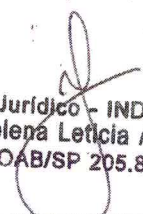
  
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E  
HUMANO/ HGT HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA

Testemunhas:

x 

x 

643

  
Jurídico - INDSH  
Helena Leticia Ayala  
OAB/SP 205.809





Belém, 27 de abril de 2017


## DECLARAÇÃO

Declaro, em nome do Hospital Ophir Loyola/HOL, o qual figura como interveniente do **Hospital Jean Bitar/HJB**, a comprovação que os **Programas de Residências Médicas/PRM** oriundos do HOL e da Universidade do Estado do Pará/UEPA atuam neste Hospital como base de treinamento dos seguintes PRM: Cirurgia Geral, Endoscopia e Clínica Médica, o qual engloba também, outros PRM, tais como: Endocrinologia, Dermatologia e Neurologia da UEPA.

Reiteramos ainda que, a Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, visando a realização de atividades teóricas e técnicas, e funcionam sob a responsabilidade de Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação/supervisão de profissionais médicos/preceptores de elevada qualificação ética e profissional.

Portanto, o Hospital Jean Bitar está apto para receber e desenvolver tais profissionais, através de seu Corpo Clínico e Divisão de Ensino e Pesquisa/DEP, aqui instalada para atender tanto a Graduação, quanto a Pós-Graduação.

Belém/Pará, 09 de junho de 2017

  
**LUIZ CLÁUDIO LOPES CHAVES**  
Diretor Geral  
Hospital Ophir Loyola/HOL

HOSPITAL OPHIR LOYOLA/HOL  
Av. Magalhães Barata, nº 992 – Bairro: São Braz – Belém/PA  
CEP: 66.060-281 Fone: (91) 3265 6500



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**ESTADO DA PARAÍBA**  
**CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS**  
**FUNDADO EM 1888**  
**PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE**  
**JOÃO PESSOA**

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB  
 Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484  
 http://www.azevedobastos.not.br  
 E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br



### DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARA para os devidos fins de direito que, o documento em anexo identificado individualmente em cada *Código de Autenticação Digital*<sup>1</sup> ou na referida sequência, foi autenticados de acordo com as Legislações e normas vigentes<sup>2</sup>.

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos dos respectivos serviços de Notas e Registros do Estado da Paraíba, a Corregedoria Geral de Justiça editou o Provimento CGJPB Nº 003/2014, determinando a inserção de um código em todos os atos notoriais e registrais, assim, cada Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial contém um código único (por exemplo: **Selo Digital: ABC12345-X1X2**) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser confirmada e verificada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço <http://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/>

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH** tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH** a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório. 645

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **17/09/2017 11:16:10 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH** ou ao Cartório pelo endereço de e-mail [autentica@azevedobastos.not.br](mailto:autentica@azevedobastos.not.br)

Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site <https://autdigital.azevedobastos.not.br> e informe o *Código de Consulta desta Declaração*.

**Código de Consulta desta Declaração:** 817750

A consulta desta Declaração estará disponível em nosso site até **15/09/2018 08:28:11 (hora local)**.

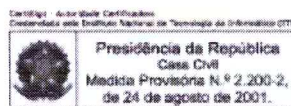
<sup>1</sup>**Código de Autenticação Digital:** 77521509170824220437-1 a 77521509170824220437-2

<sup>2</sup>**Legislações Vigentes:** Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013 e Provimento CGJ Nº 003/2014.

O referido é verdade, dou fé.

#### CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05bc716e1799c4eddd04111d8ef628d9ec65743ab1ad0375793471b918ad1ebe019804741413d7fe0e515b19a7ffc7b30273e9b5e52415c5fcf67f617c341d55cb6







## CIÊNCIA E TECNOLOGIA

### PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA NA ÁREA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU DE SAÚDE PÚBLICA

<b>Instituição:</b> IBSP (Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente)	
<b>Objeto:</b> Cooperação e intercâmbio técnico, científico, pedagógico, cultural, formação de parcerias, visando o desenvolvimento e execução de programas e projetos educacionais para a promoção e melhoria da assistência aos usuários dos serviços de saúde, aprimoramento qualificação e valorização dos profissionais da saúde, bem como o estabelecimento de mecanismos para realização e desenvolvimento de projetos de pesquisa na área de assistência hospitalar e da saúde pública e privada.	
<b>Data da assinatura:</b> 05/02/2016	<b>Vigência até:</b> 05/02/2021

647

<b>Instituição:</b> Universidade Federal do Pará - UFPA	
<b>Objeto:</b> Promover a mútua cooperação técnico-científica entre a conveniente e a conveniada, com vistas ao desenvolvimento de programas, projetos e atividades no campo da pesquisa, ensino, desenvolvimento tecnológico, informação técnico-científica e ações comunitárias.	
<b>Data da assinatura:</b> 02/01/2017	<b>Vigência até:</b> 02/01/2022



**ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA,  
CIENTÍFICA E CULTURAL QUE ENTRE SI  
CELEBRAM O INDSH (Instituto Nacional de  
Desenvolvimento Social e Humano) e O IBSP  
(Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente).**

Pelo presente instrumento de um lado, **INDSH ( Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano)**, Organização Social que administra instituições de saúde públicas e privadas, apto a prestar serviços de prevenção, proteção e promoção nas áreas de assistência social, saúde e educação, com sede administrativa na Avenida Marques de São Vicente nº 576, Cj.1901, Barra Funda, São Paulo, SP, CEP 01139-000, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 23.453.830/0001-70, representada neste ato por seu presidente *José Carlos Rizoli*, brasileiro, casado, aposentado, RG 3.148.647-2 (SSP/SP) e CPF/MF 171.893.228-68, doravante simplesmente denominada simplesmente **INDSH**, e **IBSP (Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente)**, instituição que tem o propósito de transformar a realidade da Segurança do Paciente no Brasil, mediante auxílio a instituições de saúde na análise de eventos adversos, gestão de riscos; coaching e suporte; pesquisa, criação e implantação de protocolos; consultoria e implantações; treinamentos e Cursos, com sede à Avenida Marques de São Vicente, 446, sala 1601, Barra Funda, São Paulo, SP, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.232.692/0001-45, neste ato representada por *José Ribamar Carvalho Branco Filho*, brasileiro, casado, médico, RG 341.891 (SSP-MA), CPF/MF 270.041.203-68, doravante simplesmente denominada **IBSP**, resolvem celebrar o presente Acordo de Cooperação Técnica mediante as cláusulas e condições seguintes:

648

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1.1. Constitui-se objeto do presente instrumento a cooperação e intercâmbio técnico, científico, pedagógico, cultural, formação de parcerias, visando o desenvolvimento e execução de programas e projetos educacionais para a promoção e melhoria da assistência aos usuários dos serviços de saúde, aprimoramento qualificação e valorização dos profissionais da saúde, bem como o estabelecimento de mecanismos para realização e **desenvolvimento de projetos de pesquisa** na área da assistência hospitalar e da saúde pública e privada.

1.2. Também fazem parte do presente acordo:

- a) a disponibilização de intercâmbio com outras Instituições permitindo visitas técnicas, benchmarking, troca de experiências e acesso a Cases de Sucesso em práticas Assistenciais e Gestão em Saúde, com destaque para os seguintes temas:

I. Cultura, Educação Permanente, Segurança e Gestão;







- II. Qualidade na Assistência em Saúde, desde a Atenção Básica até Alta Complexidade Hospitalar;
- III. Política de Humanização;
- IV. Segurança do Paciente;
- V. Segurança dos Profissionais de Saúde;
- VI. Governança Corporativa e Governança Clínica;
- VII. Processos de Acreditação;
- VIII. Protocolos Clínicos;
- IX. Planos Terapêuticos;
- X. Tecnologias em Saúde.

- b) Apoio na disseminação, publicação e realização de programas de aperfeiçoamentos, cursos, treinamentos, feiras e seminários;
- c) Assistência científica, cultural, pedagógica, educacional aos profissionais da área de saúde, em conformidade com as necessidades locais e políticas legais;
- d) Assessoria e assistência na estrutura e logística operacional dos eventos e na avaliação de resultados e mensuração estatística;
- e) Elaboração, execução e supervisão de programas de treinamento destinados às instituições e organizações de saúde, tanto para o SUS (Sistema Único de Saúde) como para a iniciativa privada;
- f) Participação e promoção de programas de formação e aperfeiçoamento, de caráter permanente ou temporário, em todos os graus e em todas as áreas de atuação profissional das partes envolvidas no presente acordo.

649

## CLÁUSULA SEGUNDA - DA OPERACIONALIZAÇÃO

2.1. A cooperação definida na Cláusula Primeira poderá ocorrer na forma de:

- a. Intercâmbio de conhecimentos, experiências e informações técnico-científicas, com ativo Intercâmbio de técnicos e membros pertencentes às instituições para atuarem nas atividades acordadas;
- b. Análise de Eventos Adversos, Mutuo auxílio na análise de eventos adversos com aplicação de ferramentas de análise, seguindo com a construção de soluções que melhorem a segurança do paciente na instituição;
- c. Análise e Gestão de Riscos, capacitando os profissionais e acompanhamos as Instituições na aplicação de ferramentas de gestão de risco na assistência em saúde;
- d. Coaching e suporte, para capacitação e desenvolvimento de profissionais

ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA, CIENTÍFICA, CULTURAL E PARCEIRAS, QUE CELEBRAM o INDSH e o IBSP  
Página 2 de 5





RESPEITO À VIDA

líderes em Segurança do Paciente na instituição, mediante suporte na implantação do Núcleo de Segurança do Paciente;

- e. Criação de protocolos, mútuo auxílio e participação na pesquisa, criação, descrição e gerenciamento de protocolos clínicos, sempre com base nas melhores evidências, e com enfoque em segurança do paciente e praticidade de execução;
- f. Consultoria e implantações, ajudando a instituição e seus profissionais a incorporarem os conceitos de Segurança do Paciente, custo-efetividade e sustentabilidade em todos os seus processos;
- g. Treinamentos e cursos, confeccionando, modelando e aplicando cursos nas áreas de Segurança do Paciente, qualidade em serviços de saúde e gestão de riscos na assistência;
- h. Uso conjunto das bibliotecas de ambas as instituições.
- i. Desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da assistência a Saúde desde o Atendimento Básico até um Hospital de Alta Complexidade.

### CLÁUSULA TERCEIRA - DA EXECUÇÃO E DOS TERMOS ADITIVOS

3.1. A execução de programas e projetos conjuntos se dará após a elaboração e aprovação pelas partes de projetos específicos, que serão formalizados através de **Termos Aditivos** a este **ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA, CIENTÍFICA, CULTURAL E PARCERIAS**, entre o **INDSH** e o **IBSP**, nos quais deverão constar os seguintes elementos básicos:

- a) Identificação do projeto (título, local, período, participantes, abrangência, etc.);
- b) Objetivos a atingir;
- c) Atividades e programação;
- d) Responsabilidades e atribuições das partes;
- e) Metodologia e cronograma de execução das atividades;
- f) Formas de transferência dos resultados à comunidade e sua publicação.
- g) Forma de transferência de recursos financeiros, quando houver.

### CLÁUSULA QUARTA - DA OBTENÇÃO DE RECURSOS

4.1. Os recursos materiais e humanos necessários à execução das atividades resultantes deste Acordo de Cooperação serão providenciados pelo **INDSH** e **IBSP**, dentre os seus recursos orçamentários próprios e de fontes externas, podendo estes serem provenientes de

ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA, CIENTÍFICA, CULTURAL E PARCERIAS, QUE CELEBRAM o INDSH e o IBSP

Página 3 de 5







RESPEITO À VIDA

organismos governamentais ou privados, em conformidade com o disposto na Lei 8.666/93.

**Parágrafo Único** - A execução do presente Acordo de Cooperação não implica transferência fixa e/ou permanente de recursos financeiros entre as partes.

#### CLÁUSULA QUINTA - DA DIVULGAÇÃO E PUBLICAÇÃO

5.1. Qualquer divulgação ou publicação de resultados obtidos em atividades decorrentes deste Acordo de Cooperação somente poderá ser feita com a anuência de ambas as partes, devendo sempre fazer menção à cooperação aqui estabelecida.

**Parágrafo Primeiro** – Fica desde já convencionado entre **INDSH e IBSP** que as partes poderão veicular a existência desse Acordo de Cooperação e seu conteúdo, em suas paginas de internet e/ou outros meios digitais;

**Parágrafo Segundo** - A execução da publicação de qualquer uma das partes deste Acordo de Cooperação não implica em transferência fixa e/ou permanente de recursos financeiros.

#### CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA

6.1. O presente Acordo de Cooperação vigorará pelo período de 5 (cinco) anos a partir da data de sua assinatura, podendo ser alterado ou renovado de comum acordo entre as partes mediante assinatura de Termo Aditivo.

#### CLÁUSULA SÉTIMA - DA DENÚNCIA

7.1. Este Acordo de Cooperação poderá ser rescindido por qualquer das partes, por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, sem prejuízo das atividades em andamento, as quais serão concluídas mediante acordos específicos.

#### CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. As questões decorrentes deste instrumento serão dirimidas no Foro de São Paulo, Estado São Paulo, com renúncia prévia e expressa de ambas as partes a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim, justas e acordadas, firmam o presente em duas vias de igual teor e forma, para um só fim, na presença das testemunhas abaixo, para que produza seus devidos e legais efeitos.

ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA, CIENTÍFICA, CULTURAL E PARCERIAS, QUE CELEBRAM o INDSH e o IBSP

Página 4 de 5



651



São Paulo, 05 de fevereiro de 2016.

*[Signature]*  
INDSH - Instituto Nacional de  
Desenvolvimento Social e Humano  
José Carlos Rizoli

*[Signature]*  
IBSP - Instituto Brasileiro de Segurança do  
Paciente  
José Ribamar Carvalho Branco Filho

TESTEMUNHAS:

1. Juciana R. Fagundes dos Santos 2. \_\_\_\_\_  
Nome: Juciana R. Fagundes dos Santos Nome:  
RG: 41548.872-3 RG:

652

*[Signature]*

**CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS** 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.870-0

**Autenticação Digital**

De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6º Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou, fe

**Cód. Autenticação: 77521109171703070073-5; Data: 11/09/2017 17:03:45**

Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AFS39213-WSHB;  
Valor Total do Ato: R\$ 4,12

Bel. Valder de Miranda Cavalcanti  
Titular **Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>**



**TERMO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI  
CELEBRAM O HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO  
DO MARAJÓ – BREVES/PA / INSTITUTO  
NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL  
E HUMANO E A UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ.**

O HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ – BREVES/PA, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 23.453.830/0004-12, com sede na Av. Rio Branco nº 1266 – Centro, CEP: 68.800-000, Breves-PA, administrado pelo Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH), associação civil de direito privado, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 23.453.830/001-70, com sede social na Rua Cristiano Ottoni nº 233, CEP 33.600-000, Pedro Leopoldo-MG, doravante denominado CONVENENTE, neste ato representado por seu Presidente, Sr. JOSÉ CARLOS RIZOLI, brasileiro, administrador, portador do RG nº 3148647-2 / SSP-SP e do CPF nº 171.893.228-68, e a **UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ-UFPA**, Autarquia Especial de Ensino Superior vinculada ao Ministério da Educação, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 34.621.748.0001-23, com sede na Rua Augusto Corrêa nº 01 – Guamá, CEP: 66.075-110, Belém-PA, doravante denominada CONVENIADA, neste ato representada por seu Magnífico Reitor, Prof. Dr. EMMANUEL ZAGURY TOURINHO, brasileiro, psicólogo, portador do RG nº 1544266 – 2ª Via / SEGUP-PA e do CPF nº 153.515.992-87, nomeado pelo Decreto de 22 de setembro de 2016, publicado no DOU de 23 de setembro de 2016, resolvem celebrar o presente TERMO DE CONVÊNIO, com sujeição às normas da Lei nº 11.788/2008 e da Lei nº 8.666/1993, bem como às demais legislações pertinentes, mediante as cláusulas e condições seguintes:

653

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente Convênio tem como objeto promover a mútua cooperação técnico-científica entre a CONVENENTE e a CONVENIADA, com vistas ao desenvolvimento de programas, **projetos e atividades no campo da pesquisa**, ensino, desenvolvimento tecnológico, informação técnico-científica e ações comunitárias.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATIVIDADES**

Os Projetos/Atividades decorrentes do Presente Convênio, prioritariamente voltados ao desenvolvimento de estágio curricular supervisionado, com ênfase para a Área da Saúde, serão objeto de Termos Aditivos, dos quais deverão constar os

Jurídico - INDSH  
Helena Letícia Ayala  
OAB/SP 205.809



respectivos Coordenadores e Planos de Trabalho, para a devida aprovação das partes.

**Subcláusula Primeira:** Os Planos de Trabalho poderão ser alterados e/ ou atualizados de comum acordo entre as partes, mediante simples troca de correspondências entre os coordenadores.

**Subcláusula Segunda:** O Plano de trabalho abrangerá necessariamente os seguintes itens:

I - A descrição do Projeto/Atividade de cooperação a ser desenvolvida;

II - O Cronograma de Execução;

III- O Plano de Aplicação e Cronograma de desembolso, quando for o caso.

### **CLÁUSULA TERCEIRA - DA EXECUÇÃO**

A mútua cooperação técnico-científica objeto do presente Termo, abrangerá os seguintes itens:

I - O desenvolvimento de atividades de cooperação e intercâmbio, visando a promoção de interesses comuns ligados ao ensino, a pesquisa e extensão das Instituições convenientes, especialmente quanto a programas de pesquisa científica, desenvolvimento de trabalho de conclusão de curso, estágio curricular supervisionado, entre outros.

II - A utilização cooperativa de infraestrutura, materiais, recursos bibliográficos e facilidades requeridas para o desenvolvimento dos projetos e atividades a serem abrigados por este Termo de Cooperação.

III.- A participação de técnicos (nível médio e superior) da CONVENIENTE e do corpo docente e discente da CONVENIADA.

654

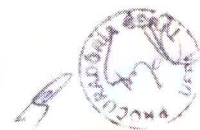
### **CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

Os convenientes assegurarão um ao outro, dentro de suas possibilidades, todas as facilidades e elementos essenciais e necessários ao pleno acompanhamento e execução dos Projetos/Atividades a serem desenvolvidos sob a égide do presente Instrumento.

**Subcláusula Primeira:** Compete ao HRM:

a) proporcionar à UFPA condições para o desenvolvimento de atividades de ensino no âmbito do Hospital;

Jurídico - INDSH  
Helena Leticia Ayala  
OAB/SP 205.809





- b) permitir o uso de espaço físico e do acervo cultural, necessário ao desenvolvimento das atividades de ensino, de acordo com a disponibilidade;
- c) permitir o acesso aos setores de apoio técnico e logístico disponíveis, para atividades de ensino;
- d) proporcionar aos estagiários envolvidos neste Convênio, acesso e participação aos métodos propedêuticos disponíveis no Hospital;
- e) manter total integração docente - assistencial, visando estabelecer efetiva troca de experiência, no processo Ensino/Serviço;
- f) permitir o uso de espaço físico necessário às atividades de ensino ao número de alunos estabelecidos no Plano de Trabalho.
- g) Firmar Termo de Compromisso com os estudantes encaminhados pela UFPA, com a interveniência desta, observadas as condições e termos do presente convênio,

**Subcláusula Segunda:** Compete à UFPA:

- a) promover atividades de ensino aos alunos estagiários de seus cursos, no âmbito do HUME.
- b) fazer uso do espaço físico e cultural autorizado pelo Convênio para desenvolvimento das atividades de ensino;
- c) usar os setores de apoio técnico e logístico do HRM, disponíveis para atividades de ensino;
- d), manter total integração docente-assistencial, visando estabelecer efetiva troca de experiência no processo ensino-serviço;
- e) fazer uso do espaço físico autorizado pelo HRM, respeitando o quantitativo de alunos em cada subgrupo de acordo com a característica de cada clínica/ambiente;
- f) fornecer no prazo de 15 (quinze) dias de antecedência ao início do período de estágio, a programação contendo o cronograma de atividades e a relação nominal dos estagiários, bem como os nomes dos respectivos docentes supervisores;
- g) zelar pelos materiais e equipamentos colocados à disposição das atividades de ensino;
- h) fornecer material de apoio didático-pedagógico necessário ao bom desempenho das atividades exercidas pelos discentes no Hospital;
- i) conceder descontos em Cursos de Pós-Graduação *Latu Sensu* para profissionais do HRM, prioritariamente nas áreas do conhecimento relacionadas ao convênio.

655

Jurídico - INDSH  
Helenia Letícia Ayala  
OAB/SP 205.809



- j) oferecer, dentro de suas possibilidades, vagas para os Cursos de Extensão e Atualização para profissionais do HRM;
- k) apresentar relatório final de estágio, visando melhor integração de ensino e serviço;
- l) responsabilizar-se em expedir declaração aos orientadores, referente a carga horária dispensada aos alunos dos diversos Cursos, ao final de cada período letivo;
- m) responsabilizar-se por danos que porventura possam acontecer aos alunos em decorrência das atividades de estágio curricular obrigatório por meio de seguro de acidentes pessoais, conforme a legislação específica.
- n) responsabilizar-se por danos materiais cometidos pelos alunos estagiários que venham acarretar prejuízos econômicos ao HRM.
- o) proceder o registro e o cadastro dos estagiários junto à Divisão de Ensino e Pesquisa do HRM.
- p) funcionar como interveniente no termo de compromisso a ser firmado entre o HRM e os alunos encaminhados para o estágio.

#### CLÁUSULA QUINTA - DA COORDENAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

Para coordenar as atividades objeto do presente Convênio cada conveniente indicará representantes que serão encarregados das articulações necessárias para atingir os objetivos deste Instrumento.

**Subcláusula Primeira:** Os estágios curriculares deverão ter o acompanhamento permanente (supervisão) do docente da UFPA.

**Subcláusula Segunda:** Os representantes encarregados da coordenação definida no *caput* desta cláusula, bem como suas responsabilidades dentro dos Projetos/Atividades, serão estabelecidos nos Planos de Trabalho.

#### CLÁUSULA SEXTA - DA ISENÇÃO DE VÍNCULO DO TRABALHO

Em nenhuma hipótese, a admissão de alunos da CONVENIADA resultará em contrato de trabalho com vínculo empregatício.

#### CLÁUSULA SÉTIMA - DO PESSOAL

Os servidores e empregados dos convenientes que atuarão na execução dos Projetos/Atividades inerentes ao presente Instrumento, permanecerão com a mesma vinculação a seus órgãos de origem.

Jurídico - JNDSH  
Helena Leticia Ayala  
OAB/SP 205.809





## CLÁUSULA OITAVA - DO ANTINEPOTISMO

As partes estabelecem neste instrumento que fica vedada a contratação direta ou indireta de familiares dos Agentes Públicos que exerçam cargo em comissão ou função de confiança, envolvidos na execução do Projeto objeto deste Convênio, nos termos do art. 2º, inciso III e do art. 7º do Decreto nº 7.203, de 04 de junho de 2010.

## CLÁUSULA NONA – DA PROPRIEDADE E EXPLORAÇÃO DOS RESULTADOS

Caso resultem da consecução deste instrumento, inventos, aperfeiçoamentos ou inovações passíveis de obtenção pelos direitos de propriedade intelectual, por meio dos mecanismos de patente de invenção, patente de modelo de utilidade, desenhos industriais, marca, circuito integrado, conhecimento tradicional, *know-how*, bem como direitos de exploração econômica pertinente a obras intelectuais, tais como: artísticas, científicas ou literárias e programas de computador, nos termos da legislação brasileira e das convenções internacionais que o Brasil seja signatário, serão protegidos em nome das partes, na proporção da participação de cada um, no Brasil e no exterior, respeitando-se o direito do autor.

**Subcláusula Primeira:** As partes obrigam-se a comunicar mutuamente a obtenção de resultado passível de proteção, devendo preservar o sigilo necessário a isso e a providenciar o registro em escritório competente, sendo o ônus de responsabilidade dos partícipes.

**Subcláusula Segunda:** Os direitos e obrigações que decorrerem dos pedidos de registro de privilégios ou patentes resultantes da execução do presente convênio serão atribuídos às convenientes, na proporção de 50% para cada uma.

**Subcláusula Terceira:** As novas metodologias resultantes do desenvolvimento das atividades previstas neste instrumento poderão ser utilizadas pelas para uso próprio, no ensino e na pesquisa.

**Subcláusula Quarta:** Ocorrendo troca de material científico entre as partes, esta deverá atender a legislação nacional e internacional e as convenções internacionais que o Brasil seja signatário.

**Subcláusula Quinta:** Cada parte poderá, com a aprovação da outra, ceder total ou parcialmente os direitos que lhe couberem sobre os resultados protegidos, obtendo para si os resultados financeiros decorrentes da cessão, garantido às partes o direito de preferência na aquisição.

**Subcláusula Sexta:** Se deste Convênio, e demais instrumentos a ele vinculados, resultar obras científicas, literárias, audiovisual ou relativa a programas de computador, os direitos decorrentes permanecerão às signatárias,

Jurídico - INDSH  
Helena Leticia Ayala  
OAB/SP 206.809



657



respeitando-se o direito do autor, e a sua eventual utilização será regulada em termo próprio, de acordo com a legislação vigente.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – DO SIGILO E DA CONFIDENCIALIDADE**

As partes devem proteger todas as informações confidenciais que sejam geradas ou fornecidas ao abrigo do presente instrumento, a contar da data de sua assinatura, até mais 5 (cinco) anos após o término da vigência do presente ajuste, e se gerados bens passíveis de proteção, conforme cláusula de propriedade, o sigilo será de 20 (vinte) anos, a contar da assinatura do instrumento específico, nos termos previstos na legislação.

**Subcláusula Primeira:** Nenhuma das partes poderá divulgar informações identificadas como confidencial, sem autorização prévia, salvo a empregados pertencentes ao quadro de funcionários, contratantes ou subcontratantes, devendo a divulgação ser estritamente limitada às partes envolvidas no projeto e/ou ao pessoal autorizado de entidades governamentais associadas ao projeto ou ao presente Convênio.

**Subcláusula Segunda:** Tal divulgação estará sujeita à autorização, por escrito, e não deverá em nenhum caso exceder o estritamente necessário para a execução das tarefas, deveres ou contratos relacionados com a informação divulgada.

**Subcláusula Terceira:** Os destinatários da informação confidencial comprometer-se-ão, por escrito, a manter o caráter confidencial da mesma, devendo as partes assegurar o cumprimento de tal obrigação.

**Subcláusula Quarta:** Uma parte comunicará imediatamente à outra parte caso seja ou possa vir a ser incapaz de assegurar as obrigações de não divulgação de informações confidenciais. As partes procederão a consultas mútuas para determinar as medidas apropriadas em tal caso.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA- DO PRAZO DE VIGÊNCIA E ALTERAÇÕES**

O presente Convênio terá a duração de 60 (sessenta) meses, contados a partir da data de sua publicação, findos os quais poderá ser renovado por igual período, se os convenientes assim o desejarem, podendo também o presente ajuste ser alterado mediante a assinatura de termo aditivo subscrito pelas partes, sendo expressamente vedada a modificação de seu objeto.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO**

O presente Convênio, a qualquer tempo, poderá ser rescindido, mediante comunicação escrita de uma das partes convenientes, com 60 (sessenta) dias de

Jurídico - INDSH  
Helena Leticia Ayala  
OAB/SP 205.809





antecedência. As partes comprometem-se, todavia, a conduzir até o término, os trabalhos iniciados até a data da rescisão.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA PUBLICAÇÃO

Este Convênio será publicado no DOE em forma de extrato, no prazo de 10 (dez) dias contados da data de sua assinatura, e no Diário Oficial da União, na forma prevista na Lei nº 8.666/93, art. 61, Parágrafo Único.


#### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

Fica eleito o Foro da Justiça Federal, Cidade de Belém, Estado do Pará, para dirimir as dúvidas ou questões decorrentes deste Convênio, conforme disciplina o art. 109, inciso I da Carta Magna, renunciando-se a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.


#### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

E, por estarem de inteiro acordo com as cláusulas e as condições do presente Convênio, os Convenientes assinam o documento em duas vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo que igualmente o subscrevem, para que produza seus efeitos legais.

Belém, 02 de Janeiro de 2017.

  
JOSÉ CARLOS RIZOLI  
Presidente

INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO

  
Prof. Dr. EMMANUEL ZAGURY TOURINHO  
Reitor  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

TESTEMUNHAS:

1- \_\_\_\_\_  
RG

2- \_\_\_\_\_  
RG

Jurídico - INDSH  
Helena Leticia Ayala  
OAB/SP 205.809



**ANEXO XV**  
**OUTRAS COMPROVAÇÕES**

660

## CERTIFICADOS DE ACREDITAÇÃO

Unidade: **Unidade de Pronto Atendimento UPA Santa Paula**  
Instituição Acreditadora Credenciada: **Instituto Qualiza de Gestão – IQG**  
Diretrizes: **Organização Nacional de Acreditação – ONA**  
Data: **08 de maio de 2017**

661

Unidade: **Hospital Regional Público do Leste do Pará**  
Instituição Acreditadora Credenciada: **Instituto Qualiza de Gestão – IQG**  
Diretrizes: **Organização Nacional de Acreditação – ONA**  
Data: **26 de janeiro de 2018**



# Certificado

Certificado nº 0977/007/0683 | Validade: 01/2020

Certificamos que o

**HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DE INT. LESTE DO PARÁ**

CNPJ: 23.453.830/0009-27

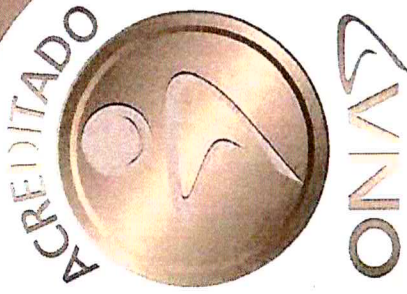
foi avaliado pela Instituição Acreditadora Credenciada Instituto Qualisa de Gestão - IQG, de acordo com as diretrizes da Organização Nacional de Acreditação - ONA, Manual Brasileiro de Acreditação – Volume 1 - Versão 2014, Norma NA 1, sendo-lhe conferido

o Certificado de Acreditado.

São Paulo, 26 de janeiro de 2018.

  
Organização Nacional de Acreditação

  
Instituição Acreditadora Credenciada



**CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS** 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
R. Presidente Epitácio Paulo, 112 - Bairro São Estevão - Jaboatão - PE - CEP: 54050-000 - www.azevedobastos.com.br - Fone: (51) 344.9441 Fax: (51) 344.9444

**Autenticação Digital**  
De acordo com os artigos 1º, 2º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6º Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé.

**Cód. Autenticação: 77521104181507080027-1; Data: 11/04/2018 15:07:59**

Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AGT09354-WJ0E;  
Valor Total do Ato: R\$ 4,23

Boi, Valter de Miranda Cavallazzi  
Titular

Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>





# Certificado

Certificado nº 008/007/005 | Validade: 05/2019

Certificamos que o

Unidade de Pronto Atendimento Upa Santa Paula

CNPJ: 23.453.830/0010-60

foi avaliado pela Instituição Acreditadora Credenciada Instituto Qualisa de Gestão - IQG, de acordo com as diretrizes da Organização Nacional de

Accreditação - ONA, Manual Brasileiro de Accreditação - Volume 1 -

Versão 2014, Norma NA 7, sendo-lhe conferido

o Certificado de Acreditado.

São Paulo, 08 de maio de 2017.

  
Organização Nacional de Accreditação

  
Instituição Acreditadora Credenciada

**ONA**  
Organização Nacional de Accreditação

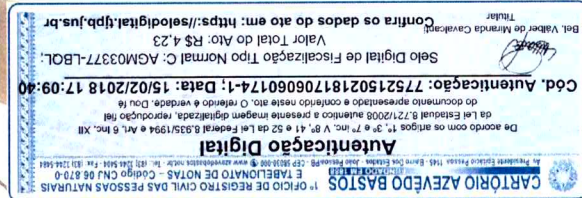
**IQG** HEALTH SERVICES ACCREDITATION



Entidades fundadoras



Entidades associadas



ACREDITADO



ONAS



## DECLARAÇÃO

DECLARO, sob as penas da lei, que a entidade **Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH**, interessada em participar do **CHAMAMENTO PÚBLICO nº 003/2018**, da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO AMAZONAS, atende a todas as exigências contidas no Edital.

Manaus, 06/08/2018.

664

---

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH  
Cristiano Oliveira dos Santos